



FACULTAD DE EDUCACIÓN DE PALENCIA
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES Y DURADEROS Y EDUCACIÓN SOCIAL

Estudio diagnóstico y recomendaciones para la intervención
socioeducativa

TRABAJO FIN DE GRADO
EN EDUCACIÓN SOCIAL

AUTOR/A: PAULA GUTIÉRREZ MERINO

TUTOR/A: JUDITH QUINTANO NIETO

Palencia, Junio 2024



Resumen. El presente trabajo de fin de grado defiende la importancia de realizar evaluaciones diagnósticas para conocer el contexto y al público destinatario de las futuras intervenciones. En concreto, este trabajo se centra en conocer la realidad de las personas con Trastorno Mental Grave y Duradero en general, centrándose en la realización de un análisis diagnóstico del programa de intervención de un centro de media estancia de rehabilitación psicosocial de psiquiatría, donde se brinda atención integral. El estudio analiza la valoración que hacen personas usuarias y profesionales de las actividades, intereses, gustos y preferencias metodológicas, así como la importancia que otorgan a las diferentes habilidades sociales. De los datos se desprende información valiosa para repensar el programa en clave de mejora, además de ofrecerse recomendaciones y sugerencias para futuras propuestas de intervención socioeducativa, reivindicando la importancia de la presencia de la figura del educador/a social en los centros de Salud Mental.

Palabras clave. Salud mental, rehabilitación psicosocial, Trastorno Mental Grave y Duradero, Educación Social, intervención socioeducativa

Abstract. This final degree thesis defends the importance of carrying out diagnostic evaluations in order to understand the context and the target audience of future interventions. Specifically, this work focuses on understanding the reality of people with Severe and Enduring Mental Disorder in general, focusing on carrying out a diagnostic analysis of the intervention programme of a psychiatric psychosocial rehabilitation halfway house, where comprehensive care is provided. The study analyses the assessment made by users and professionals of the activities, interests, tastes and methodological preferences, as well as the importance they attach to the different social skills. The data provides valuable information for rethinking the programme in terms of improvement, as well as offering recommendations and suggestions for future proposals for socio-educational intervention and vindicating the importance of the presence of the figure of the social educator in Mental Health centres.

Key Words. Mental Health, psychosocial rehabilitation, Severe and enduring Mental Disorder, social education

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVOS.....	5
3. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA	6
4. MARCO TEÓRICO	8
4.1. APROXIMACIÓN A LA SALUD MENTAL.....	8
4.2. TRASTORNOS MENTALES	12
4.2.1. Trastorno mental grave y duradero (TMGD)	12
4.2.2. Trastornos psicóticos: Esquizofrenia.....	15
4.2.3 Trastorno bipolar	17
4.2.4 Trastorno límite de la personalidad.....	18
4.3. CONSECUENCIAS DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE Y DURADERO	19
4.4. REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y LA EDUCACIÓN SOCIAL	22
4.4.1. Intervención socioeducativa para el desarrollo de las habilidades sociales.....	26
5. METODOLOGÍA	29
6. RESULTADOS.....	32
6.1 DATOS GENERALES	32
6.2 VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES.	32
6.3 PREFERENCIAS METODOLÓGICAS.	40
6.4. GUSTOS E INTERESES.	41
7. SUGERENCIAS PARA EL DISEÑO DE PROGRAMAS SOCIOEDUCATIVOS	48
8. CONCLUSIONES.....	52
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
10. ANEXOS.....	58

1. INTRODUCCIÓN

La rehabilitación psicosocial es una herramienta que se utiliza a menudo como intervención en cuestiones de salud mental, atendiendo a sus necesidades, capacitándoles de habilidades que les permitan su integración en la comunidad. Las personas con Trastornos Mentales Graves y Duraderos (TMGD), a menudo, debido su déficit en autonomía entre otras dificultades causadas por su trastorno, acuden a centros de atención psiquiátrica, como es el caso de los centros de media estancia.

Estos centros, utilizan la rehabilitación social para la implementación de programas que ayuden a los usuarios. Esta rehabilitación social, según Nazaré (2020), actúa para en varios frentes: entrenamiento habilidades sociales, relación familiar, estimulación cognitiva, programa socioeducativo, integración social además de la laboral y desarrollo personal. A todo esto, se le añade una disminución de las consecuencias de los trastornos.

El presente trabajo de fin de grado tiene como objetivo principal analizar las motivaciones y los intereses de los usuarios con TMGD de un centro de media estancia de psiquiatría ubicado en Castilla y León, contando también con la perspectiva de los profesionales de la unidad. Todo ello con la pretensión de realizar una evaluación diagnóstica que de pistas para la posterior acción socioeducativa.

Antes, se presenta el apartado que compone la fundamentación teórica, donde se abordan temas de interés respecto al ámbito que nos ocupa con el fin de lograr una mejor comprensión del mismo. Para ello se explica el concepto de salud mental para introducir los TMGD, además de los tipos más importantes como las consecuencias que implican. Usuarios con estos trastornos son el público principal del centro de media estancia de rehabilitación psicosocial objeto de análisis, aspecto también abordado en este marco teórico, reivindicando en él la importancia de la figura del educador social en su equipo profesional debido a su irregular presencia en ellos. Para finalizar el marco teórico, se abordan los diferentes programas incluidos en la rehabilitación psicosocial, prestando especial atención a aquellos que abordan las habilidades sociales.

La parte más práctica del trabajo, va a evidenciar la necesidad de conocer a los usuarios para optimizar la implementación de las intervenciones que conforman los programas. Posteriormente, tras el análisis de los datos, se recogen recomendaciones y sugerencias para futuras propuestas de intervención dentro de este ámbito, bien para que el centro analizado recoja los resultados y pueda repensar una adaptación o nuevo diseño de las actividades desarrolladas, o para que centros similares puedan tomar en cuenta estas recomendaciones.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Estudiar las motivaciones e intereses de los usuarios con trastorno mental grave y duradero de un centro de media estancia de rehabilitación psicosocial de salud mental para delinear recomendaciones de intervención socioeducativa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo específico 1: Establecer un marco teórico que conceptualice y clarifique los aspectos relacionados con la rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental grave y duradero desde un enfoque socioeducativo.

Objetivo específico 2: Analizar los resultados obtenidos del cuestionario diseñado e implementado para este trabajo destacando las perspectivas de las personas involucradas en la realidad estudiada.

Objetivo específico 3: Establecer sugerencias para un posible diseño de programa de rehabilitación psicosocial en el centro objeto de estudio o similares desde un enfoque socioeducativo.

3. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

Durante mis años de carrera he presentado siempre especial interés por la salud mental de la sociedad y en cómo afecta esta en los diferentes aspectos de la vida. Poseer salud mental ayuda a las personas a afrontar desafíos de la vida con mayor efectividad, así como a adaptarse a la sociedad con éxito, ya que nos dota de habilidades para desenvolvernó en nuestras relaciones interpersonales de manera satisfactoria. Acerca de este tema me surgen otras inquietudes como qué impactos tiene en los diferentes ámbitos de la vida de los individuos su ausencia, si se puede o no trabajar para el fortalecimiento de los diferentes aspectos que conforman la salud mental y cómo entrenar esas habilidades desde la educación social.

La sociedad es cambiante, al igual que las características que la acompañan. Es por eso por lo que la salud mental cada vez está cobrando más importancia, ya que se ha comprobado que las personas tienen que lidiar con diferentes afecciones mentales en su vida que les afecta al transcurso normal de sus actividades cotidianas. Este abanico de trastornos es de naturaleza y gravedad diversa. Debido al impedimento de estas personas a vivir su vida satisfactoriamente ha surgido la necesidad de poner remedio y crear tanto hábitos de vida que fomenten el bienestar como tratamientos que aminoren o eliminen las consecuencias de estos trastornos. Es a raíz de esta necesidad que, actualmente, la salud mental y los trastornos que pueden existir ligados a ella, son centro de numerosos estudios de investigación de causas y características, así como de sus posibles tratamientos.

Sin embargo, esto no siempre ha sido así: en sus inicios, era un ámbito desconocido, invisibilizado y ocultado, en el que existían muchos prejuicios. Era un tema que no se investigaba ni se le daba la importancia que tiene actualmente, tanto es así que algunas patologías mentales eran muy desconocidas y existía un fuerte estigma sobre ellas. Un ejemplo de ello, son los trastornos psicóticos, tales como la esquizofrenia o la bipolaridad. La sociedad pensaba que se trataba de “locos” que habían sido poseídos por el demonio, con su consiguiente discriminación de esas personas. Es por ello por lo que quiero centrar el tema en este grupo de patologías, consideradas Trastornos Mentales Graves y Duraderos (TMGD), en el que la salud mental de las personas que lo padecen está gravemente afectada junto con sus habilidades para las relaciones interpersonales.

Las personas que tienen un TMGD presentan muchas veces dificultades en sus relaciones sociales, debido a que carecen de ciertas habilidades sociales. Por lo tanto, se convierten en personas con riesgo de exclusión social y con muchas dificultades para la vida en comunidad. Por ello, en su tratamiento se llevará a cabo un entrenamiento de estas habilidades, fomentando también así su autonomía e inclusión social a través de la rehabilitación psicosocial.

La rehabilitación psicosocial, abordada en este trabajo, un tipo de intervención muy presente en este tipo de centros que trabajan con personas con TMGD. Al revisar la bibliografía del concepto, así como en el periodo de Prácticum de Profundización desarrollado, se comprueba escasa e irregular presencia del perfil profesional de la educación social en centros de Salud Mental. Por ello, encuentro este trabajo también como motivo de reivindicación la figura de este profesional en el ámbito, debido a que cumple con muchas funciones esenciales en el campo, entre las que destaco el acompañamiento pedagógico, concepto explicado más adelante y el fomento de la autonomía personal.

En conclusión, desde un prisma teórico y de desarrollo profesional del ámbito concreto, considero que este trabajo tiene relación directa con el Grado de Educación Social, para evidenciarlo menciono algunas de los retos que se contemplan en el plan de estudios de la titulación y que valoro que el presente trabajo demuestra un desarrollo competencial de los mismos:

- Utilización de las TIC en el ámbito de estudio y contexto profesional..
- Organización y planificación
- Capacidad crítica y autocrítica
- Realizar estudios prospectivos y evaluativos sobre características, necesidades y demandas socioeducativas. En particular, saber manejar fuentes y datos que le permitan un mejor conocimiento del entorno y el público objetivo para ponerlos al servicio de los proyectos de educación social.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Aproximación a la Salud Mental

Antes de comenzar a hablar de salud mental, es importante conceptualizar la salud. Este término ha sufrido variaciones a lo largo del tiempo, vinculada y dependiendo siempre de la cultura que hubiera en el momento. Por ejemplo, en los tiempos prehistóricos, la sociedad se dividía en agrupaciones, donde todas las acciones compartían un objetivo común: la supervivencia. Es por ello que la salud se equiparaba al término de supervivencia, a la acción y efecto de sobrevivir. En la etapa religiosa y con la aparición de la religión judeo-cristiana, la salud se entendía como una salvación y sanación, convirtiéndose así como la ausencia de pecado, poniendo en manos de la divinidad la salud en caso de su pérdida. Durante la revolución francesa, la salud era comprendida como imprescindible para el trabajo, es decir, como la capacidad de funcionar. (Herrero Jaén, 2016)

La salud también fue entendida como “ausencia de enfermedad”, es ya después de la Segunda Guerra Mundial en 1948 en la Carta Constitucional de la Organización Mundial de la Salud, cuando se establece una definición general para este concepto. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia” (Organización Mundial de la Salud, 2001). Esta definición es pragmática debido a que incorpora la dimensión social a la medicina. También era holística, ya que analiza la salud como un conjunto de todo, intentando así romper con las dicotomías del pasado del cuerpo frente a la mente y de lo físico frente a lo psíquico (Bertolote, J.M, 2008).

La salud mental, es entonces, parte integral de la salud y el bienestar. La OMS, siempre ha incorporado a la definición de salud la salud mental. En la misma, se afirma que la salud es más que la ausencia de enfermedad y que la salud mental está estrechamente vinculada a la física y a la social. Con esto se reconoce que la salud consiste en un balance entre uno mismo, personas ajenas y el ambiente, con lo que se dan pistas para mejorar la salud (OMS, 2004a).

La OMS, bajo el lema de “no hay salud sin salud mental”, reconoce que la salud mental es un aspecto imprescindible para el bienestar y el desarrollo de los individuos, países y sociedades.

Este concepto es cada vez más utilizado, pero su conceptualización y definición es compleja (Restrepo & Jaramillo, 2012).

La definición de salud mental puede ser vista desde diferentes perspectivas. La concepción biomédica reduce lo mental a un proceso biológico, y en consecuencia la personalidad, comportamientos, afectos emociones y pensamientos están afectados por causas físicas (Rogers & Pilgrim, 2010). Además, la normalidad bajo esta concepción es concebida como la ausencia de enfermedad. En esta perspectiva, la enfermedad es producto de factores anatómicos y fisiológicos, por lo que la intervención está orientada a la curación anatómica-fisiológica (Gómez, 2002).

En los años sesenta empezaron a mostrar importante interés por los factores de riesgo ambientales y comportamentales que estaban asociados a los problemas de salud. Aquí nace un nuevo enfoque para la relación de salud-enfermedad, que es el comportamental (Flórez, 2006). La salud mental desde una concepción comportamental se relaciona con hábitos de vida saludables, mientras que la enfermedad se entiende como un comportamiento inadecuado. En consecuencia, el tratamiento de los trastornos mentales no significa borrar una enfermedad, sino incorporar, eliminar o regular comportamientos que se conviertan en más aceptables (Jervis, 1977, citado en Restrepo & Jaramillo, 2012)

De esta perspectiva comportamental mana la conductual, que tiene como elemento central el ambientalismo. Entiende que los estímulos ambientales son determinantes en la explicación y por tanto la modificación del comportamiento. Según Watson (1955), la conducta se puede moldear modificando las condiciones ambientales.

Otra concepción de salud mental del enfoque comportamental es la cognitiva, que define lo mental como estructuras y procesos cognitivos que influyen en los sentimientos, pensamientos y acciones de las personas, aunque no son directamente observables (Restrepo & Jaramillo, 2012). Desde esta postura, los trastornos mentales están determinados por formas distorsionadas o irracionales de pensamiento, como por ejemplo esquemas desadaptativos o distorsiones cognitivas. Estas formas distorsionadas de pensamiento pueden causar problemas en el comportamiento y estado emocional de la persona (Vallejo, Baca & Leal, 2008, citado en Restrepo & Jaramillo, 2012). En esta concepción, la intervención consiste en corregir las formas de pensamiento disfuncionales y aprender a pensar y en consecuencia a comportarse de forma adaptativa.

En el caso del enfoque comportamental (conductual y cognitivo), según Ginsberg (2001), la normalidad está definida como la capacidad de una persona de adaptar el comportamiento y pensamientos a los estándares comúnmente aceptados como universales.

Otra concepción desde la que se plantea el término de salud mental es desde el punto socioeconómico. Se define la mente como un constante cambio que surge de las interacciones sociales y las condiciones objetivas en las que vive una persona (Rogers & Pilgrim, 2010). La enfermedad es entonces, en este caso, una manifestación de las circunstancias económicas y sociales del entorno, así como de las tensiones y contradicciones sociales. Bajo esta perspectiva, la salud mental y/o el sufrimiento psicológico responden a las leyes sociales que regulan los comportamientos normales, no solamente del funcionamiento del cerebro. Según Jervis (1977, citado en Restrepo & Jaramillo, 2012), los comportamientos tanto normales como anormales, son el reflejo y consecuencia de contradicciones sociales y no nacen de la naturaleza del propio individuo. El modelo socioeconómico presta atención a los modos de vida y las condiciones de las personas en caso de intervención. Dicha intervención tiene como objetivo crear entornos de vida saludables que mejoren las condiciones de vida. Esto viene motivado a la creencia de que la capacidad de las personas para la toma de decisiones para la protección de su salud está directamente influida por la disponibilidad de sus recursos sociales (Rogers & Pilgrim, 2010).

Actualmente, la salud mental es definida por la OMS (2022b) como “un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus capacidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de la comunidad.” También hace hincapié en que es un pilar fundamental para el bienestar, que fortalece nuestra capacidad tanto individual como colectiva para la toma de decisiones, forjar relaciones significativas y dar forma al mundo en el que vivimos. Apuntando que es un derecho fundamental, además de un elemento crucial para el desarrollo tanto a nivel personal, como comunitario y socioeconómico.

El estado de nuestra salud mental no se muestra indiferente ante las condiciones de vida de cada individuo, no solamente las características individuales importan, sino que, de acuerdo con la definición de salud, influyen también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales. Es decir, dependiendo el contexto local, personas o grupos de personas, tienen un

riesgo considerablemente mayor de tener problemas de salud mental y así lo defiende la OMS en su Plan de Acción Integral sobre Salud Mental (OMS, 2022a).

Los factores individuales se refieren a factores psicológicos y biológicos individuales, como habilidades emocionales, abuso de sustancias y la genética. En cambio, los factores sociales, económicos, geopolíticos y ambientales desfavorables son la violencia, la desigualdad y la degradación del medio ambiente. Ambos factores aumentan el riesgo de padecer problemas de salud mental (OMS, 2022b).

Para aminorar los factores que puedan afectar a los individuos o dotarlos de herramientas con el objetivo de fomentar su salud mental, hace falta promocionar la salud. Es así como se recogió en la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de Salud, en la carta de Ottawa. En dicha carta queda recogida la definición de Promoción salud “consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social y un individuo o grupo debe ser capaz de identificar u realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.” (OMS, 1986, p.2)

Las iniciativas que se tomen para la promoción de la salud involucran a los individuos para lograr una salud positiva, mejorar la calidad de vida y reducir la diferencia entre países y grupos. Se pueden dar tres enfoques: individual, comunitario, social. En el individual, se centra en las formas de sentir y de pensar de cada persona, así como necesidades emocionales y afectivas; en el comunitario, se orientan a la inclusión social y la participación activa en la comunidad, tanto en los entornos físicos como en las redes sociales, buscando mejorar la calidad de vida de las organizaciones a las que pertenece. En cuanto a la visión social, los objetivos se extienden hacia temas de mayor envergadura como estigmas, marginación o discriminación. En este último enfoque, se busca facilitar el acceso e integración en el ámbito educativo y laboral, a parte de promover todo aquello que contribuya al desarrollo de una sociedad más inclusiva, participativa y solidaria (Casañas & Lalucat, 2018).

Además de todo esto, la OMS también plantea una prevención de trastornos mentales, en los distintos niveles preventivos y de afrontamiento, ya que una de cada ocho personas padece en el mundo (8 de junio, 2022). Es por ello por lo que los trastornos mentales son uno de los problemas de salud mental más importantes que afectan a la sociedad.

4.2. Trastornos mentales

Llegado este punto, es importante hablar de los trastornos mentales, pues son, en concreto, el problema de salud sobre el que versa este trabajo. Los trastornos mentales son un grupo de alteraciones que afectan a las emociones, el pensamiento o la conducta de una persona, lo que permite su diagnóstico clínico. Estos trastornos se manifiestan en episodios temporales durante los cuales se experimentan síntomas que pueden causar cambios significativos en el pensamiento, conducta y el estado emocional en general. Además, los síntomas pueden afectar las capacidades de la persona en áreas como el trabajo, estudios y relaciones interpersonales (OMS, 2004b).

Ya que muchos de los trastornos, empiezan en la edad adolescente y no se tratan y perduran hasta la edad adulta, los periodos sin recibir tratamiento son mayores, por lo cual existe un peor diagnóstico, peores resultados clínicos y mayor riesgo de suicidio (Girolamo et al. 2012, citado en Casañas & Lalucat, 2018). Para intentar reducirlo, la OMS ha diseñado planes de prevención de trastornos, que quiere decir “reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos, el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad” (OMS, 2004b, p.17)

Las intervenciones preventivas, se ponen como foco la reducción de factores de riesgo, aumentando los factores de protección relacionados con los problemas de salud mental y en la detección de las causas de los trastornos mentales (Casañas & Lalucat, 2018).

4.2.1. Trastorno mental grave y duradero (TMGD)

Existen diversos tipos de trastornos mentales, todos ellos recogidos en el DSM-V (APA, 2013). Dentro de los numerosos tipos de trastornos, existen un conjunto de ellos que se caracterizan por tener unas consecuencias más numerosas y graves en su funcionamiento: trastornos mentales graves y duraderos (TMGD).

Goldman, Gattozi y Taube (1981, citado en Espinosa & Valiente, 2017) definen a las personas con TMGD, como aquellas que experimentan diversos trastornos mentales o emocionales, tales como síndromes orgánicos, esquizofrenia, trastornos depresivos y maníaco-

depresivo recurrentes, así como psicosis paranoides u otros tipos similares, además de otros que puedan volverse crónicos o limitar severamente el desarrollo de sus capacidades funcionales en tres o más áreas principales de la vida diaria, como el cuidado personal, autonomía, relaciones interpersonales, interacción sociales, aprendizaje y tiempo libre. Además, estos trastornos pueden afectar negativamente la capacidad de las personas para mantener su autosuficiencia económica

Mediante esta definición se da importancia además de a la sintomatología clínica a las áreas deterioradas por el trastorno junto con las formas evolutivas en las que se expresa. Gracias a ello, en los planes nacionales se establece el TMGD desde una perspectiva integral. Este enfoque coloca la enfermedad mental en el núcleo de un proceso asistencial completo que abarca sus características y demandas psicopatológicas, psicosociales, evolutivas y de atención (Navarro & Carrasco, 2010).

Siguiendo con el concepto de TMGD y según las lecturas de diversos autores como Hernando (2022) y Espinosa & Valiente (2017), se atienden a tres dimensiones para su definición: diagnóstico, temporalidad y discapacidad.

A pesar de que el diagnóstico no da información específica sobre la persona y los problemas asociados al mismo, aporta información muy relevante dando pistas para las planificaciones asistenciales del sistema sanitario. Los tres grupos principales de diagnósticos relacionados incluyen:

- Esquizofrenia y trastornos psicóticos, caracterizados por perturbaciones del pensamiento, alucinaciones y síntomas negativos, que conllevan una marcada disfunción en diversas áreas de la vida, especialmente en las interacciones sociales.
- Trastorno bipolar y trastornos afectivos mayores, que se caracterizan por alteraciones significativas en el estado de ánimo, manifestándose en episodios de manía y depresión de gran intensidad
- Trastornos de la personalidad, que se caracterizan por patrones de pensamiento, percepción, reacción y relación persistentes y reiterados que causan malestar significativo a la persona que los padece, además de afectar a su habilidad para desenvolverse en el entorno (Zimmerman, 2023).

Existe controversia en si los trastornos de personalidad deben ser incluidos en los TMGD y, por ende, en los servicios específicos de rehabilitación psicosocial. Esto surge debido a la dificultad para identificarlos y diagnosticarlos con precisión, así como a la falta de especificidad y consistencia en su definición (Zimmerman, 1994, citado en Espinosa & Valiente, 2017). La evaluación de estos trastornos se complica por la comorbilidad con síntomas psicóticos en algunos casos, así como la variabilidad en su evolución y pronóstico. A pesar de todo ello, es importante destacar que los pacientes con estos trastornos suelen recurrir con frecuencia a servicios de salud mental debido a la severidad de sus problemas de comportamiento, los cuales, en muchos casos, persisten a lo largo de toda su vida. Esta persistencia proporciona argumentos sólidos para considerar su inclusión en los TMGD.

La dimensión de la temporalidad hace referencia a la cronicidad del trastorno, ya que son considerados de larga evolución. Generalmente se establece un periodo de dos años de tratamiento como criterio, pero a duración real de los trastornos suele ser mayor debido a los periodos premórbido o síntomas activos no tratados. Cabe destacar que, aunque algunos tratamientos farmacológicos pueden controlar los y reducir síntomas de los TMGD, los tratamientos de larga duración pueden convertir los trastornos graves y episódicos en crónicos. Alguno de los tratamientos psicofarmacológicos puede no ser tan efectivos como se cree, ya que la eficacia a menudo se exagera por la manipulación de datos en ensayos clínicos (Bentall, 2011 citado en Espinosa & Valiente, 2017).

En cuanto a la presencia de discapacidad, se estima que los trastornos mentales se encuentran entre las principales causas de discapacidad a nivel mundial, estando los TMGD asociados a una alta discapacidad (Hernando, Baca & Barrigón, 2022). El nivel de la funcionalidad fue identificada como una de las 25 prioridades de investigación en el ámbito de la salud mental a nivel global (Thomas, 2016, citado en Hernández, 2022). Para su evaluación, se desarrolló por la OMS una herramienta llamada “Cuestionario de evaluación de discapacidad”, una escala que evalúa los niveles de discapacidad en la población en general y en personas con enfermedades (tanto físicas como mentales) cuya abreviatura es WHO-DAS 2.0 por sus siglas en inglés (OMS, 2015), de la cual se hablará posteriormente. Es crucial proporcionar información sobre su nivel de autonomía e independencia, así como de sus necesidades de supervisión y apoyo (Espinosa y Valiente, 2017).

Para el diagnóstico de los TMGD, según el Servicio Aragonés de Salud (2003), también se deben tener en cuenta los criterios:

- Clínicos. Se requiere la presencia de una gravedad clínica, que incluye la distorsión de la realidad y conductas de riesgo, además de una temporalidad específica en la que se dé de forma continuada o episódica durante al menos dos años.
- Sociales. Posea discapacidades importantes en el ámbito social como disfunciones, incapacidad funcional para el desarrollo, dependencia para su mantenimiento teniendo necesidad de otra persona o de un servicio específico, sobrecarga familiar o falta de red social.
- Utilización de servicios. La persona que padezca un TMGD ha debido acudir a servicios de salud mental en un periodo de mínimo de dos años.

Según este servicio de salud, el grupo de TMGD lo comprenden: trastornos esquizofrénicos, esquizoafectivos, trastornos bipolares, estados paranoides, depresiones mayores, trastornos obsesivos-compulsivos, trastornos de personalidad graves (límite, esquizotípica, trastornos neuróticos graves y otros). De este grupo, se excluyen las personas con diagnóstico primario de abuso/dependencia de sustancias y retraso mental (SACyL, 2002). En los apartados que se presentan a continuación, se repasarán los aspectos más relevantes de los TMGD más frecuentes.

4.2.2. Trastornos psicóticos: Esquizofrenia

La esquizofrenia es el trastorno más representativo del grupo de trastornos psicóticos. Según Arias et al (2003), se describe a las personas con psicosis como aquellas que experimentan una variedad de síntomas, tanto positivos (alucinaciones, ideas delirantes, comportamiento extraño y trastornos del pensamiento) como negativos (aplanamiento afectivo, alogia, apatía, anhedonia y falta de interés social). Suelen mostrar un patrón de relaciones interpersonales gravemente alterado, junto con comportamientos o reacciones emocionales inapropiadas para el contexto y una percepción distorsionada de la realidad. La persistencia de estos síntomas y su tratamiento debe ser superior a dos años y detectarse en la persona una disfunción moderada o severa de su funcionamiento familiar, laboral y social.

La esquizofrenia, según el DSM-V (2002) es un trastorno psicótico que presenta al menos dos de las siguientes características. Al menos uno debe ser (1), (2), (3): 1. Delirios; 2. Alucinaciones; 3. Discurso desorganizado; 4. Comportamiento extremadamente desorganizado o catatónico; 5. Síntomas negativos (Véase anexo 2).

Este trastorno es el que más se cronifica, por lo que es el que más recurre a los centros de Rehabilitación Psicosocial (SACyL, 2002). Es por ello también por lo que, la investigación sobre la esquizofrenia es y siempre será un reto para la psicopatología, así como su tratamiento. Es un trastorno mental complejo, ya que el esquizofrénico, suele ver cosas que no existen (alucinaciones), tener pensamientos delirantes (no se ajustan a la realidad) y puede comportarse de acuerdo con ellas. (Sandín, 2023)

Existen varios tipos de esquizofrenia recogidas en el DSM- V, explicados brevemente a continuación (Padín, 2012) :

- a) Paranoide. Priman las ideas delirantes y/o alucinaciones auditivas. El resto de los síntomas no es tan abundante
- b) Catatónica. La sintomatología negativa es notable, con manifestaciones como catalepsia, negativismo y mutismo, además de otros síntomas como ecolalia y ecopraxia.
- c) Desorganizada. Se observa predominantemente un patrón de conductas caóticas y una expresión emocional limitada. La persona puede tener dificultades para saber cómo comportarse de manera apropiada en su entorno.
- d) Indiferenciada. Esquizofrenias que no son ninguna de las anteriores
- e) Residual. No se observa presencia de la sintomatología típica de las esquizofrenias mencionadas anteriormente, o si aparece, lo hace de forma leve.

Respecto la prevalencia, según Ferrari et al. (2016, citado en Hernández, 2022) la esquizofrenia afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo. Se calcula que unas 7/8 personas de cada mil la padecerán a lo largo de su vida. Durante las últimas tres décadas, ha habido un aumento notable en la prevalencia mundial de las personas afectadas por este trastorno, de 32.7 millones en 1990 a 48.8 millones en 2013 (incremento del 49.1%).

4.2.3 Trastorno bipolar

Los trastornos bipolares son una variedad de condiciones heterogéneas que se caracterizan por cambios en el estado de ánimo y un sufrimiento subjetivo. (Belmaker, 2004, citado en Hernandez, Martínez & Izquierdo, 2019). El impacto significativo en el funcionamiento laboral y social ha llevado a clasificarlo como una de las enfermedades con mayor discapacidad.

Antes de hablar de las características del trastorno, es imprescindible hablar de conceptos esenciales para el trastorno bipolar (Coryell, 2022).

- **Manía.** Se caracteriza por al menos una semana de un estado de ánimo constantemente elevado, expansivo o irritante, junto con un aumento sostenido de la actividad y una notoria incrementación de la energía, además de al menos tres de los síntomas adicionales: autoestima inflada, reducción significativa de la necesidad de dormir, hablar más de lo habitual, fuga de ideas o pensamientos que se suceden de manera acelerada, dificultad para mantener la concentración debido a la facilidad de distracción, incremento de la actividad dirigida hacia objetivos específicos, participación excesiva en actividades que conllevan un alto riesgo de consecuencias graves, como compras compulsivas.

Las personas que se encuentren en un episodio de manía no pueden desempeñar sus roles primarios debido a la gravedad de sus síntomas.

El episodio maníaco es una manifestación extrema, pudiendo el paciente tener ideas delirantes, megalómanas o persecutorias, lo que le hace difícil de distinguir de la esquizofrenia.

- **Hipomanía.** Es una variante menos extrema de la manía, que es un episodio discernible que persiste durante al menos cuatro días, con comportamiento que se puede distinguir del estado de ánimo no deprimido habitual del individuo. Incluye al menos tres de los síntomas adicionales mencionados en la manía. Para algunos pacientes este tipo de episodios son adaptativos porque producen aumento de energía que les ayuda con las tareas diarias y un funcionamiento social normalizado. En otros, se presenta como distracción fácil e irritabilidad.

Una vez aclarados estos términos, podemos conceptualizar el trastorno bipolar. Este trastorno se caracteriza por su curso cíclico y su amplia variedad de presentaciones. Incluye cambios en el estado de ánimo que afectan el nivel de energía, la actividad y la capacidad para realizar

actividades diarias. Pueden ocurrir episodios depresivos, maníacos, hipomaníacos y durante determinados períodos puede estar eufímico, aunque pueden persistir síntomas entre episodios (Martin & Smitch, 2013, citado en Hernández, Martínez & Izquierdo, 2019).

Existen tres tipos de trastornos bipolares: tipo I, tipo II y trastorno ciclotímico (Hernández, Martínez & Izquierdo, 2019).

- a) Bipolar tipo I. Caracterizado por episodios de manía y depresión
- b) Bipolar tipo II. Existencia de episodios de hipomanía y depresión.
- c) Ciclotímico. Implica episodios recurrentes de hipomanía y depresión subclínica.

4.2.4 Trastorno límite de la personalidad.

El Trastorno límite de la personalidad (TLP) está incluido de los trastornos de personalidad, pero, ¿qué es la personalidad? Según García López et.al. (2010), es un constructo multifactorial dinámico que incorpora componentes biológicos y ambientales, que interactúan entre sí. Se estructura en dos partes: la parte genética que ha sido heredada, llamado temperamento, y, por otro lado, la parte social o ambiental, que es el carácter. La personalidad está comprendida por características opuestas, como que es idiosincrásica (únicos de la persona) y a la vez social, ya que se aprende en el entorno. También se trata de un término estable a lo largo de la vida, pero, a su vez, permite al individuo adaptarse con ella a los diferentes entornos.

Los trastornos de la personalidad conforman uno de los grupos de afecciones psiquiátricas más comúnmente experimentadas que comienzan en la edad adulta joven o adolescencia. Este grupo, se subdivide en:

- Grupo A. Paranoide, esquizoide, esquizotípico
- Grupo B. antisocial, límite, histriónico y narcisista.
- Grupo C. Evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo.

El TLP (incluido en el grupo B) es una alteración mental caracterizada por las dificultades a las que se enfrentan los individuos respecto sus emociones, estado de ánimo cambiante, inestabilidad y relaciones interpersonales variables (Tulio Solano & Polo Martínez, 2022). Este trastorno también es conocido como una afección que sufre la persona en el área social, caracterizado por

impulsividad y tendencia al aislamiento (Linares. 2007, citado en Tulio Solano & Polo Martínez, 2022). A esto se le suma, según Blanco Artola et al. (2020), extrema sensibilidad al abandono y un comportamiento impulsivo de automutilación. Hay que tener en cuenta el riesgo de suicidio de la población que lo padece, a ya que entre el 60% y el 85% han intentado suicidarse.

Como es obvio, y debido a las diversas consecuencias del trastorno que acompañan a la persona, esto dificulta las relaciones interpersonales, además de la vida laboral, por lo que precisa de ayuda para controlarlo, adquiriendo destrezas para llevar una vida gratificante.

Este tipo de TP entonces, implica unos rasgos de personalidad patológicos, permaneciendo continuamente en un equilibrio frágil, que puede romperse en cualquier momento de estrés, que puede provocar a la persona entrar en crisis. Se intensifican así los rasgos desadaptativos, que hace que aumente la disfuncionalidad y crea un malestar significativo (García López et al, 2010).

4.3. Consecuencias del Trastorno mental grave y duradero

Las diversas características de los TMGD nos dan pistas de las consecuencias de los mismos en los individuos que los padecen. A pesar de las diversas afecciones que se incluyen en dicho grupo, existen consecuencias comunes a todos ellos.

Según el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2007) y Fernández Quiñones (2012), las personas que padecen un trastorno mental grave se encuentran con restricciones y déficits, siendo las más importantes: las interpersonales, encontrándose con un número reducido de relaciones sociales, que se ve afectada en el momento de síntomas activos, y exponiéndose así a caer en aislamiento, y por ende, a la exclusión; acceso a servicios sanitarios, sociales, de atención al ciudadano, ya que la mayoría no tiene conciencia de enfermedad, desconocimiento o falta de motivación; dificultad en la gestión del ocio y el tiempo libre; dificultades en el funcionamiento laboral, debido a una situación en las que les es difícil encontrar trabajos o de mantenerlos; dificultad para la participación social, la asociativa y/o la política.

Cabe decir que, a parte de los déficits mencionados, en numerosas ocasiones los TMGD se asocian a discapacidad en distintos niveles. Según la Encuesta Nacional de Salud (2017), los trastornos neuropsiquiátricos representan casi el 20% de la discapacidad atribuible a problemas de salud. Según la OMS (2001, citado en Hernando. 2022), la discapacidad se define como “la

interrupción de la interacción de un individuo con su entorno”. El comienzo precoz de los trastornos mentales, la naturaleza recurrente o crónica de los mismos y las necesidades no atendidas en el transcurso del tratamiento son factores que agravan el impacto de las discapacidades asociadas a los trastornos mentales. El impacto de las discapacidades asociadas con los trastornos mentales se ve agravado por el inicio temprano (Antunes, 2018).

Medir de forma sistemática el nivel de discapacidad de las personas que padecen enfermedad mental puede ayudar a entender de forma más completa el impacto que tiene el trastorno en el individuo que lo padece. La relevancia de evaluar la calidad de vida y el funcionamiento individual es tan significativa que numerosos expertos han sugerido su medición como un indicador clave para determinar la efectividad del tratamiento y el seguimiento hacia la recuperación (Luciano et. al, 2010, citado en Hernando, 2022). Aunque la discapacidad asociada a enfermedad mental esté cada vez más atendida, tal y como defiende Hernando (2022), sigue teniendo poca atención en el ámbito sociosanitario en comparación con la discapacidad asociada a enfermedad física.

La OMS desarrolló un modelo biopsicosocial que incorporaba estos aspectos (calidad de vida y funcionamiento individual) en el proceso de evaluación, llamado Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF). Este modelo multidimensional fue creado con el fin de crear un nuevo marco conceptual para la descripción de salud y los estados relacionados con la misma. así como la nueva comprensión de funcionamiento, discapacidad y salud (Fernández, J.A et al, 2009).

La CIF, es también una clasificación que hace hincapié en la necesidad de tener en cuenta el funcionamiento y la discapacidad tanto a nivel individual como poblacional, para así, como se ha mencionado antes, planear las intervenciones y servicios.

El concepto de salud y los estados relacionados con ella se describen desde un enfoque corporal e individual, y mediante dos listados básicos: Funciones y Estructuras Corporales y Actividades y Participación. También contempla factores ambientales interactúan con estos constructos (Ustün, 2010, citado en Hernando, 2022). Se aconseja utilizar conjuntamente afirmando que son complementarias la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) y la CIF, ya que, en la primera, se clasifican los estados de salud, mientras que, en la segunda, se clasifica el funcionamiento y la discapacidad asociados con las condiciones de salud.

Aun siendo destacable por su valor universal, pudiendo ser aplicado en amplio rango de ámbitos, tiene escasa implementación en la práctica clínica. Esto puede ser debido a la exigencia en cuanto a la formación o al escaso tiempo para poder emplearla, debido a su exhaustividad y extensión de ésta (OMS, 2019, citado en Hernando, 2022).

En necesidad a lo anterior, la OMS, formuló una escala cuyo nombre es WHO-DAS 2.0 para medir la discapacidad, en este caso, de las personas que padezcan algún trastorno incluido en este caso, en el grupo de TMGD (OMS. 2015). Sin embargo, esta escala evalúa la discapacidad sin distinción de enfermedad, ya que es una medida genérica, por lo que puede ser utilizada para la medición del nivel de discapacidad en diferentes enfermedades (Hernando, 2022). Es decir, la escala ha dejado evidencias de su utilidad tanto para medir la discapacidad en la sociedad como en grupos específicos, así como en personas con enfermedades físicas y mentales.

Esta escala mide el funcionamiento promedio en situaciones cotidianas en los treinta días previos a la entrevista, abordando seis áreas principales de funcionamiento: cognición (comprensión y comunicación), movilidad (movilidad y desplazamiento), cuidado personal (cuidado de propia higiene, capacidad para vestirse, comer y quedarse solo), relaciones interpersonales (interacción con otras personas), actividades de la vida diaria (responsabilidades domésticas, tiempo libre, trabajo), participación en la sociedad (participación en actividades comunitarias y en sociedad) (OMS, 2001, Hernando, 2022). La versión más extendida de esta escala es la entrevista estructurada de 36 ítems (véase anexo 2), que se tarda en completar alrededor de 20 minutos. Estas evaluaciones pueden ser autoadministradas, administradas por el entrevistador o administrada proxy. Esta última opción es para personas que no puedan por sí mismas completar la entrevista.

El resultado se obtiene de la suma de todos los puntos obtenidos en cada dominio mencionados anteriormente, ya que está compuesta de preguntas tipo Likert, por lo que la suma de todas variará de 0-100. Los individuos se clasifican en:

- 0- 4% Ninguna discapacidad
- 5- 24% Discapacidad ligera
- 25- 49% Discapacidad moderada
- 50- 95% Discapacidad severa
- 96- 100% Discapacidad completa

Las características psicométricas de este cuestionario son excelentes, demostrando consistencia interna alta, excelente fiabilidad test-retest y una validez concurrente destacada en comparación con otros instrumentos reconocidos para medir discapacidad (Gspandl, 2018, citado en Hernando, 2022)

Haciendo referencia a lo anterior y a las características de este tipo de trastornos, se puede afirmar que, en la mayoría de los casos, las relaciones de las personas que los padecen son muy reducidas y de poca calidad, haciendo que exista riesgo de encontrarse en situación de exclusión (Fernández et al. 2018). Esto hace evidente la necesidad de crear respuestas para, además de aminorar los síntomas y estabilizarlos, para tratar los déficits en el funcionamiento psicosocial y hacer posible la integración de estas personas en la comunidad (Fernández Quiñones, 2012).

4.4. Rehabilitación psicosocial y la educación social

Una vez se cuenta con un diagnóstico, la rehabilitación psicosocial es un enfoque terapéutico integral y continuo que se basa en principios éticos y prácticos que se utiliza para pacientes que padecen TMGD, como la esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno límite de la personalidad. Su principal propósito es asistir a las personas en su desarrollo de habilidades y estrategias para mejorar su integración en la comunidad y fomentar su recuperación personal (Hernández Monsalve, 2017). Este tipo de rehabilitación no tiene la finalidad de curar, según Desviat Muñoz (2010), sino que trata de desarrollar estrategias para adquirir o mantener habilidades sociales y la dignidad de los pacientes. La rehabilitación psicosocial busca mejorar su calidad de vida y lograr una participación total en la comunidad. Es decir, contribuye a la recuperación y mejora de las habilidades y competencias esenciales para llevar una vida activa y significativa dentro de la sociedad. Por otro lado, es necesaria la aplicación de estrategias destinadas a prevenir el deterioro de capacidades psicosociales y el aislamiento social, pues pueden obstaculizar la integración y participación esperada.

Para que esta rehabilitación se lleve a cabo correctamente, se involucra a un equipo multidisciplinar de profesionales de salud mental como psiquiatra, psicólogo, enfermeros especialistas, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y técnicos deportivos. Entre todos ellos se pone el foco en el paciente y en la creación de un plan de terapia individualizado para conseguir unos objetivos específicos (Revilla, 2023). Además de todo esto, se debe llevar a cabo

una comunicación efectiva para que los trabajos y roles de cada uno de los profesionales se complementen entre sí con un único objetivo común.

Siguiendo las lecturas de González & Rodríguez (2010) y Juanico & Ventura (2017), algunos programas eficaces para personas con psicosis correspondientes a la rehabilitación psicosocial pertenecientes al trabajo multidisciplinar son: las habilidades sociales, rehabilitación cognitiva, autocuidado y salud, actividades recreativas y de uso del tiempo libre, integración en la comunidad, inserción laboral, educación a jóvenes, adultos y mayores y educación multicultural.

La figura del educador social no siempre figura en el equipo multidisciplinar de los centros de rehabilitación psicosocial, sin embargo, la profesión se ha reconocido como de vital importancia en los últimos años en el campo de salud mental (Juanico & Ventura, 2017). A pesar de no estar contemplados en las plantillas de muchos centros, se están formando y adquiriendo conocimientos sobre lo respectivo a la salud mental que los ayude a buscarse un hueco dentro de las entidades para trabajar en conjunto con el equipo multidisciplinar perteneciente a dichos centros de este ámbito.

Como ya se ha visto, las personas con TMGD se exponen a la estigmatización (incluso la suya propia) y a la exclusión social por las numerosas características que los acompañan. Tanto es así que, según Planella Ribera (2013), desde la perspectiva social de la discapacidad, se entiende el concepto como el efecto segregacionista que la comunidad impone sobre los individuos con necesidades de atención, cuidados y apoyo determinado. Como apunta Barton (citado en Planella Ribera, 2013) “ser discapacitado supone experimentar la discriminación, la vulnerabilidad y los asaltos abusivos a la propia identidad y estima” (p.121). Es decir que, con alta frecuencia, tener una discapacidad significa sentirse externo a los márgenes de la sociedad, además de perder la categoría de ciudadano/a. Es por todo ello, que entre muchas otras, también se requieren medidas socioeducativas.

En lo relativo a esto, los profesionales de la educación social, cobran un papel importante, sus conocimientos y funciones a desempeñar cubren muchas necesidades, además de promover la autonomía y la integración sociocomunitaria de las personas con dichos trastornos. Es decir, el profesional de la educación social tiene la función de romper las estructuras (Planella Ribera, 2013).

Lo función del educador/a social en los centros de rehabilitación psicosocial, se ve reforzada por Rigol Fabra y García Herrero (2005), que defiende que el profesional de la educación social realiza un papel crucial en el proceso de recuperación y adquisición de nuevas habilidades, previniendo así la cronicidad y sus potenciales efectos adversos.

Su principal objetivo es fomentar el desarrollo social de personas con trastornos mentales graves a través de la aplicación de métodos y estrategias que abarcan aspectos psicológicos, psicopedagógicos y sociales.

Otra función a tener en cuenta de los educadores sociales en este ámbito es la promoción de la pedagogía social, ya que, al contrario de la pedagogía terapéutica, la discapacidad se trata de algo más que solo un déficit en el sujeto. En esta función, es de vital importancia el acompañamiento pedagógico (da Silva, 2021). El término “acompañamiento” se trata de un concepto “comodín”, con definiciones algo ambiguas. Sin embargo, para los profesionales de este ámbito es un concepto positivo, se trata de una práctica que tiene como fin “ayudar a las personas con necesidades de apoyo a seguir adelante por sus propios medios (...) y ayudarlas a resolver algunos problemas generados por situaciones de exclusión o dificultad y establecer con ellas una relación de escucha, apoyo, consejo y ayuda mutua” (Planella Ribera, 2013, p. 124-125). El acompañamiento se constituye de los siguientes aspectos que ayudan a la persecución de los objetivos: relación, vínculo, autonomía y autodeterminación y postura activa.

Más específicamente, dentro de la rehabilitación psicosocial en salud mental, el profesional de la educación social es, según Rigol Fabra & García Herrero (2005), muy reciente. Sin embargo, defienden que es una figura crucial en las perspectivas modernas del modelo de atención en salud mental, por tender a atenciones más integradoras, reformistas, rehabilitadoras y comunitarias, que abren el camino a la atención biopsicosocial e interdisciplinaria. En acuerdo a esto, señalan también diversas funciones generales que cumplen los educadores sociales en el ámbito de rehabilitación en salud mental, entre otras, evaluar dificultades desde una visión educativa, facilitar la superación de dificultades a través de métodos psicopedagógicos, apoyar el proceso de rehabilitación, ejercer de intermediario entre usuario y servicio y motivar para el cumplimiento de los objetivos del Servicio de Rehabilitación.

A parte de todas estas, apoyan aún más la labor del profesional en centros de rehabilitación de salud mental mencionando y defendiendo otras funciones específicas que cumplen. En cuanto

a la atención directa, realizan entrevistas de primer contacto con los individuos que el centro recibe, diseñan y llevan a cabo actividades y talleres y observan e intervienen teniendo como foco las necesidades del usuario; en tareas no asistenciales, en conjunto con el equipo multidisciplinar, se encarga de ofrecer la evaluación extraída de la atención directa, participar en el diseño y seguimiento de los programas individualizados y para la intervención en el trabajo en red con otros servicios; de preparación al marco donde se desarrolla la intervención realizan lo respectivo a la preparación de las actividades que se desarrollan, como pensar, programar, gestionar aspectos necesarios para las actividades, transcribir lo ocurrido para llevar un seguimiento de la evolución de los usuarios, controlar asistencia, participar en reuniones y tareas de acompañamiento.

Hoy en día, este perfil profesional va insertándose poco a poco en este ámbito laboral, ya sea consiguiendo puestos en otras categorías profesionales o, en una menor parte, en entidades específicas con el puesto de educador/a social. Sin embargo, y al comprobar que es inusual encontrar un puesto reconocido de este profesional en salud mental, es fundamental que se sigan demandando y defendiendo el lugar del educador/a social en este tipo de centros.

Volviendo a la rehabilitación psicosocial y debido a que el presente trabajo se enmarca en un centro de media estancia ubicado en la comunidad autónoma de Castilla y León, es importante resaltar los puntos que ayudan a clarificar el concepto propuesto por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León en su documento de Guía Básica de Funcionamiento para los centros de rehabilitación social (2003).

- Fomentan la inclusión de la persona en su entorno cotidiano, lo que implica aprovechar los recursos disponibles en la comunidad para satisfacer diversas necesidades (económicas, recreativas, educativas, etc.)
- Se basan en una visión amplia e integral de los derechos humanos (derecho a la educación, al trabajo, al ocio, a la vivienda, a las vacaciones, a la independencia familiar y a una posición económica que permita un medio de vida.)
- Atienden al principio de la autonomía e independencia de la persona.
- Se rigen por el principio de normalización, implementando pautas de vida lo más normales posible.
- Se reconoce que la rehabilitación psicosocial es un proceso continuo con etapas no lineales que se distribuyen en una intervención a largo plazo.

- Tiene una perspectiva positiva hacia las capacidades y potenciales de cada persona.
- Se da importancia a las elecciones de cada individuo, así como su participación activa en el proceso, fomentando así su autodeterminación.
- Dan igual importancia a las habilidades de la persona como las sociales, ya que son dos realidades que coexisten.

Atendiendo a las pautas que nos ofrece la gerencia de salud correspondiente, se extrae que para el diseño e implementación de programas de terapia de rehabilitación psicosocial es necesario conocer necesidades e intereses de los pacientes para que sean prácticos y se consigan los objetivos con mayor efectividad. Por ello, este asunto es uno de los objetivos prioritarios del presente trabajo, aspecto que se abordará más adelante en la parte más práctica de este trabajo.

4.4.1. Intervención socioeducativa para el desarrollo de las habilidades sociales

Las habilidades sociales (HHSS) son las conductas o destrezas sociales específicas, requeridas para ejecutar competentemente una tarea de índole interpersonal (Sanz Martín, 2014); además, permiten que las personas interactuemos efectivamente entre nosotros/as y tienen como finalidad fomentar nuestro desarrollo integral a través de la comunicación, la resolución de conflictos, la empatía y el trabajo en equipo. Al tener la característica de habilidad, es posible trabajar en ellas. Esto es un aspecto muy importante para el trabajo con personas que tengan déficits en sus relaciones sociales y dificultades para integrarse en la comunidad, como son las personas con TMGD.

Por esto mismo, una justificación de la existencia del programa de HHSS en la rehabilitación cognitiva es que muchas veces las personas con dichos trastornos pierden su red social por una ineficacia en sus habilidades. Por ejemplo, las personas con esquizofrenia suelen presentar aislamiento social a la vez que falta de asertividad, comportándose muchas veces de manera pasiva (Florit Robles, 2006). Las dificultades que estos causan les sitúan en una situación de riesgo de exclusión social y menor funcionamiento (González Cases & Rodríguez González, 2010).

Dentro de la intervención socioeducativa, es importante trabajar las HHSS y de manera directa para hacer que las relaciones interpersonales sean lo más positivas posibles y estables para

lograr así que construyan relaciones sociales efectivas y, por consecuencia, su integración a la comunidad estará un paso más cerca.

Existen diversas tipologías de HHSS, desde las más básicas, como iniciar una conversación, hasta las más complejas como resolución de conflictos (Peñafiel Pedrosa et. al. 2017). Por tanto, la intervención socioeducativa tiene como fin el desarrollo o mantenimiento de los tipos de habilidades sociales que se identifiquen como más importantes para el público destinatario. Los temas más comunes son: inteligencia emocional, empatía, asertividad, resolución de conflictos, etc.

Es apropiado reflejar una clasificación de las tantas propuestas de habilidades sociales, en este caso la defendida por Goldstein et. Al (1989). En la tabla 1 se exponen los diferentes tipos descritos de manera conductual, es decir, se definen a partir de una conducta.

Tabla 1.
Tipología de Habilidades Sociales según Goldstein.

Habilidades sociales básicas	Habilidades sociales avanzadas	Habilidades relacionadas con sentimientos
<ul style="list-style-type: none"> - Escuchar - Iniciar una conversación - Mantener una conversación - Formular una pregunta - Dar las gracias - Presentarse - Presentar a otras personas - Hacer un elogio 	<ul style="list-style-type: none"> - Pedir ayuda - Participar - Dar instrucciones. - Seguir instrucciones. - Disculparse. - Convencer a los demás. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer los propios sentimientos. - Expresar sentimientos. - Conocer los sentimientos de los demás - Enfrentarse al enfado del otro. - Expresar afecto - Resolver el miedo - Autorrecompensarse
Habilidades alternativas a la agresión	Habilidades de planificación	Habilidades para hacer frente al estrés
<ul style="list-style-type: none"> - Pedir permiso. - Compartir algo. - Ayudar a los demás. - Negociar. - Empezar el autocontrol. - Defender los propios derechos. - Responder a las bromas. - Evitar los problemas con los demás. - No entrar en peleas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tomar decisiones realistas - Discernir sobre la causa de un problema. - Establecer un objetivo - Determinar las propias habilidades. - Recoger información. - Resolver los problemas según su importancia. - Tomar una decisión eficaz 	<ul style="list-style-type: none"> - Formular una queja. - Responder a una queja. - Demostrar deportividad después de un juego. - Resolver la vergüenza. - Arreglárselas cuando te dejan de lado. - Defender a un amigo - Responder a la persuasión - Responder al fracaso - Enfrentarse a los mensajes contradictorios. - Responder a una acusación. - Prepararse para una acusación. - Prepararse para una conversación difícil. - Hacer frente a las presiones de grupo

Fuente: Goldstein etal. (1989) citado en Ibarra Santacruz, M.E. (2020)

Cada una de las habilidades anteriores se encuentra descrita de manera conductiva, es decir, se definen a partir de una conducta. Existe también otra clasificación posible según el tipo de destrezas que se desarrollen: cognitivas, donde se desarrollan elementos psicológicos como la identificación de necesidades; emocionales, trabajando en la identificación, expresión y manifestación de los sentimientos; y instrumentales, cuando tienen una utilidad, como la formulación de preguntas.

Todos y cada uno de los tipos de HHSS expuestos con anterioridad conforman un aspecto importante en la persona y, por tanto, esencial de desarrollar o mantener en las intervenciones socioeducativas.

5. METODOLOGÍA

Las personas con Trastorno Mental Grave y Duradero, debido a las consecuencias de los trastornos, precisan de ayuda integral para cubrir las necesidades surgidas. Para ello, muchas de las personas acuden a centros de media o larga estancia que tienen como terapia la rehabilitación cognitiva. Este tipo de terapia apuesta por programas que los doten de capacidades y habilidades que permitan la máxima autonomía posible, siempre velando por su integración en la comunidad. Estos programas tienen objetivos específicos que se proponen dependiendo de las necesidades o de las características de los sujetos a los que vayan dirigidos. Es decir, son programas individualizados.

En cuanto al diseño de estos programas de rehabilitación cognitiva, se deben plantear teniendo como punto de partida los individuos beneficiarios. Esto quiere decir que, antes de planear o diseñar el programa, hay que realizar un estudio o evaluación diagnóstica de necesidades e intereses de los mismos, para así, diseñarlo con la máxima precisión posible.

Esta parte del trabajo va destinada a realizar una evaluación diagnóstica sobre las necesidades e intereses de los usuarios receptores de los programas desde dos perspectivas: la de los usuarios y la de los profesionales que componen el equipo del centro. Este tipo de evaluación es de vital importancia tal y como apuntan Perales-Montolío, et al, (2022):

“El primer paso, la detección de necesidades, se plantea en una doble perspectiva. Por un lado, es necesario realizar una evaluación diagnóstica sistematizada (o evaluación de contexto), para la detección de necesidades reales. Se trata de recopilar y sistematizar, desde diferentes perspectivas, agentes e instrumentos, la información que justique el proyecto que se va a proponer. Por otro lado, es necesario cuidar que las necesidades detectadas vayan en consonancia con las directrices marcadas en el plano global (planes) y a medio plazo (programa)”. (p.123)

El centro de media estancia de rehabilitación psicosocial escenario de esta investigación es de titularidad privada y está ubicado en el extrarradio de una ciudad intermedia de Castilla y León. Al ser de rehabilitación psicosocial, se ocupa de los factores que conciernen a la adaptación del

individuo, además de la propia patología, es decir, se enfoca en la integración social. En la unidad se brinda atención a personas con enfermedades mentales graves y crónicas, como esquizofrenia, trastornos afectivos bipolares, entre otras. Estas condiciones generan un deterioro significativo en aspectos fundamentales para su funcionamiento laboral, social y personal, como la higiene, las relaciones interpersonales y las capacidades cognitivas, manteniéndose en el tiempo. Esto desemboca en niveles de discapacidad que les impiden integrarse de manera normalizada y autónoma en su entorno.

Esta propuesta surge en el contexto del prácticum de grado, desarrollado durante los meses de marzo, abril y mayo en el mencionado centro. Mediante la observación participante, se identificó una posible desmotivación por parte de los usuarios respecto los programas desarrollados por el centro, ya que la participación de las personas usuarias era muy irregular y en ocasiones escasa. Debido a ello, y pensando en que posiblemente sea necesario un reajuste de las actividades propuestas para mejorar la participación e implicación de las personas usuarias, y por ende su tratamiento, se solicita permiso a la coordinación del centro y al profesional colaborador para realizar el presente estudio.

Para comprobar el grado de conformismo con las actividades y las respectivas metodologías ofertadas en el centro así como los intereses, tomando como técnica la encuesta, se ha diseñado un cuestionario ad hoc, que recoge información sobre ello y que ha sido entregado tanto a los usuarios como a los profesionales. Con este enfoque dual se pretende, por un lado, conocer la realidad de los gustos de los usuarios, y por otro, saber qué piensan o creen los profesionales, permitiendo así conocer pistas que faciliten un nuevo diseño y/o reajuste de programas.

El instrumento de usuarios consta de cuatro secciones: datos generales, la valoración de las actividades propuestas, gustos sobre las metodologías e intereses propios, poniendo especial atención en el interés en entrenar las distintas habilidades sociales. En cada una de estas dimensiones se desarrollan preguntas con respuestas plasmadas en escala Likert, preguntas cortas o de varias opciones (véase anexo 3). El modelo de cuestionario de los profesionales es similar al anterior, exceptuando los tiempos verbales, y que, deben responder, no dando su valoración sobre el programa, sino sobre los gustos e intereses que creen que tienen las personas usuarias.

Como ya hemos comentado, se trata de una micro investigación en formato de evaluación de contexto, que tiene como fin principal extraer datos que nos faciliten ideas, valoraciones, nuevas rutas que puedan servir de apoyo en el diseño de programas para el centro, considerando sumamente valioso contar con la información de las personas implicadas para realizar un diseño de intervención socioeducativa que atienda a la realidad concreta del contexto, valorando como muy importante y necesario el conocer la información aportada por parte de los usuarios.

6. RESULTADOS

6.1 Datos generales

La muestra de usuarios total es de 18, correspondiendo a un 60% del total de personas que actualmente forman parte de la unidad, considerando que es una muestra interesante si se tiene en cuenta que la participación en el estudio era voluntaria. De las personas participantes, 3 son mujeres y 15 hombres. La mayoría de encuestados se encuentra en torno a los 48 años, teniendo el más joven 39 años y el más mayor 71 años. La media de estancia en el centro es de 3 a 4 años, encontrándose mucha diferencia respecto a la permanencia en los distintos participantes, siendo 1 mes el que menos lleva y 16 años el que más.

En cambio, los profesionales encuestados son 6, entre los cuales se encuentra la figura del monitor ocupacional, psicóloga, trabajadora social, enfermero y auxiliares de enfermería. En este modelo de encuesta, se suprime la fecha de nacimiento y se pregunta por el tiempo que llevan trabajando en la unidad. La media de los años trabajados en la unidad es de 8 años aproximadamente, por tanto, se puede decir, que muchos de ellos cuentan con la suficiente experiencia para conocer el centro con rigurosidad y, por ende, el contexto del mismo. Esto es una cuestión bastante importante, ya que, en los programas centrados en la persona, es fundamental trabajar comprendiendo y conociendo las necesidades e intereses de los usuarios. Esto implica no solo entender su perfil, sino también su contexto y entorno.

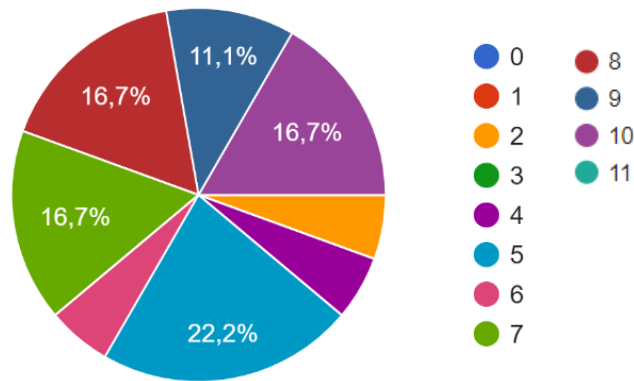
6.2 Valoración de las actividades.

En esta sección lo que se pretende es que las personas que forman parte de la unidad expongan su valoración de las actividades, preguntando por asistencia y nivel de satisfacción de cada una de ellas únicamente por quien participe.

En cuanto asistencia a las actividades, siguiendo las respuestas de las personas usuarias, no hay nadie que acuda a las once actividades ofertadas en total (Figura 1). Sin embargo, la mayoría de ellos (88.8 %) participa en más de cuatro y, de esa cantidad, solo el 28% de ellos participan en más de ocho. Es decir, el promedio de actividades a las que asiste un usuario es de 6-7. Esta estadística nos da a entender que la asistencia a las actividades ofertadas se encuentra en valores

no alarmantes. A pesar de ello, sería beneficioso aumentar esta cantidad replanteando las actividades o metodologías y volverlas más atractivas. Según actividades, como se irá viendo, se registra mayor o menos numero de participación, por lo que, individualmente, también se puede mejorar, ayudando así a su vez a incrementar la media. Estos aspectos se irán tratando y desarrollando en los siguientes puntos.

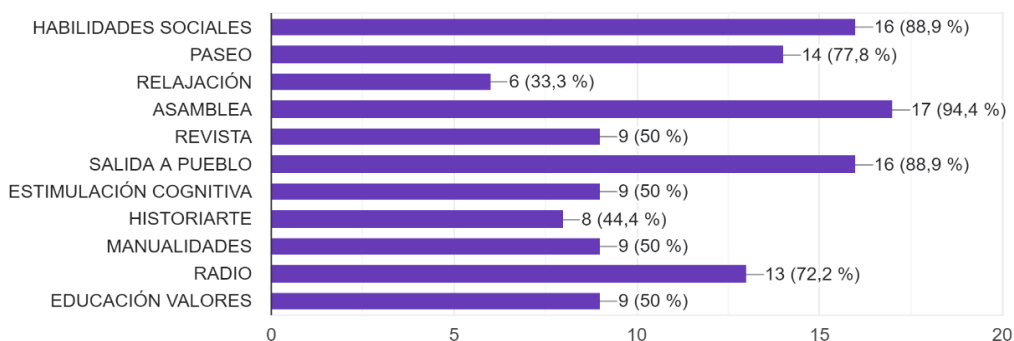
Figura 1
Nº de actividades en las que participa cada usuario



En lo respectivo a los profesionales, por lo general, tienen una visión muy positiva de la asistencia de los usuarios, el 50% de los profesionales apuntan que los usuarios participan en 11 actividades, la totalidad de las ofertadas. Este aspecto no coinciden con los datos que aportan los usuarios en sus respuestas, lo que indica que podría ser conveniente que los profesionales, además de registrar la asistencia en cada una de las actividades por quien la realiza, esa información sea compartida por el resto del equipo. La otra parte de los profesionales participantes en el estudio, manifiesta unos datos similares a los de los usuarios, quizá un poco más optimistas también, apuntando que participan en al menos 8 actividades.

A continuación, se hará un repaso de cada actividad ordenadas de mayor a menor en cuanto a asistencia. En la figura 2 se aprecia un resumen de la asistencia a cada una de ellas

Figura 2.
Asistencia a las distintas actividades



La actividad más concurrida de las ofertadas es la asamblea, en la que únicamente un usuario marcó que no asistía. Esta actividad es una oportunidad única que tienen los usuarios para compartir ideas de actividades que quieran que se implanten en el centro, además de tratar temas de interés general. También es cuando se deben apuntar a las actividades de fuera de la unidad. Es decir, es de carácter dialógico que tiene un fin organizativo para la unidad donde las personas usuarias tienen la posibilidad de expresarse. La valoración de dicha actividad (solamente por quien asiste) es positiva, ya que un 53% indica que les gusta bastante y un 18%, mucho. Sin embargo, el 29% expresa su descontento con dicha actividad, valorándola negativamente. Esta dinámica parece interesante para los usuarios por lo general, aunque haya un pequeño porcentaje que exprese que no le guste. Esto, puede ser ocasionado por gustos específicos de cada uno, los cuales son imposibles de compartir por todos. Con esto queremos apuntar que puede tratarse de una casualidad y no es un dato muy alarmante, ya que contamos con la cuantía significativa de asistentes fieles a dicha actividad.

La siguiente actividad con más asistencia es habilidades sociales, donde un 89 % participa. Esta actividad es de las principales en el centro, ya que es también de las más necesarias por tener como objetivo mantener o desarrollar las habilidades sociales. Los usuarios participantes cargan con las consecuencias de sus trastornos, que muchas veces les acarrearán dificultades a la hora de mantener relaciones sociales sanas y satisfactorias. Esto es debido a la insuficiencia en sus habilidades sociales, por lo que la asistencia a dicha actividad puede ser ventajosa para mejorar la calidad de sus relaciones interpersonales. En el total, un 63% aproximadamente señala que le gusta bastante o mucho, pero hay un 37% aprox. que manifiesta su descontento. Este descontento puede

deberse a la gran cantidad de carga de contenido en sus actividades o la metodología utilizada, ya que, por parte de los profesionales la evaluación también es negativa para un 33%. Por ello, es necesario repensar los datos recopilados y establecer conclusiones más específicas que den pistas para la mejora de la actividad adaptando la metodología.

El tercer puesto es el de la actividad de salida a pueblo, donde se registra un 89% de asistencia. En la realidad de dicha actividad se observa un alto agrado por la misma, ya que se trata de una actividad al aire libre relacionada con la cultura rural del lugar. Tanto es así que, un 50% indica gustarle mucho y un 38%, bastante. Por tanto, solo se registra un 12% aproximadamente de respuestas negativas. En ella, se realizan salidas a pueblos de la provincia o alrededor conociendo sus monumentos más destacados, incluyendo también un momento de descanso y desconexión. Es lugar para no estar presionados por cumplir con ninguna “tarea” costosa que requiera altos esfuerzos, sino que, solo deben disfrutar del entorno de forma compartida. Este tipo de salidas benefician la cohesión grupal, además de aportarles cultura. Por parte de los profesionales también se percibe el agrado por la misma, ya que su totalidad afirma que les gusta bastante o mucho. En dicha actividad, solo queda avivar la motivación de los que no participan para aumentar el número de asistentes.

El paseo cuenta con un 78% de asistencia aproximadamente. El 73% la valora positivamente, frente a un 27% que dice gustarle nada o poco. Esto en un promedio realizado para escala Likert, siendo 1 nada, 2 poco, 3 bastante y 4 mucho (escala aplicable a todo el estudio) , equivale a una valoración de 3 puntos. Profesionales y usuarios están en posiciones similares ya que, los profesionales también lo valoran positivamente (un 67% positivo y un 33% negativo), siendo el promedio 2.7, que equivale a una tendencia a gustar bastante. Se trata de un espacio en el que, además de estar activo y ayudar para combatir el sedentarismo, fomenta la confianza y por ende el vínculo profesional-paciente. Consiste en un paseo, como bien dice el nombre, por la naturaleza que comprende los alrededores del centro. Por lo tanto, se puede disfrutar de la conexión con la naturaleza, además mantenerse activo y encontrar un espacio en el que hablar de los aspectos de interés. En cuanto a la mejoría de actividad, se podría considerar el realizar varios tipos de paseos distintos adaptándose a los diferentes ritmos. Con esto nos referimos a ajustar el tiempo o la distancia a distintos ritmos, ya que una de las causas por las que el 22% no asiste, puede ser por la inadaptación de los ritmos del paseo a las condiciones individuales. Aun así, se considera que

sigue siendo una de las actividades que más acogida tiene en el centro y que es de vital importancia para la mayoría, aun más para los que no disponen de pases terapéuticos.

En la radio, que es un lugar para generar debate o tertulia sobre un tema de actualidad consensuado por los usuarios, participan un 66.6% de usuarios. Esta actividad está protagonizada por un ambiente tranquilo en el que ponen en mira las noticias o temas de interés, donde los usuarios pueden expresar libremente sus opiniones. Por tanto, es necesario para la cohesión grupal además de culturización de los usuarios, para mantenerlos en contacto con el exterior y las noticias que acontecen en la actualidad. El promedio de agrado de la misma de los asistentes es positivo (2.75 puntos sobre 4), al igual que el de los profesionales (2.67). Sin embargo, puede darse también una optimización de la actividad para incrementar tanto la asistencia como el agrado. Por tanto, lo primero es atender a los aspectos que pueden provocar el desagrado por parte de las personas que lo hayan indicado, como, por ejemplo, la duración prolongada de la actividad, temas en ocasiones difusos, desinterés en permanecer en grupo o compartir ideas, etc. No obstante, sigue siendo una actividad que gusta por lo general aún con aspectos por mejorar y es fácilmente adaptable ya que es “abierta”. Es una actividad que se puede vincular fácilmente a los temas más interesantes para la mayoría, como salud y bienestar, ciencia, tecnología, actividad física deportiva, etc. Esto puede hacer que la actividad sea más atractiva, combinando los temas que más les gusten junto con una actividad que a muchos también les gusta, conversar.

La siguiente actividad (56% aprox. de participación) es estimulación cognitiva, en la que la satisfacción está bastante dividida: el 60% dice gustarle mucho o bastante, mientras que, una alta cantidad (40%), poco o nada. Esta actividad no tiene una notable afluencia, aunque el agrado de los asistentes sea de media 2.7, valor que indica que tiende a gustar bastante. La media de los profesionales, sin embargo, se encuentra en 2.5, o lo que es lo mismo, solo la mitad piensa que gusta bastante. Al declarar esto los profesionales, evidencian que puede que haya algún desagrado no plasmado, por lo que es recomendable repensar nuevos enfoques para la actividad. Partiendo de que es una actividad crucial para el mantenimiento o desarrollo de habilidades cognitivas, puede sugerirse la incorporación de otras metodologías para su desempeño, como por ejemplo la gamificación con tecnologías de la información y comunicación intercalando con fichas, podría ser un aspecto que genere un efecto llamada que mejore la asistencia o el agrado.

Con el 50% de asistencia se encuentra la revista, donde la media de complacencia es 3, esto es decir, el 67% aproximadamente lo valora positivamente y al resto, dice gustarle poco. Esta actividad ayuda a los usuarios a mantenerse a la orden del día con las tecnologías, además de conformar un lugar donde plasmar sus ideas u opiniones sobre algún tema. Es por esta función esencial con la que cumple que es de gran importancia, por lo que es necesario aumentar la asistencia además de su interés, ya que, por parte de los profesionales, se percibe un descontento por parte de todos ellos (100% vota que gusta poco), proponiendo nuevas formas de llevarla a cabo, como por ejemplo, dar clases de Microsoft Office, ya que muchos se desmotivan por no tener la soltura suficiente para utilizarlo y la informática y la tecnología es un tema que declaran interesante (aspecto desarrollado más abajo). También sería interesante centrar las sesiones en temas de interés específicos propuestos por el encargado sobre los que deberían escribir.

En manualidades, acontece una situación similar. La asistencia es del 50%, teniendo media de agrado 2.8, ligeramente más baja que lo anterior y por parte de los profesionales ligeramente más alta, 2.2. Las manualidades conforman en el centro una actividad positiva, que puede ayudar a aminorar los efectos negativos de los trastornos, además de ser una fuente de potenciación de la paciencia, atención y perseverancia. También trabajan aspectos como la percepción espacial, coordinación o destreza motora, que pueden estar deteriorados en las personas del centro. Por estos motivos es de vital importancia aumentar la motivación para que los asistentes incrementen, así como su satisfacción con la actividad. Lo que puede provocar el desinterés en dicha actividad a algunos usuarios puede ser, entre otras, la monotonía de la actividad, aunque también puede ser provocada por gustos individuales. Proponiendo otros tipos de dinámicas más innovadoras como papiroflexia, tejer, cerámica, etc., puede que se ayude a mejorar la participación y acogida.

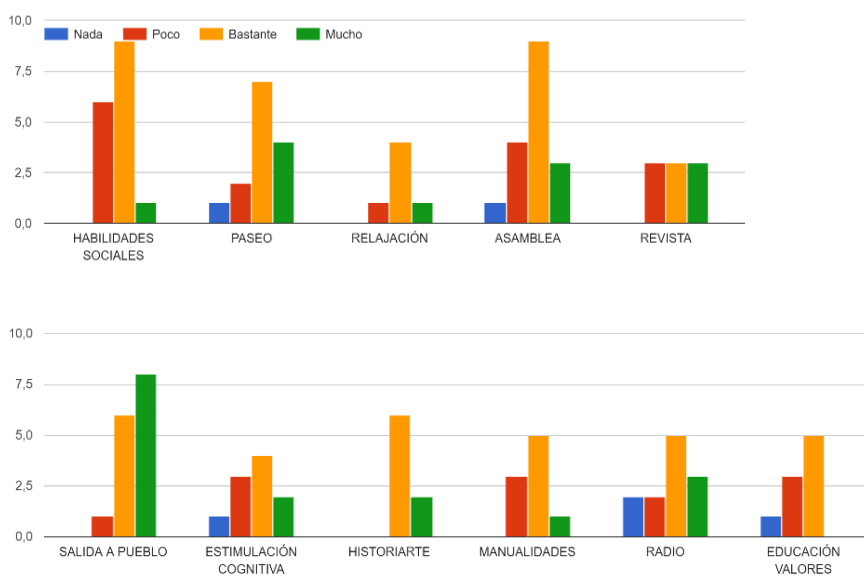
También en educación valores se cuenta con un 50% de asistencia, teniendo un 55% de respuestas “bastante”, 33% “poco” y 11% nada, en otras palabras, el promedio de satisfacción es de 2.44 (aproximado a poco), cifra algo dispar con la de profesionales, donde la media es 2,8, que es muy cercana a “bastante”. Es decir, los profesionales comparten la idea de que les gusta por lo general, a pesar de que la realidad que manifiestan las personas usuarias es que les gusta más bien poco. Educación en valores, al ser una actividad en la que se tratan normas sociales y cuestiones éticas, es de especial interés que se imparta en el centro, por lo que es interesante proponer nuevos enfoques de actuación que aumenten la participación. Se podrían incluir más debates o más

recursos cinematográficos para que esto ocurriera, aunque para sacar sugerencias más exactas para la mejora es conveniente llegar a las conclusiones del presente microestudio.

En Historia del Arte, participa un 44.4%, es decir, menos de la mitad. Se trata de una actividad de cultura histórica que cumple con la función de culturización de los usuarios además de un aspecto cognitivo que más gusta en el centro. Tanto es así que, la media de agrado es 3.3, un valor bastante significativo y que está casi en concordancia con los profesionales (3.2). Es la única actividad que no ha sido valorada negativamente, aspecto que evidencia la marcha correcta de la misma. Un punto a tener en cuenta es la asistencia, ya que habría que encontrar la forma de llegar a más personas en el centro.

Por último, la actividad en la que menos usuarios participan es en relajación (33.3%), donde se enseñan técnicas de relajación que ayudan en el día a día a sobrellevar los posibles estados de nerviosismo ocasionados. En ella, la media de satisfacción es de 3, valoración que no coincide con la de los profesionales, que es un 2.2. El punto negativo de la actividad es la asistencia, ya que la importancia es evidente, por lo que sería apropiado incrementar el número de asistentes que se aprovechen del desarrollo de la misma. Esto puede ser complicado ya que muchos de ellos no asisten por gustos propios. De nuevo, el equipo de profesionales tiene por delante el reto de indagar en nuevos enfoques, temáticas, metodologías que motiven la incorporación de los usuarios.

Figura 3
Grado de satisfacción de cada actividad

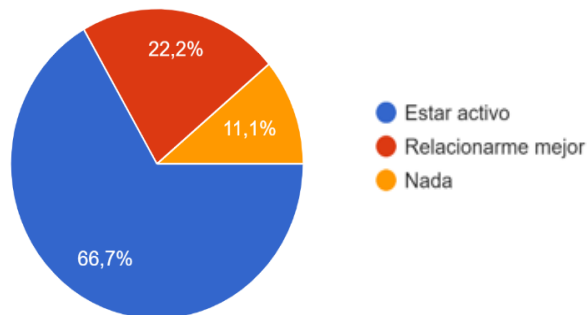


Como síntesis más visual, se presenta la figura 3, que plasma las valoraciones de cada una de las actividades por parte de los usuarios participantes en las mismas.

En la siguiente pregunta de dicha sección, se pregunta por lo que adquieren con la participación en las actividades. Cabe decir que en el caso del modelo de los profesionales se recibieron casos que contestaron como multirespuesta y, en el caso de los usuarios, solo una opción.

El 67% de las personas, como se observa en la figura 4, afirmó que le ayudaba a estar activo, al igual que lo que consideraba el 100% los profesionales. El 22% a relacionarse mejor, como opinaban también un 90% de profesionales, y solo un 11% declaró no servirle para nada, valor reducido pero no por ello menos preocupante.

Figura 4
Beneficios de los asistentes a las actividades



Uno de los usuarios que marcó que no le aportaba nada, declaró también participar solamente en dos actividades, por lo que es evidente que quizá haya que readaptar sus objetivos o metodologías en su programa individualizado, ya que su percepción y participación es completamente negativa, al igual que la valoración las actividades. Hay otro caso, aunque muestra algunas diferencias en la medida en que participa en más actividades. Sin embargo, solo en historiarte y salida a pueblo marca que le gusta bastante; en el resto, expresa su desagrado. Por tanto, sería interesante tomar ciertas medidas similares al caso anterior.

6.3 Preferencias metodológicas.

En esta sección “¿Cómo te gustaría que fuesen las actividades?”, lo que se pretende es hacer una evaluación sobre las preferencias en cuanto a las metodologías utilizadas para identificar posibles erratas en los programas vigentes y así sugerirnos cambios para la mejoría.

En la primera pregunta, se hace referencia a dónde les gusta normalmente impartir las actividades, a lo que la mitad contesta dentro de la unidad, y, la otra mitad, fuera. A pesar de lo anterior, los profesionales tienen una visión que difiere sobre la opinión de los usuarios, ya que el 100% de ellos declara que prefieren realizar las actividades en la calle, en contraste con los datos aportados con los usuarios, y también en contraste con lo que realmente se programa dentro de la actividad de la unidad, pues suelen ser dos actividades las que se hacen en el exterior. De los datos se desprende la necesidad de combinación de ambos lugares en la realización de las actividades debido a la similitud de gustos entre las dos opciones.

En cuanto a la forma de impartición, si individual o grupal, solo un 22% prefiere de forma individual, mientras que una mayoría (78% aprox) prefiere de forma grupal. Por tanto, se podría seguir con el formato vigente, ya que los usuarios y profesionales (100%) consideran mejor el formato grupal. Este formato, aparte de entrenar a los participantes en habilidades sociales, se fomentan la cohesión y la confianza grupal. No obstante, esto no significa que deba dejarse de prestar atención a acciones y seguimiento individualizado.

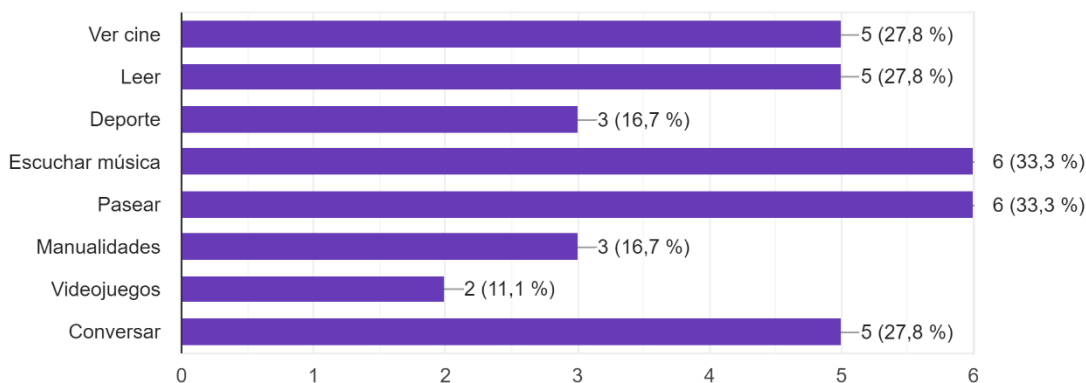
La cuestión relacionada con la temporalidad de las sesiones, el 39% de usuarios aproximadamente prefiere que sean de 45 minutos, frente un 28% que defiende preferir 30 minutos. Existe también el 33% de usuarios que declara que el tiempo que duren las actividades debe variar en función del tipo de actividad. Sin embargo, los profesionales eligen por una mayoría aplastante lo que parece ser más coherente, adaptar el tiempo a la actividad. Esto es, entonces, un aspecto algo difuso, ya que, guiándonos únicamente de los usuarios tenemos que la mayoría elige 45 minutos, no obstante, para algún tipo de actividad sería insuficiente. Por lo tanto, es necesario adaptar los tiempos a las actividades pero teniendo en mente que la mayoría prefiere 45 minutos.

6.4. Gustos e intereses.

“¿Qué temas te interesan?” es la última sección, en la que se procura indagar sobre gustos e intereses de los usuarios del centro que den pistas para la elaboración o el reajuste de los programas.

En el primer interrogante, donde se les pregunta qué actividades les gusta más hacer en su tiempo libre (Figura 5), salen dos claras ganadoras: escuchar música y pasear, elegidas por un 33.3%. En segundo puesto, se encuentra ver cine, leer y conversar, que cuentan con un 27.8%. Las siguientes actividades más recurrentes por los usuarios en los tiempos libres son las manualidades y el deporte (16.7%). Por último, la actividad que menos gusta para realizar son los videojuegos. Estos datos informativos, nos ofrecen sugerencias y nos orientan hacia una posible adaptación de las actividades a los gustos e intereses de los usuarios. Es importante, como se ha dicho en numerosas ocasiones, realizar una intervención enfocada en la persona, y es por lo mismo por lo que este apartado y los anteriores existen, para conocer mejor y adaptar lo máximo posible las actividades a los usuarios y conseguir mejores resultados. No obstante, somos conscientes que los datos recopilados están sometidos al cambio constante, aspecto que dificulta el diseño de un proyecto socioeducativo.

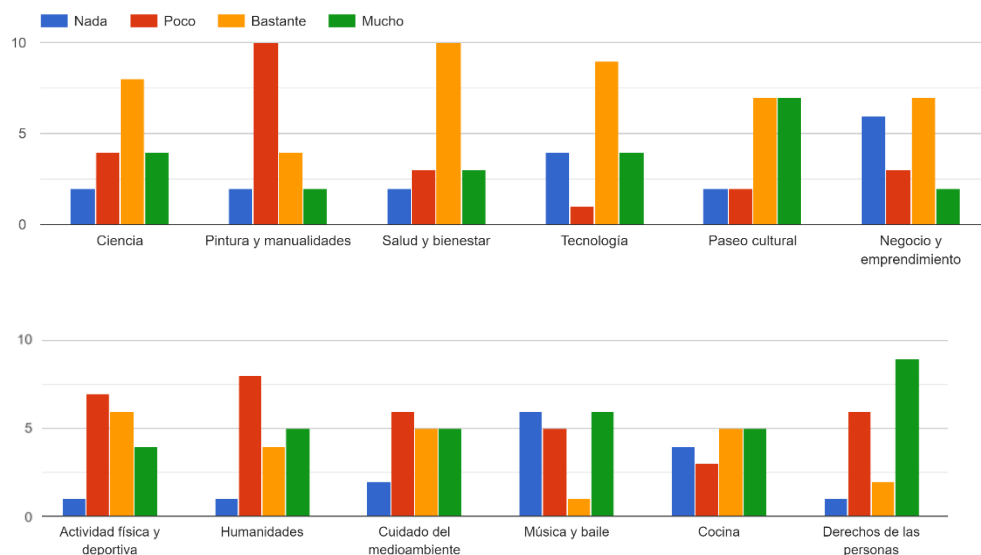
Figura 5
Actividades que más les gusta a lo usuarios realizar en su tiempo libre



Entre los trabajadores existe un concepto erróneo compartido por todos, ya que unanimidad piensan que la actividad favorita por los usuarios es el deporte. Sin embargo, en el segundo puesto eligen pasear, que sí que es una de las favoritas por los usuarios.

En la siguiente cuestión, se pregunta sobre los temas que más interés suscitan entre ellos, indicando cuánto le interesa, siguiendo la misma escala, siendo 1 nada, 2 poco, 3 bastante o 4 mucho (Figura 6).

Figura 6
Temáticas que les gustaría trabajar



El tema que más les gusta a mayoría es el paseo cultural (78% aprox) frente a una minoría (22%) que dice gustarle poco o nada. Sin embargo, cabe resaltar que, la media es considerablemente alta, siendo 3, que equivale a bastante. Es un tema que se podría utilizar para implementarlo en diversas actividades, por ejemplo, dar un paseo mientras se trabajan las habilidades sociales; se trata de extrapolar los temas más importantes en su tratamiento pero con menor interés o agrado por parte de las personas usuarias, a otras actividades con mayor acogida para conseguir trasladar también el interés del tema a las mismas.

Con la misma media (3.06) se encuentra la temática de “Derechos de las personas”, que cuenta con un 61% de respuestas positivas. La media de ambas es tan alta debido a su concentración de respuestas afirmando interesarles mucho. En este caso, el 50% de los usuarios asegura gustarle mucho. Es un dato del que se debe sacar partido y utilizarlo en beneficio del centro para conseguir los objetivos propuestos con mayor eficacia, esto es, utilizarlo como temática en

las actividades, como por ejemplo en la radio, relacionando así actividades y trasversalizando temáticas que son más motivadoras para las personas usuarias.

En segundo puesto, se encuentra “salud y bienestar”, con un 72% de respuestas positivas. Sin embargo, la media es de 2,78 que indica que casi la mayoría de las respuestas son “bastante”, al igual que ocurre con los profesionales, aunque es ligeramente más inferior (2.67). Por tanto, es un agrado general pero no muy determinante.

Ciencia es una temática que ha obtenido la misma media que la anterior, pero con menos porcentaje de respuestas positivas, ya que cuenta con el 67% aproximadamente. Esto se debe a la distribución irregular de las respuestas entre “mucho” y “poco”. En este caso, los profesionales piensan que les gusta más bien poco (1.83), aspecto que nuevamente no corresponde con las respuestas de los usuarios. Este desconocimiento, entre otros, será uno de los posibles motivos por los que las actividades que se desarrollan actualmente no están vinculadas en ciertas ocasiones con la ciencia.

La siguiente temática más atractiva para los usuarios es la “tecnología”, que se encuentra con una media de 2.72, sutilmente menos que los anteriores. Pese a ello, sigue interesando, por lo general bastante (72% de respuestas positivas), aunque los profesionales discernan, la media de respuestas es de 2, es decir, conciben que interesa poco.

“Actividad física y deportiva”, es uno de los casos más reseñables debido a la disparidad entre la opinión de los profesionales con la de los usuarios, al igual que pasaba en la cuestión anterior. El deporte y lo respectivo a él es algo que los profesionales piensan que interesa a los usuarios. Efectivamente, así es, interesa, solo que a una cantidad más reducida de gente que la que piensan. La realidad es que les gusta mucho al 22% y bastante al 33%, quedando una media de 2.72. Sin embargo, la mayoría de los profesionales (67%) creen que gusta mucho, y el 33% restante, bastante, habiendo una diferencia significativa de casi un punto (3.67).

Otras actividades que tienen de media 2.7 son “cuidado del medioambiente” y “humanidades”. Sin embargo, las respuestas positivas pertenecientes a ambas son menores que el anterior. (56% y 50% respectivamente). Los datos positivos indican que hay una considerable paridad en cuanto a gustos, y eso es un aspecto a tener en cuenta. Respecto los profesionales, opinan que las humanidades les interesa casi un 3, similar a los usuarios. En cambio, afirman que el cuidado del medio ambiente les interesa poco.

“Cocina” es una actividad con media un poco ajustada, siendo ésta de 2.65. Las respuestas positivas se agrupan por igual en “bastante” o “mucho” con 28% cada una. Bien es cierto que, aunque gusta a una mayoría ajustada, existe el 22% que declara no gustarle nada, es decir, absoluto desinterés por el tema.

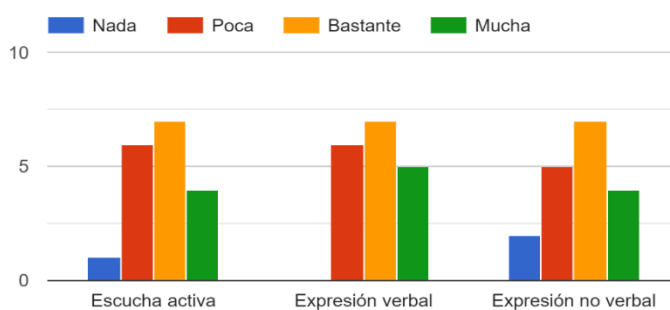
“Música y baile”, “pintura y manualidades” y “Negocio y emprendimiento” son tópicos que gustan a una minoría de usuarios. Sus medias respectivas son 2.39, 2.33 y 2.28. En algunos casos, estas ideas se encuentran erróneas entre los profesionales, como pasa con la música, donde piensan que les interesa bastante. En cambio, en los otros dos temas, los profesionales están de acuerdo con los usuarios en el desinterés expuesto.

Al realizar la evaluación del interés en los diversos temas o en las actividades preferidas para realizar en su tiempo de ocio, no hay otro objetivo que utilizar los resultados para mejorar las actividades ya propuestas. Es decir, utilizar a favor los temas de interés para tratarlos en las diferentes dinámicas y en consecuencia causar un mayor interés y por tanto, mayor asistencia. Algunos de los datos aportados por usuarios y profesionales presentan diferencias significativas: quizá sería interesante seguir indagando con alguna otra técnica de investigación como entrevistas o grupos focales, para conocer la realidad con más profundidad y así entre todos los agentes implicados se podrán plantear adaptaciones e innovaciones en clave de mejora en lo relativo a la intervención realizada por el monitor ocupacional, figura más vinculada con el perfil profesional de la educación social, de hecho, el monitor que forma parte de la unidad es educador social.

El cuestionario finaliza con una pregunta sobre las distintas habilidades sociales y cuánto consideran que necesitan trabajarse por considerarse un aspecto de obligada presencia en la rehabilitación psicosocial como se ha expuesto con anterioridad. Cabe destacar que todas las habilidades expuestas se consideran de importancia para trabajarse en este tipo de personas usuarias.

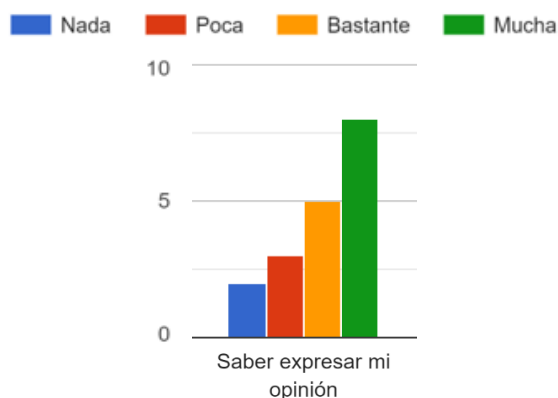
La habilidad social que consideran la más importante de trabajar es la autoexpresión, que es equitativa al autoconocimiento y es valorada positivamente por un 86%, con una media de 3.28, similar a la de los profesionales. Esta habilidad cumple con las funciones de autoconfianza y autoexpresión, las cuales, como consecuencia, están también valoradas positivamente con 3.17 y 3.39 respectivamente.

Figura 7
Importancia de las habilidades sociales: autoexpresión.



La asertividad, que es la capacidad de expresar opiniones y pensamientos de forma adecuada, es la siguiente que consideran como importante, con una media de 3.06 y 73% de respuestas positivas en su única dimensión de saber expresar la opinión, y así lo piensan también los profesionales.

Figura 8
Importancia de las habilidades sociales: Asertividad.



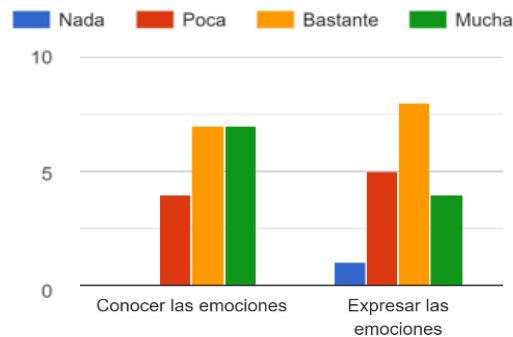
La empatía, la habilidad social que nos permite comprender y entender los sentimientos ajenos, es valorada en su única dimensión “Entender a los demás” con un 62% de respuestas positivas y una media de 3, como una habilidad social bastante importante que trabajar con las personas del centro. En lo respectivo a los profesionales, se obtiene una respuesta similar, con media de 2.83.

Figura 9
Importancia de las habilidades sociales: Empatía.



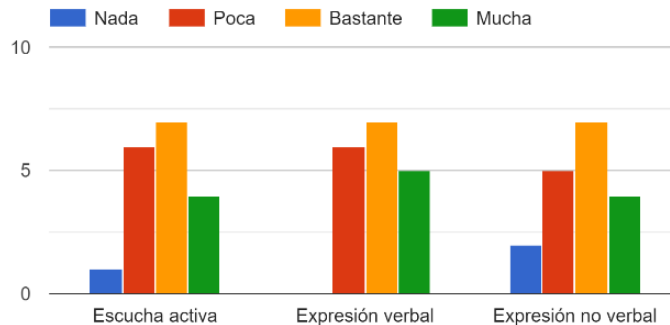
Otra habilidad que perciben como de similar importancia es la inteligencia emocional. Esta habilidad nos dota de capacidades para identificar nuestras propias emociones y las ajenas, además de para expresarlas. Es valorada aproximadamente con 72 % de respuestas positivas en global, teniendo de media un 3, es decir, bastante importante. También es bastante importante para los profesionales. Está conformada por dos aspectos: conocer emociones y expresar las emociones. Ambas son evaluadas como bastante importantes, siendo ligeramente más alta la de conocer emociones (3.17 y 2.83 respectivamente)

Figura 10
Importancia de las habilidades sociales: Inteligencia emocional.



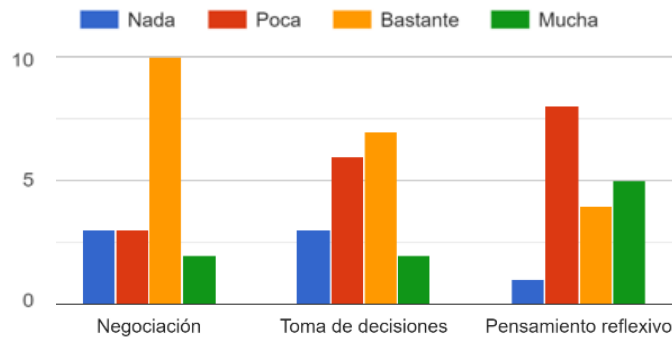
La comunicación y sus respectivas dimensiones es algo que siguen considerando la mayoría significativo para abordar (62%), por lo que su media es de 2.81. La comunicación es la base de toda relación, por lo que hay que conocer y trabajar los distintos elementos que la componen, y así también lo creen los profesionales, ya que la consideran bastante importante. Los elementos a los que refiere son: escucha activa, expresión verbal y expresión no verbal. La considerada más esencial entre las tres es la expresión verbal (2.94), seguida de escucha activa (2.78) y por último de expresión no verbal (2.72).

Figura 11
Importancia de las habilidades sociales: Comunicación.



La que menos importancia tiene de las habilidades sociales para ellos es la resolución de conflictos con una media de 2.59, ligeramente más baja que los profesionales (2.94) y con un 55% de respuestas positivas. Esta les capacita para solventar de forma pacífica un enfrentamiento entre dos partes y se compone de tres elementos: negociación, toma de decisiones y pensamiento crítico. El pensamiento crítico es lo que valoran como más importante (2.72), después la negociación (2.61) y, por último, la toma de decisiones (2.44).

Figura 12
Importancia de las habilidades sociales: Resolución de conflictos.

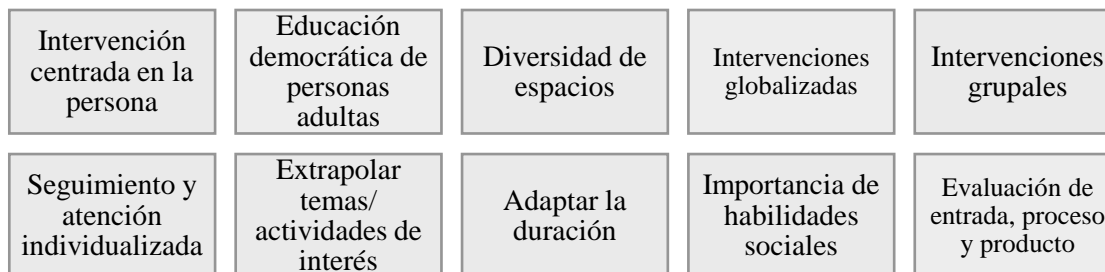


7. SUGERENCIAS PARA EL DISEÑO DE PROGRAMAS SOCIOEDUCATIVOS

El análisis exhaustivo de las encuestas realizadas a usuarios y profesionales nos ha dado una visión global de los intereses y gustos de los mismos, junto con la evaluación de las actividades propuestas por el centro y la importancia de trabajar las diferentes habilidades sociales. Estos datos nos permiten orientarnos hacia un diseño y reajuste de los programas ya existentes para el incremento de la participación, interés y motivación por parte de los usuarios, y, por ende, una mejora en su rehabilitación psicosocial.

Figura 14

Sugerencias para el diseño de intervenciones socioeducativas desde un enfoque de rehabilitación psicosocial



La intervención verdaderamente efectiva es la centrada en la persona debido al minucioso conocimiento del contexto y de las características individuales que permitan adaptar la intervención. Como se ha dicho en alguna ocasión, el profesional con experiencia facilita este tipo de intervención debido a su sabiduría en el campo además de manejarse con soltura dada su trayectoria, aspecto que no resta la importancia de las nuevas incorporaciones al equipo interdisciplinar. Es esencial conocer el entorno y las demandas individuales para diseñar un programa adaptado a la población destinataria que los ayude a alcanzar los objetivos (también adaptados) con celeridad.

En cuestiones metodológicas se atienden tres aspectos: espacios, formato y duración. Tras la recolección de datos, se obtiene paridad de resultados en dónde ubicar las actividades, siendo fuera o dentro de la unidad las opciones. Esto sugiere una combinación de las mismas, considerando hacerlo intercalado y siempre teniendo en cuenta el tipo de actividad o el factor meteorológico, sobre todo para ubicaciones geográficas en las que, bien por exceso de calor, de

frío o de lluvia, la realización de actividades en exterior se puede ver afectada. Esto último es necesario ya que depende para qué fin sea la actividad o lo que se quiera hacer en el exterior, se precisa de una meteorología específica.

La mayoría escogió actividades grupales, frente una minoría que prefería individual. Esto apunta que es conveniente dar preferencia a hacerlas en grupo a individual, además de que en grupo se fomentan la cohesión y confianza grupal. Esto no quiere decir que se cierren las puertas a las terapias individuales, pero posiblemente sea propio de otro tipo de terapias que conciernen a otros profesionales del equipo, como por ejemplo el psicólogo/a. Es un resultado que no es sorprendente para el equipo profesional, ya que la mayoría de actividades llevadas a cabo son de manera colaborativa y conjunta, habiendo sido esta como la más adecuada para la persecución de las metas específicas de cada uno. Respecto a esto, es importante planificar actividades abiertas, como la mencionada asamblea, en la que las personas que forman parte de ella encuentran un espacio comunitario en el que expresar sus planteamientos, sensaciones, intereses...

La duración de las actividades es un componente que también hay que considerar para las actividades. En la encuesta, la mayoría de las respuestas plantean que la duración de 45 minutos es la duración adecuada para las actividades existentes, sin embargo, esto es una realidad inalcanzable, debido a la imposibilidad de adaptar todas las actividades a ese tiempo. Estas respuestas nos dan pistas de cara a la acción, pues plantean que para ese contexto y colectivo de personas, las actividades extensas en el tiempo no son llamativas, a excepción de las salidas.

En el caso concreto analizado, cabe destacar en el presente apartado, que la mayoría de las actividades propuestas tiene una duración media similar a la planteada en las respuestas de 45 minutos. Bien es cierto que, también un número considerable considera que hay que adaptar la temporalidad, como es el caso de ciertas actividades que precisan de más duración. Por tanto, nos sugiere que la planificación de los programas del centro está, por lo general, adecuada a las necesidades o intereses de los usuarios. De esta generalización se exceptúan algunas actividades que serán valoradas individualmente.

Otro aspecto a tener en cuenta para el diseño de los programas y que mejore la probabilidad de conseguir los objetivos propuestos es tener en consideración los intereses o gustos que tienen las personas usuarias en la implementación de los mismos. Vincular un programa o actividad a una temática específica que suscite interés general puede ser interesante para lograr la participación

e implicación de los usuarios así como mantener su atención y así poder ser más efectiva. Es decir, una habilidad social (por ejemplo, inteligencia emocional), se puede ligar a un tema que más les guste en general a todos (por ejemplo, paseo cultural), o transmitirlo a través de una actividad que les guste realizar (escuchar música). Es decir, se puede hablar sobre inteligencia emocional y los aspectos que lo conforman mientras se da un paseo, o quizá escuchar una canción que hable de cualquier sentimiento y posteriormente analizarla y analizar el sentimiento del que trata. Lo que se trata es de combinar la puesta en práctica de actividades que les guste realizar o temáticas que les interese, metodologías que se han visto como positivas y el contenido que queremos tratar o los objetivos que queremos conseguir. Abordar la intervención de forma holística y globalizada, aspecto que requiere que el proyecto sea compartido por todo el equipo y que lo que sucede en una actividad realizada por un profesional, necesariamente tenga conexión con el resto de planteamientos y actividades.

Otras de las actividades que más les gusta hacer son: leer, ver cine o conversar. Esto también nos orienta y nos da facilidades de cómo utilizarlo provechosamente en nuestros programas. En el club de lectura, si lo que más les gusta hacer es leer, basta con escoger lecturas del agrado de la mayoría y promocionarlo bien para que les cause más interés la actividad. La actividad se podría enfocar en compartir lecturas, explorar libros o la propia actividad de club de lectura, que es compartir y debatir opiniones sobre libros. El cine se puede vincular a cualquier actividad: se puede escoger, por ejemplo, una habilidad social y a su vez una película que la represente. Primero se hace visionado conjunto de la película para, posteriormente, poner en común lo que han aprendido para hacer una reflexión final. En cambio, conversar, es fácil de extrapolar a cualquier actividad, ya que se puede, por ejemplo, proponer debates, en la que se fomenta la comunicación.

Muchos de estos aspectos tienen relación con la educación de personas adultas, en ese ámbito, una corriente aboga por la educación democrática de personas adultas, en las que entran en juego siete principios del aprendizaje dialógico de suma importancia que convendría revisar por los profesionales que se encargan de intervenir en la acción socioeducativa, siendo estos: diálogo igualitario, inteligencia cultural, dimensión instrumental, transformación, creación de sentido, igualdad de diferencias y solidaridad (Flecha, 2004).

Respecto a las demás actividades ofertadas, es necesario repensar algunas, ya que la valoración de estas no es muy positiva. O, en otros casos, la afluencia es escasa por lo que se necesitan pensar estrategias para aumentarla. Este aspecto, se evidencia la importancia y necesidad de incorporar de forma permanente la evaluación como garante en el proceso de diseño y ejecución de los programas en distintos momentos: diagnóstica- tal y como se plantea en este trabajo-, de entrada, proceso y producto.

Por último, en este ámbito, como en muchos relacionados con la intervención socioeducativa, es esencial incorporar el desarrollo y entrenamiento de habilidades sociales, en este caso, se ha apuntado en apartados anteriores que en las personas con TMGD son insuficientes, pero trabajables. Sin embargo, la valoración de la actividad en la que se trabajan no ha sido muy optimista, por lo tanto, los datos apuntan que es necesario enfocar la actividad desde otro punto, ya que los usuarios también ven importante trabajar las distintas HHSS (en mayor o menor medida), tal y como han indicado en las preguntas de la encuesta. El orden de importancia de las mismas ha sido elegido por ellos y puede orientarnos en cuanto la dirección de los programas. No obstante, también debemos plantear cómo afrontarlas metodológicamente, y como hemos resaltado, potenciar la búsqueda de sinergias entre las distintas actividades, pues todas ellas, sin duda alguna van a potenciar el desarrollo de habilidades sociales.

En definitiva, estos planteamientos se han extraído del estudio diagnóstico realizado en una unidad concreta, pero que pueden ser extrapolables a otros centros y contextos en los que se trabaje con personas con problemas de salud mental en general y con TMGD en particular. En conclusión, se trata de utilizar y combinar los gustos, preferencias metodológicas y diseñar actividades que den respuesta a sus intereses y motivaciones, para que de forma provechosa se puedan alcanzar los objetivos propuestos en cada intervención dentro de la rehabilitación psicosocial. Seguramente, al menos esa ha sido la intención prioritaria de este trabajo, incorporando estos aspectos, la acogida de las actividades propuestas pueda ser más amplia y la implicación y respuesta por parte de los usuarios también, asuntos clave para que haya más propabilidades de éxito en el tratamiento.

8. CONCLUSIONES

Las personas con TMGD en numerosas ocasiones se encuentran en situaciones desfavorables de exclusión social debido a las dificultades a las que se enfrentan por las consecuencias de los mismos, además de una situación en ocasiones con déficits de autonomía.

Una de las áreas más afectadas es, sin duda, la social. Tienden al aislamiento social y al comportamiento pasivo, por lo que sus relaciones se ven dañadas, con el sumatorio de que sus habilidades sociales son ineficaces. Por tanto, por causa de esos déficits sociales y nivel de autonomía reducido, precisan de centros de rehabilitación psicosocial. En estos centros, se apuesta por unos programas que busquen, aparte de aminorar las consecuencias negativas del trastorno en el individuo, facilitar su integración en la unidad. Estos objetivos se consiguen, como hemos visto, con diferentes programas como habilidades sociales, estimulación cognitiva, club de lectura, etc. Actividades de corte socioeducativo, por lo que este trabajo reivindica la presencia de profesionales de la educación social dentro de los equipos de trabajo en centros y entidades que atienden a estas personas, ejerciendo funciones que son esenciales en el proceso de recuperación.

Durante el periodo del Prácticum de Profundización, se identificó una necesidad de readaptar las actividades debido a la escasa participación además de una apreciable desmotivación por parte de los usuarios. Este hecho motivó a realizar una evaluación diagnóstica que abarcara varias dimensiones: valoración de actividades, preferencias metodológicas, gustos e intereses y, por último, importancia de las HHSS. El análisis de la información recopilada nos ofrece sugerencias y recomendaciones que ayudan a orientar el diseño o readaptación de los programas, afirmando aspectos ventajosos para los programas y la persecución de los objetivos como la combinación de espacios, adaptación de la duración a las actividades, intervenciones grupales, importancia de las habilidades sociales y extrapolar los temas de interés a los programas implementados.

Las innovaciones anteriores pueden ayudar a la mejoría de los programas y con ello, el interés y asistencia por parte de las personas usuarias. El resultado se consigue al diseñar un programa centrado en la persona, es decir, teniendo en cuenta sus necesidades, gustos e intereses. Una intervención que presta atención a cada persona, pero que se plantea desde un enfoque comunitario, pues sin duda las intervenciones socioeducativas no pueden perder de vista el sentido

colectivo, en el que además de aprender a vivir en sociedad, unas personas se convierten en apoyo de otras de forma continuada, aspecto que cultiva numerosos valores y que gracias al diálogo permite el entendimiento y la comprensión entre las personas que, en este caso, comparten tratamiento.

Tras escribir estas líneas, además de considerar que he alcanzado en buena medida los objetivos previstos, soy consciente de que tanto las prácticas desarrolladas, como la inmersión teórica en la temática del trabajo y el estudio realizado, han desarrollado en mi numerosas competencias vinculadas con mi futuro profesional, tal y como se ha expresado en la justificación. Aprovecho este punto para agradecer al centro acogedor de prácticas por su continua disposición a ayudarme y a colaborar conmigo para la recolección de datos y la previa estancia haciéndome partícipe de una realidad tan importante y enriquecedora como es un centro de salud mental.

Todo ello, ha despertado, aún más, mi interés por desarrollarme profesionalmente en este ámbito. Un desarrollo profesional que espero que pueda ser como educadora social, pues ahora, con conocimiento de causa, considero que los profesionales de esta disciplina tenemos mucho que aportar a este ámbito de intervención, por lo que, debemos continuar reivindicando nuestra presencia.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association, APA (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Arias, P., Aparicio Basauri, V., Bravo, M., Camps García, C., Chicharro Lezcano, F., Fernández Fernández, J. A., et al. (2003). *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Asociación Española de Neuropsiquiatría ed.
- Belmaker, R. H. (2004). Bipolar disorder. *New England Journal of Medicine* 351(5), 476–486.
- Bentall, R. (2011). *Doctoring the Mind*. Barcelona: Herder
- Bertolote, J. M. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry*, 6(2), 113-6.
- Blanco Artola, C., Gómez Solórzano, N., & Orozco Matamoros, D. (2020). Actualización de los trastornos de personalidad. *Revista Médica Sinergia*, 5(4), 5.
- Casañas, R., & Lalucat, L. (2018). Promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales y lucha contra el estigma. Estrategias y recursos para la alfabetización emocional de los adolescentes. *Revista de estudios de Juventud*, 121(1), 117-132.
- Coryell, W. (2022, 3 Diciembre). *Trastornos bipolares. Manual MSD Versión Para Profesionales*. https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-bipolares#Signos-y-s%C3%ADntomas_v47623754_es
- Da Silva, T. (2021). Encrucijadas de la educación social en el área de la salud mental: entre la (re) habilitación y el acompañamiento pedagógico. *Revista de Educación Social y Pedagogía Social del Uruguay*, (6), 96-104.
- Desviat Muñoz, M. (2010) El devenir de la reforma psiquiátrica. En Pastor A., Blanco A., y Navarro D. (coords.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave*. Editorial Síntesis.
- Espinosa-López, R., & Valiente-Ots, C. (2017). ¿ Qué es el Trastorno Mental Grave y Duradero?. Edupsykhé. *Revista de Psicología y Educación*, 16(1), 4-14.
- Fernández Horno, S., Clemente Nalvaiz, A., Pérez Cortés, M., & Siurana López, S.(2018) *Intervención grupal para la mejora de las habilidades sociales en personas con Trastorno Mental Grave*. Red Social y Salud Mental.
- Fernández Quiñones, M. J. (2012). *Programa de Habilidades Sociales con personas con trastorno mental grave en una unidad de rehabilitación psiquiátrica de media estancia*. Trabajo final de grado. Universidad de Valladolid.
- Flecha, R. (2004) La pedagogía de la autonomía de Freire y la educación democrática de personas adultas. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*. 18(2), 27-43
- Flórez L. (2006). La psicología de la salud en Colombia. *Univ. Psychol*. 5(3): 681-693
- Florit Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de Psicología*, 24 (1-3), 223-244.

- García López, M., Martín Pérez, M., & Otín Llop, R. (2010). Tratamiento integral del trastorno límite de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(2), 263-278
- Goldman, H. H., Gattozzi, A. A., Taube, C. A. (1981). Defining and counting the chronically mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 21–27.
- Goldstein, A., Spranfkin, R., Gershaw, J. y Klein, P. (1989). Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. Un programa de entrenamiento. (2ª ed.). Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Gómez, R. D. (2002). La noción de salud pública: consecuencias de la polisemia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 20(1) <https://www.redalyc.org/pdf/120/12020109.pdf>
- González Cases, J., & Rodríguez González, A. (2010). Programas de rehabilitación psicosocial en la atención comunitaria a las personas con psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 319-332.
- Gspandl, S., Peirson, R. P., Nahhas, R. W., Skale, T. G., & Lehrer, D. S. (2018). *Comparing Global Assessment of Functioning (GAF) and World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0 in schizophrenia*
- Guinsberg, E. (2001). *La salud mental en el neoliberalismo*. Plaza y Valdés..
- Hernández Monsalve, M. (2017). La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 171-187
- Hernández, O. M., Martínez, O. M., & Izquierdo, Y. B. (2019). Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. *Revista médica electrónica*, 41(2), 467-482.
- Hernando Merino, H. (2022). *Evaluación de la discapacidad en personas con trastornos mentales desde la perspectiva de la enfermera de Salud Mental*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
- Herrero Jaén, Sara. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene*, 10(2).
- Ibarra Santacruz, M. E. (2020). *Las habilidades sociales desde la tipología de Goldstein: un análisis psicosocial en niños 6 a 8 años en la ciudad de Victoria de Durango* (Doctoral dissertation, Universidad Juárez del Estado de Durango: Facultad de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana. División de Estudio de Posgrado e Investigación.).
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. IMSERSO. (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*. Colección Documentos Serie Documentos Técnicos. N.º 21005. Madrid: ARTEGRAF, S.A. .
- Jervis, G. (2012). *Manual crítico de psiquiatría*. In *Manual crítico de psiquiatría* (pp. 408-408).
- Juanico Sabaté, J. & Juanico Ventura Lluç, D. (2017). El educador social en el servicio de salud mental. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*.
- Linares, J. L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y salud*, 18(3), 381-399.

- Martin, D. J., & Smith, D. J. (2013). Is there a clinical prodrome of bipolar disorder? A review of the evidence. *Expert review of neurotherapeutics*, 13(1), 89-98.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). *Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017*. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Navarro, D., & Carrasco, O. (2010). Características psicopatológicas y de funcionamiento social en personas con Trastorno Mental Grave: un estudio descriptivo. *Rehabilitación Psicosocial, FEARP*, 7(1-2), 11-25.
- Organización Mundial de la Salud (1986) *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ottawa: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Documentos básicos*. 43ª Edición. Ginebra, Organización Mundial de la salud: 1.
- Organización Mundial de la Salud (2004b). *Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Informe compendiado, Ginebra, Organización Mundial de la salud.
- Organización Mundial de la Salud: OMS. (2022, 8 junio). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata: Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2004a). *Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica*, informe compendiado. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Medición de la Salud y la Discapacidad Manual para el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS*. WHODAS 2.0
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Documentos Básicos* (49a ed.). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2022a). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud
- Organización Mundial de la Salud. (2022b, junio 17). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Padín, G. A. (2012). Esquizofrenia. *Cuadernos del Tomás*, (4), 151-172.
- Peñafiel Pedrosa, E. & Serrano García C. (2017). Habilidades sociales. *Revista salud y ciencias*, 1(2), 8-15
- Perales-Montolío, M.J., Ortega-Gaite, S. y Bakieva-Karimova, M. (2022). El valor de la evaluación en los proyectos socioeducativos. *Crónica, Revista científico profesional de la pedagogía y psicopedagogía*, 7, 121-133.

- Planella Ribera, J. (2013). Pedagogía Social y diversidad funcional: de la rehabilitación al acompañamiento. *Educatio Siglo XXI*, 31(2), 113-128.
- Restrepo, D. A., & Jaramillo, J. C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-211
- Revilla Villalba, M. Cristina (2023). *Plan de mejora de la capacitación y rehabilitación psicosocial del paciente con trastorno mental grave institucionalizado*.
- Rigol Fabra, M., & García Herrero, J. D. (2005). El Educador Social en el proceso de Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental. *RES: Revista de Educación Social*, (3), 4.
- Rogers A & Pilgrim D. *A sociology of the mental health and illness*. 4o ed. United Kingdom: McGraw Hill
- SACyL (2002). *Centro de Rehabilitación Psicosocial*. Guía Básica de Funcionamiento. Comunidad Autónoma de Castilla y León.
- Sandín, B. (2023). *La Esquizofrenia: y otros trastornos psicóticos* (Vol. 4). Editorial Sanz y Torres S.L.
- Servicio Aragonés de Salud (2003). *Programa de Rehabilitación y reinserción psicosocial en Salud Mental. Plan Estratégico de Salud Mental*. Comunidad Autónoma de Aragón. Zaragoza: Gráficas Lema, S.L
- Thomas, C. C., Rathod, S. D., De Silva, M. J., Weiss, H. A., & Patel, V. (2016). The 12-item WHO Disability Assessment Schedule II as an outcome measure for treatment of common mental disorders. *Global Mental Health*, 3, e14.
- Tulio Solano, R., & Polo Martínez, EM. (2022). Tratamiento cognitivo-conductual para la mejora de las relaciones interpersonales en el trastorno límite de personalidad. *Revista Electrónica Entrevista Académica (REEA)*, 4(10), 75-90.
- Vallejo J, Baca E, Leal C. Modelos conceptuales en la psiquiatría actual. En: Vallejo J, Leal C. *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Ars Medica; 2008. p. 46-61.
- Watson, J.B. (1955) *El conductismo*. Buenos Aires: Paidós
- Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders: a review of issues and research models. *Archives of General Psychiatry*, 51, 225–245.

10. ANEXOS

Anexo 1. Ejemplo de entrevista estructurada WHODAS 2.0 versión de 36 preguntas por entrevistador. (OMS, 2000) ¿La pongo entera?



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD
DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2.0

36

Entrevista

Este cuestionario contiene la versión administrada por el entrevistador de 36 preguntas de WHODAS 2.0.

Las instrucciones para el entrevistador se encuentran escritas en negrita y en cursiva - no leer éstas en voz alta.

El texto para el entrevistado está escrito en

estándar impreso en color azul.

Lea este texto en voz alta.

Sección 1 Hoja frontal

Complete las preguntas F1-F5 antes de comenzar cada entrevista				
F1	Número de identificación del entrevistado			
F2	Número de identificación del entrevistador			
F3	Número de entrevista (1, 2, etc.)			
F4	Fecha de la entrevista	día	mes	año
F5	Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)	Independiente en la comunidad	1	
		Necesita Asistencia	2	
		Hospitalizado	3	



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD
DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2.0

36

Entrevista

Sección 4 Revisión de dominios

Dominio 1 Cognición

Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre [comprensión y comunicación](#).

Muéstrele las tarjetas #1 y #2 al entrevistado

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D1.1	Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?	1	2	3	4	5
D1.2	Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?	1	2	3	4	5
D1.3	Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?	1	2	3	4	5
D1.4	Aprender una nueva tarea, por ejemplo, aprender cómo llegar a un nuevo lugar?	1	2	3	4	5
D1.5	Entender en general lo que dice la gente?	1	2	3	4	5
D1.6	Comenzar y mantener una conversación?	1	2	3	4	5

Dominio 2 Movilidad

Ahora voy a preguntarle acerca de dificultades a la hora de [moverse en su entorno](#).

Muéstrele las tarjetas #1 y #2 al entrevistado

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D2.1	Estar de pie por largos períodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?	1	2	3	4	5
D2.2	Pararse luego de estar sentado?	1	2	3	4	5
D2.3	Moverse adentro de su hogar?	1	2	3	4	5
D2.4	Salir de su hogar?	1	2	3	4	5
D2.5	Caminar una larga distancia, como un kilómetro [o equivalente]?	1	2	3	4	5

Por favor continúe con la página siguiente...



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD
DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2.0

36

Entrevista

Dominio 3 Cuidado Personal

Ahora voy a preguntarle acerca de dificultades en [su cuidado personal](#).

Muéstrele las tarjetas #1 y #2 al entrevistado

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D3.1	Lavarse todo el cuerpo (bañarse)?	1	2	3	4	5
D3.2	Vestirse?	1	2	3	4	5
D3.3	Comer?	1	2	3	4	5
D3.4	Quedarse solo/a durante unos días?	1	2	3	4	5

Dominio 4 Relaciones

Ahora voy a preguntarle acerca de dificultades a la hora [de relacionarse con otras personas](#). Por favor, recuerde que sólo le estoy preguntando acerca de dificultades ocasionadas por problemas de salud. Con esto me refiero a enfermedades, lesiones, problemas mentales o emocionales y problemas relacionados con el uso del alcohol o drogas.

Muéstrele las tarjetas #1 y #2 al entrevistado

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D4.1	Relacionarse con personas que no conoce?	1	2	3	4	5
D4.2	Mantener una amistad?	1	2	3	4	5
D4.3	Llevarse bien con personas cercanas a usted?	1	2	3	4	5
D4.4	Hacer nuevos amigos?	1	2	3	4	5
D4.5	Realizar actividades sexuales?	1	2	3	4	5

Por favor continúe con la página siguiente...

Anexo 2. Criterios de diagnóstico de la esquizofrenia DSM-V

- A. Dos (o más) de los siguientes, cada uno presente durante una parte significativa del tiempo durante un período de 1 mes (o menos si se trata con éxito). Al menos uno de estos debe ser (1), (2) o (3):
1. Delirios
 2. Alucinaciones
 3. Discurso desorganizado (p. ej., frecuentes descarrilamientos o incoherencia)
 4. Comportamiento extremadamente desorganizado o catatónico
 5. Síntomas negativos (es decir, disminución de la expresión emocional o abulia).
- B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, el nivel de funcionamiento en una o más áreas importantes, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está marcadamente por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando el inicio es en la niñez o la adolescencia, no se alcanza el nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico u ocupacional).
- C. Los signos continuos de la alteración persisten durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas (o menos si se trata con éxito) que cumplan con el Criterio A (es decir, síntomas de la fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inusuales)
- D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores al mismo tiempo que los síntomas de la fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de la fase activa, han estado presentes durante una minoría de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) u otra afección médica
- F. Si hay antecedentes de trastorno del espectro autista o un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia se hace solo si hay delirios o alucinaciones prominentes, además de los otros requeridos

Anexo 3. Cuestionario utilizado para la investigación. Modelo de usuarios.



Hola, soy Paula, la estudiante de Educación Social que ha hecho prácticas en la unidad y me gustaría que me ayudases a elaborar mi proyecto. ¡Gracias por tu colaboración!

0. DATOS GENERALES

0.1. Sexo:

Hombre

Mujer

Prefiero no contestar

0.2. Año de nacimiento:

0.3. Tiempo que llevas en la unidad:

1. VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZAS

1.1. Indica si participas en las siguientes actividades de la unidad y marca cuánto te gustan:



	¿PARTICIPAS?		¿TE GUSTA?			
	SÍ	NO	NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
HABILIDADES SOCIALES			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PASEO			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RELAJACIÓN			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ASAMBLEA			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
REVISTA			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SALIDA A PUEBLO			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ESTIMULACIÓN COGNITIVA			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HISTORIARTE			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MANUALIDADES			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RADIO			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EDUCACIÓN VALORES			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1.2. ¿Qué te aporta realizar las actividades? Rodea las que consideres



Estar activo	Relacionarme mejor	Nada
--------------	--------------------	------

2. ¿CÓMO ME GUSTARÍA QUE FUESEN LAS ACTIVIDADES?

2.1. ¿Dónde prefieres realizar las actividades normalmente?

<input type="radio"/> Dentro de la unidad 	<input type="radio"/> Fuera de la unidad 
---	--

2.2. ¿Cómo prefieres realizar las actividades normalmente ?

<input type="radio"/> De forma individual 	<input type="radio"/> De forma grupal 
---	---

2.3. ¿Cuál crees que es la mejor duración para las sesiones?

<input type="radio"/> 30 minutos 	<input type="radio"/> 45 minutos 
<input type="radio"/> 60 minutos 	<input type="radio"/> Depende del tipo de actividad 

3. ¿QUÉ TEMAS ME INTERESAN?

3.1. Rodea las dos actividades que más te gusta hacer en tu tiempo libre:

VER CINE	LEER	DEPORTE	ESCUCHAR MÚSICA
PASEAR	MANUALIDADES	VIDEOJUEGOS	CONVERSAR

3.2. Señala que temáticas te gustaría trabajar en las actividades de la unidad:

	¿CUÁNTO TE INTERESA?			
	NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
CIENCIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PINTURA y MANUALIDADES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SALUD y BIENESTAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TECNOLOGÍA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PASEOS CULTURALES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NEGOCIO Y EMPRENDIMIENTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HUMANIDADES (arte, historia, filosofía, geografía...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CUIDADO DEL MEDIOAMBIENTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MÚSICA Y BAILE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COCINA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DERECHOS DE LAS PERSONAS (igualdad, respeto, justicia...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.3. Señala la importancia que tiene para ti trabajar las siguientes habilidades sociales:

		NADA	POCA	BASTANTE	MUCHA
COMUNICACIÓN	Escucha activa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Expresión verbal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Expresión no verbal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS	Negociación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Toma de decisiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Pensamiento reflexivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
INTELIGENCIA EMOCIONAL	Conocer las emociones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Expresar las emociones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ASERTIVIDAD	Saber expresar mi opinión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EMPATÍA	Entender a los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AUTOEXPRESIÓN	Autoconfianza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Autocontrol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Si quieres hacer alguna propuesta o comentario, este es tu espacio. Gracias por tu colaboración.