



---

# DISEÑO DE UN PROGRAMA DE SALIDAS TERAPÉUTICAS PARA PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL SEVERO

---

TRABAJO FIN DE GRADO



**CURSO 2020-2021**

**ALUMNA: LAURA RODRÍGUEZ GARCÍA**

**TUTOR: Blas Jesús Calo Hernández**

**Grado en Enfermería**

**Facultad de Ciencias de la Salud, sección de enfermería.**

**Universidad de La Laguna**

## ÍNDICE:

<b>1. RESUMEN .....</b>	<b>2</b>
<b>2. PALABRAS CLAVES .....</b>	<b>2</b>
<b>3. ABSTRACT.....</b>	<b>3</b>
<b>4. KEY WORDS.....</b>	<b>3</b>
<b>5. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>4</b>
5.1. Problema .....	4
5.2. Antecedentes .....	4
5.3. Justificación .....	16
5.4. Objetivos .....	16
<b>6. METODOLOGÍA .....</b>	<b>17</b>
<b>7. RESULTADOS .....</b>	<b>21</b>
<b>8. CONCLUSIONES.....</b>	<b>21</b>
<b>8. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>22</b>
<b>9. ANEXOS .....</b>	<b>23</b>

## **1. RESUMEN:**

Este proyecto, pretende realizar una propuesta de intervención de enfermería, cuyo objetivo es el diseño y planificación de salidas terapéuticas mediante la rehabilitación psicosocial para los pacientes con trastorno mental severo ingresados en las URAs del Área Externa de Psiquiatría del CHUC de Santa Cruz de Tenerife. Se trabajará a través de salidas programadas fuera del Centro en base a tres áreas: habilidades de interacción social, actividades instrumentales de la vida diaria y ocio y tiempo libre. Las salidas tendrán lugar entre el mes de marzo y el mayo, siendo en total 12 semanas. El número máximo de pacientes que asume este programa será de 18 y deberán cumplir con los criterios de inclusión establecidos: estar ingresado en la URA del CHUC, estar estable psicopatológicamente, con poco o escaso apoyo familiar, y con puntuación mayor de 15 en la escala Likert de los indicadores seleccionados del NOC [0900] Cognición. En función de la puntuación obtenida en este NOC, asignaremos a los pacientes a dos grupos, el A con mayor capacidad cognitiva, que puede asumir a 12 pacientes, subdivididos en A1 y A2 con 6 pacientes cada uno y el grupo B, con menor capacidad cognitiva que puede asumir también a 6 pacientes. Las actividades serán específicas y concretas para cada grupo, y basadas en la NIC: Potenciación de la socialización [5100], Terapia de entretenimiento [5360] y Enseñanza individual [5606]. La evaluación de este programa se realizará tras la primera salida, en el epicentro y al final del programa utilizando indicadores de los NOC: Autocuidado: AIVD [0306], Habilidades de interacción social [1502] y participación en actividades de ocio [1604]. Este proyecto contará con recursos propios de la Unidad.

## **2. PALABRAS CLAVE:**

Trastorno mental severo, salidas terapéuticas, rehabilitación psicosocial.

### **3. ABSTRACT**

The aim of this project is to develop a nursing intervention proposal, whose objective is the designing and planning of therapeutic outings through psychosocial rehabilitation for patients with severe mental disorders admitted to the Active Rehabilitation Unit (ARU) of the Outpatient Psychiatric Area of the CHUC of Santa Cruz de Tenerife. Work will be done through programmed outings outside the center based on three areas: social interaction skills, instrumental activities of daily living and leisure and free time. The outings will take place between March and May, for a total of 12 weeks. The maximum number of patients to be included in this program will be 18 and they must meet the established inclusion criteria: be admitted to the ARU of the CHUC, be psychopathologically stable, with little or no family support, and with a score over 15 on the Likert scale of the selected indicators of the NOC [0900] Cognition. Depending on the score obtained in this NOC, we will assign patients to two groups, group A with greater cognitive capacity, which can take on 12 patients, subdivided into A1 and A2 with 6 patients each, and group B, with less cognitive capacity, which can also take on 6 patients. The activities will be specific for each group, and based on the NIC: Socialization enhancement [5100], Entertainment therapy [5360] and Individual teaching [5606]. The evaluation of this program will be performed after the first outing, at the epicenter and at the end of the program using indicators from the NOCs: Self-care: IADLs [0306], Social interaction skills [1502] and Participation in leisure activities [1604]. This project will be supported by the Unit's own resources.

### **4. KEY WORDS:**

Severe mental disorder, therapeutic outings, psychosocial rehabilitation

## 5. INTRODUCCIÓN:

5.1. Problema: las personas con trastorno mental severo (TMS) presentan una considerable dependencia y dificultades en el funcionamiento psicosocial y la integración en la comunidad. Resultando ser complejo el realizar tareas sociales como el manejo del dinero, coger el transporte público o socializar con el resto de los ciudadanos, es por ello por lo que se consideran un grupo social vulnerable.<sup>1,2,3,4</sup>

### 5.2. Antecedentes:

El término de trastorno mental adquiere diferentes interpretaciones de acuerdo con el contexto en el que se vaya a emplear: social, económico y/o legal.<sup>5</sup> Así, se podría definir como un conjunto de trastornos que presentan características similares, con una duración prolongada en el tiempo y discapacidad y disfunción social.<sup>4,5,6</sup> Debido a la estigmatización de la palabra cronicidad, se comienza a emplear el término de Trastorno mental Severo (TMS), para sustituir el concepto de Paciente Mental Crónico, correspondiéndose con la definición anterior.<sup>4</sup> Cuando se habla de enfermo mental crónico se estigmatiza a la persona designada ya que lo excluye de su propia diversidad y capacidad de mejora.<sup>7</sup> Para definir al paciente con TMS, el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, en 1987, sopesó tres aspectos fundamentales, siendo estos:

- Diagnóstico: presencia de trastorno psicótico (no orgánico) y algunos trastornos de personalidad.
- La duración de la enfermedad y del tratamiento debe ser superior a dos años. Adquiere mayor importancia la duración del tratamiento, ya que el periodo exacto que abarca la enfermedad es difícil de definir.
- Presencia de discapacidad que interrumpe la capacidad social, laboral y familiar. Se emplean diferentes parámetros de valoración para justificar el grado de autonomía e independencia del paciente y cuáles son sus necesidades de cuidado. Comúnmente, se ven afectados el autocuidado, la autonomía, el autocontrol, las relaciones interpersonales, el ocio y tiempo libre y el funcionamiento cognitivo.<sup>2,4,8,9</sup>

A pesar de las características en común que presentan todas aquellas personas con TMS, cada uno de ellos está formado por particularidades y son seres individuales que actúan en función de la interacción de diversos factores biológicos, sociales, psicológicos y familiares. Además, en estas características personales encontramos la importancia de la atención y los servicios que estos pacientes reciben. Las personas con TMS además de la propia sintomatología psicopatológica sufren diversos problemas en referencia al funcionamiento psicosocial y la integración en la comunidad. Pese a sus diferencias, las personas con TMS comparten diversos aspectos:<sup>4,10</sup>

- Vulnerabilidad al estrés y dificultad para afrontar las necesidades del ambiente.
- Dificultades en las habilidades y capacidades para tareas autónomas.
- Déficit en la interacción y aislamiento sociales.
- Alta dependencia a otras personas y/o al servicio y personal sanitario.
- Problemas para acceder y mantenerse en el mundo laboral, lo que los lleva a dependencia económica, pobreza y marginación la mayor parte de las veces.

Es necesario el buen proceso diagnóstico y de tratamiento para poder así controlar su sintomatología psicopatológica, evitando recaídas, y, si se sufren, poder controlarlas. En estos casos, se puede llegar a la hospitalización breve de estas personas para su estabilización. En diversas ocasiones los pacientes reciben escasa ayuda en cuanto al alojamiento y atención residencial, por lo que se generan consecuencias negativas:<sup>4,8</sup>

- Aumentan los ingresos hospitalarios.
- Se hace un uso inadecuado de la atención hospitalaria.
- Problemas para la desinstitucionalización de los pacientes que se encuentran internados.
- Aumenta el riesgo de marginación de pacientes sin hogar.
- Sobrecarga para las familias, que se ven desbordadas por la enfermedad del paciente, en cuanto a cuidados y convivencia.

Ocasionalmente, el principal recurso de cuidado y soporte comunitario de las personas con TMS es su familia, incluso muchos de ellos viven juntos.<sup>7,11</sup> Sin embargo, las dificultades que supone su tratamiento, cuidado y evolución, hacen que las familias se vean sobrepasadas y sin recursos suficientes. Por ello, es que se debe apoyar a las familias, proporcionándoles toda la información y educación necesaria, además de asesoramiento

para afrontar y conseguir un adecuado manejo de la situación.<sup>4,11</sup> No obstante, a pesar de contar con familiares, en diversas ocasiones las personas con TMS se ven obligados a vivir en la calle, de los desperdicios y de la caridad.<sup>7</sup>

La Organización Mundial de la Salud desarrolla en el Informe Mundial sobre Salud Mental que el número de personas con problemas psiquiátricos está aumentando notablemente.<sup>1</sup> Las personas con trastorno mental severo, TMS, son consideradas un grupo social de riesgo debido a las diferentes dificultades que les proporciona su entorno, tales como el estigma y la discriminación, estatus social y económico bajo, escaso apoyo social y condiciones de vida precarias. Encontrando, de este modo, inconvenientes para realizar las actividades de la vida diaria por sí mismos, y alcanzar, la independencia.<sup>1,2,3,7</sup> Asimismo, hallan adversidades en la participación social, debido a la escasez de recursos y organizaciones de salud mental que faciliten su integración, además de la evidente percepción comunitaria de que las personas con TMG no poseen las capacidades necesarias para realizar aportaciones sociales.<sup>2,12</sup>

Las personas con TMS llevan mucho tiempo siendo marginados. De hecho, en una época no muy lejana se les ingresaba por largas temporadas e incluso de por vida en psiquiátricos, antes conocidos como “manicomios”. Estos eran grandes y se situaban lejos de la sociedad y cascos urbanos, con un objetivo de cuidado y custodia, pero escasa o nula atención psiquiátrica.<sup>4</sup> Asimismo, en el siglo XIX los pacientes psiquiátricos eran encarcelados, siendo tratados como presidiarios y sin asistencia ni tratamiento alguno.<sup>13</sup> En muchas ocasiones, los enfermos psiquiátricos se encontraban desnudos o tapados únicamente con una manta, recostados sobre el suelo, atados de manos y pies con cinturones de hierro. No existen baños para los pacientes y son sujetos con camisas de fuerza. Estas personas estaban reclusas en salas con aforo de 30 o 40 personas, siendo ellos 70.<sup>14</sup> Estaban masificados, no tenían intimidad y eran despersonalizados.<sup>4,10</sup> Estos establecimientos en muy escasas ocasiones contaban con la presencia de médicos, además, la psiquiatría aún no estaba reconocida como especialidad, y el conocimiento sobre las patologías mentales era escaso y se desarrollaba con el “boca a boca”.<sup>14</sup> A pesar de la lucha durante los años para modificar esta situación, el avance fue muy lento.<sup>13</sup>

Con el paso del tiempo, esta situación ha mejorado en varios aspectos, como la mayor eficacia de los tratamientos farmacológicos, psiquiátricos e intervención psicosocial.<sup>4,9,10</sup> Asimismo, los cambios políticos y culturales han influido. La política y la

nueva legislación fue un pilar muy importante para crear la psiquiatría como especialidad médica y permitir que esta rama de conocimiento aflorara.<sup>4,13</sup> Es por esto por lo que se ha avanzado en el abordaje y tratamiento de las personas con TMS. Sin embargo, aún queda mucho camino por recorrer hacia un buen sistema de atención de salud mental.<sup>4,9,10</sup>

La época de marginación e institucionalización manicomial por fin acabó con la llegada de la reforma psiquiátrica. Había distintas razones para llegar a esto, se quería cambiar el destino de las personas con trastornos mentales sobre todo aquellos que son crónicos, priorizando la creación de nuevos diseños terapéuticos con recursos más eficaces. Por un lado, había razones éticas, en las que se veía necesario devolver los derechos humanos y ciudadanos, además de preservar su dignidad, a todas las personas con trastornos mentales que estaban institucionalizados, y, por otro lado, había razones técnicas, es decir, conseguir una atención terapéutica y social más eficiente para las enfermedades psiquiátricas.<sup>4,10,15,16,17</sup>

Este nuevo modelo sanitario se extiende por Europa y Canadá, donde se organizan sistemas nacionales de salud con una nueva visión de la atención sanitaria, con actividades preventivas y promoción de la salud. Ahora, la enfermedad y su tratamiento acompañarán a otro aspecto de nueva integración que es el bienestar del individuo y cómo conseguirlo. Estas ideas son fomentadas por la Organización Mundial de la Salud (1948), la Nueva Salud Pública (1974) y el desarrollo de la Atención Primaria (1978).<sup>16</sup>

Distintos países como Reino Unido, España, Italia, Brasil o Estados Unidos coincidían en que este cambio era necesario. Dentro de sus diferencias, tenían objetivos comunes:<sup>4,10,16,17</sup>

- Transformar los hospitales psiquiátricos recuperando su función terapéutica o cerrándolos en busca de otros recursos alternativos.
- Integrar la atención psiquiátrica en la sanidad general.
- Modificación de las leyes para mejorar los derechos de los pacientes.
- Cambiar el estigma social de las enfermedades mentales en la comunidad.
- Integrar cuidados continuos para una atención de calidad de los pacientes con trastorno mental.
- Aceptar la hospitalización como un complemento de la atención sanitaria y no como una primera opción.



Debido a la escasez del personal sanitario, durante la Segunda Guerra Mundial se crean dos métodos para hacer terapéuticos los espacios de reclusión. Por un lado, Francesc Rosquelles, exiliado tras la Guerra Civil Española, forma un psiquiátrico en Francia, territorio ocupado por los alemanes. Afirma que el manicomio no estaba formado por su estructura, sino por aquellos que lo formaban, es decir, los trabajadores y pacientes, y por ello debían ser tratados como un conjunto. Así, tras la Liberación, se consolida un modelo basado en el psicoanálisis y el trabajo en la comunidad.<sup>16</sup>

Se considera como acto primordial de la salud mental comunitaria la proclamación de la ley, *Community Mental Health Centers Act*, que el presidente John Kennedy presenta en EEUU en 1963. En esta se establece que se crearán programas para la creación de centros de salud mental comunitarios por todo el país, debido a las denuncias recibidas por la internación innecesaria y prolongada, y la escasa asistencia psiquiátrica extrahospitalaria. Esto facilitará la prevención de las enfermedades mentales y que una vez esta sea diagnosticada, se garantice una asistencia y tratamiento de calidad.<sup>16</sup>

En 1966, Caplan convierte su libro “Principios de salud mental comunitaria” en una propuesta fundamental para para la salud mental comunitaria, incluyendo la prevención y población en riesgo, desarrollando un modelo conceptual de la psiquiatría preventiva o comunitaria. Una de las ideas principales que nos aporta es la necesidad de aportar cuidados continuos, adecuados a las diferentes etapas de crecimiento y desarrollo de una persona para no sufrir un trastorno.<sup>16</sup>

Italia será uno de los países en los que la desinstitucionalización cuenta con el mayor apoyo político y se establece de una manera mucho más radical. Esto es gracias al movimiento Psiquiatría Democrática, con el que se consigue cerrar los hospitales psiquiátricos en base a la Ley 180 de 1978.<sup>16</sup>

Los hospitales psiquiátricos fueron cerrándose poco a poco, fueron creándose servicios domiciliarios y ambulatorios, facilitando de este modo la continuidad de los cuidados, con equipos interdisciplinarios e intervenciones en momentos de crisis. Los diferentes espacios psiquiátricos pondrán en común sus intervenciones y tratamientos para un mejor funcionamiento.<sup>10,16</sup>

En España, gracias a las Reuniones, Semanas y Misiones que la Liga de Higiene Mental realiza durante la Segunda República, la salud mental adquiere una importancia relevante en la sociedad. Esta tiene lugar en la gran mayoría de las provincias españolas difundiendo educación sanitaria y cultural, para conseguir de este modo concienciar sobre la salud mental. Tenían el objetivo de enviar este mensaje tanto a la población como a los poderes públicos.<sup>16</sup> La República hizo posible que se planteara un nuevo modelo de la psiquiatría y la salud mental, formando dos escuelas, una en Madrid y otra en Barcelona, creando así la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) en 1924 y facilitando la formación de la Reforma Psiquiátrica.<sup>4,16</sup>

No es hasta los 80 cuando comienza a verse un cambio en España en cuanto a psiquiatría se refiere, logrando una mejor atención de los problemas de salud mental, evitando la institucionalización y marginación.<sup>4,10,16</sup> Cada país ha desarrollado diferentes modelos, pero con objetivos comunes, y es realmente gracias a esto por lo que España tuvo distintos referentes para crear su propio modelo, debido a su tardía incorporación a la Reforma psiquiátrica.<sup>4,16</sup> Esta reforma llega cuando mismo la democracia coincidiendo la demanda de la sociedad, la intención positiva de los políticos y la actuación de un grupo de técnicos<sup>15</sup>, y estaba formada por unos principios que se contemplan en la Ley General de Sanidad de 1986 en el artículo 20:<sup>4,16</sup>

*“Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:*

- 1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y la psicogeriatría.*
- 2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.*
- 3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral a los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.*

4. *Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y de atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de la salud en general.”*

En España, esta reforma supone un gran avance, y se hacen notables los cambios producidos en la atención psiquiátrica, superando el modelo manicomial y el desarrollo de los servicios propios. Sin embargo, existen escasos recursos en la rehabilitación y soporte social, por lo que hace difícil que se sostenga el modelo de atención comunitaria y sea lento su mantenimiento e integración social.<sup>2,4,12</sup>

La atención primaria tiene un fuerte vínculo con la reforma en España, se consideraba el primer paso de la atención psiquiátrica de todos aquellos pacientes que quisieran acceder al sistema, dejando en un segundo plano la atención especializada en salud mental.<sup>16</sup> Gracias a esto podremos abandonar la antigua cronicidad y eliminar el sistema manicomial, que estaba influenciada por la escasez de recursos materiales y humanos en centros con aforo inferior a la ocupación real. Asimismo, se cuenta positivamente con una extensa plantilla de profesionales y técnicos que reúnen los conocimientos necesarios para llevar a cabo el proceso de reforma.<sup>4,16</sup>

Diversos obstáculos económicos en España frenaban este proceso, pero a pesar de ello, se produjo un gran avance elaborando sistemas que benefician la asistencia a la salud mental, los trastornos mentales severos y persistentes y que atienden a la nueva cronicidad, permitiendo que exista la posibilidad de la integración de estos en la comunidad.<sup>4,16</sup> Además, se crea una reforma legislativa tras la modificación del código civil y penal.<sup>16</sup>

A pesar de todos los avances, aún queda mucho por desarrollar para crear mayores recursos y posibilidades para los pacientes con TMS.<sup>4,12</sup> De hecho, en diversos países, esta reforma de atención comunitaria se transforma en un sistema sin financiación, lejos de sistemas de salud y al que solo acceden los más desfavorecidos.<sup>16</sup> La atención clínica y psiquiátrica de estos pacientes es tan importante como la atención dirigida a la integración psicosocial y comunitaria. Para ello, se deben generar recursos sanitarios y sociales que solucionen la problemática social de los pacientes con TMS, de manera integral y complementaria, favoreciendo la participación social como ciudadanos comunes.<sup>4,8,12</sup>

Dichos recursos son conocidos como proyectos de rehabilitación psicosocial. Esta se define como una filosofía que aborda un conjunto de programas, que tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas con TMS, fomentando su independencia psicosocial y su reintegración en la comunidad.<sup>3,4,6,8,9,10,11,18</sup> Este proyecto está reflejado en el sistema público de atención sanitaria y social, y debe ser continuo, transversal y ofrecerse cuanto antes para quien lo necesite.<sup>8</sup> Para la mejora de calidad de vida de estos pacientes no solo hace falta apoyo continuo a ellos y a sus familiares, sino apoyo social, autonomía económica y/o soporte residencial, entre otros.<sup>11</sup> Un buen tratamiento farmacológico, adherencia al mismo y la rehabilitación psicosocial pueden evitar recaídas, mejorar la calidad de vida y ofrecer mayor oportunidad hacia la integración social.<sup>10,11</sup> Persiguiendo el deseo de cumplir el objetivo de la rehabilitación psicosocial se debe tener en cuenta que los derechos de los pacientes y su calidad de vida debe ser respetada, además, se debe mejorar la formación y las intervenciones a realizar y por último, pero no menos importante, hacer hincapié en la importancia incrementar las intervenciones preventivas.<sup>12</sup>

Para contribuir al desarrollo de dichos proyectos, se realizan las salidas terapéuticas, que otorgan beneficios al ciudadano con TMS, mediante el empleo del tiempo libre y el ocio. Para ello, se realizan diversas actividades de apoyo de manera continuada en el tiempo para poder favorecer dicha integración.<sup>4,6</sup> Hay diversos factores que influyen en la creación de la rehabilitación psicosocial, entre ellos encontramos las demandas y necesidades de los pacientes para desinstitucionalizarlos y la reinserción comunitaria; además, los nuevos modelos de salud mental hacen hincapié en integrar a los pacientes con TMS en los entornos sociales.<sup>4</sup>

Para planificar los programas de rehabilitación psicosocial se requiere tener en cuenta distintas perspectivas entre las que encontramos:<sup>8</sup>

- Recuperación: se debe centrar la intervención en la recuperación de un estilo llevadero para el paciente con TMS. Este será individual y personalizado, en función de sus capacidades y propias aspiraciones. Se tienen en cuenta cuatro dimensiones para lograr esto: la autoconfianza, la participación en las decisiones, dignidad y respeto y sentirse integrado en la sociedad.

- Derechos humanos: este es un asunto clave y básico de la rehabilitación psicosocial. Se centra en cinco áreas:
  - o Derecho a buen estado de vida y protección social.
  - o Disfrute máximo de salud física y mental.
  - o Ejercicio de capacidad legal, libertad personal y seguridad.
  - o Protección ante la tortura, trato desagradable o degradante, castigo o explotación, violencia o abuso.
  - o Derecho a una vida independiente y se integrado en la comunidad.
  
- Práctica basada en la evidencia: tras elaborar un plan individualizado de rehabilitación psicosocial para el paciente, se podrá llevar a cabo un trabajo interdisciplinar e interpersonal con profesionales y familiares de las personas con TMS incluidas en el programa. Encontramos: psicoeducación, rehabilitación cognitiva, intervenciones familiares, entre otros.
  
- Determinantes sociales: tendremos en cuenta las dificultades que se hallan en la comunidad, ya que los pacientes con TMS no solo sufren en el proceso de integración por su propia discapacidad psiquiátrica y lo que ello conlleva, sino que son rechazados y atacados con prejuicios por la sociedad que los rodea.

Tras hacer hincapié en la importancia de la rehabilitación psicosocial, detectamos los principales objetivos de este proyecto:<sup>4,18</sup>

- Apoyar la adquisición de técnicas y habilidades para formar parte de la comunidad de una manera funcional y con una buena calidad de vida.
- Fomentar la autonomía e independencia del paciente para que se pueda desenvolver en los distintos ámbitos sociales.
- Brindar oportunidades para que el paciente siga siendo un miembro más de la comunidad, con apoyo y seguimiento.
- Prevenir o disminuir la marginación social.
- Acompañar e incluir a las familias en el proceso, si procede, para favorecer el proceso de rehabilitación del paciente.

En España, la rehabilitación psicosocial se ha desarrollado positivamente, pero aún es insuficiente. En las distintas comunidades desde la reforma psiquiátrica, el avance ha sido desigual y no ha estado equilibrado, por lo que se hallan distinciones en los programas

de rehabilitación psicosocial según la comunidad. Algunas de ellas cuentan con grandes apoyos y recursos para llevarlos a cabo, así como para la atención residencial y el soporte comunitario.<sup>4</sup>

En Andalucía se desarrollan las Unidades de Rehabilitación activa y además en 1994 se crea una Fundación Pública para la Integración Social de Enfermo Mental para facilitar la creación de recursos de apoyo social en los distintos entornos: familiar, ocio, laboral, social, etc. Por otro lado, en la Comunidad de Madrid, gracias al Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica de la Consejería de Servicios Sociales, se generan diversos recursos que facilitan el proceso de integración pero que aun así, no son suficientes. Asimismo, en comunidades como Asturias o Cataluña, observamos como se van creando nuevos recursos comunitarios para las personas con TMS, así como la creación de centros de día. Además, las asociaciones familiares y el apoyo político adquieren relevancia y fomentan el curso de la rehabilitación psicosocial en comunidades como Extremadura.<sup>4</sup>

Finalmente, en Canarias se desarrollan distintos dispositivos de rehabilitación en las que participan administraciones, empresas y asociaciones diversas. Todo esto a través del Programa sociosanitario de Atención a la Discapacidad (PAD) de Canarias en el sector de Salud Mental, que fue creado entre 2005 y 2010. Sin embargo, cuando en 2006 se crea la Ley de Dependencia, el PAD queda sustituido por convenios entre la comunidad autónoma y los Cabildos. Gracias a las asociaciones de familias y usuarios canarios, se han generado numerosos dispositivos de apoyo y se ha contribuido a la no estigmatización de las personas con TMS y la lucha por la igualdad.<sup>8</sup>

Como antes mencionábamos, entre las distintas comunidades existen diversas desigualdades y diferencias frente a la rehabilitación psicosocial. Por un lado, no coinciden las definiciones de los recursos de la rehabilitación. Existen mismos dispositivos en distintas comunidades que se emplean de diferente manera y viceversa. Incluso en una misma comunidad el uso de sus recursos y sus objetivos son distintos. Asimismo, el registro de datos no se realiza correctamente, lo que interrumpe la recogida de estos de manera funcional. Por otro lado, la valoración de los recursos existentes reales no es congruente debido a que en algunas comunidades autónomas se mantiene la hospitalización psiquiátrica pareciendo ser un nuevo recurso pero que no lo es. No se ha podido enumerar

los recursos totales en España debido a estas dificultades y diferencias, pues cada comunidad autónoma cuenta con sus propios recursos y modo de desarrollo.<sup>4</sup>

Francisca Tur Juan y M.<sup>a</sup> Jesús Armada desarrollan, en 2006, un proyecto en el que destacan la importancia de que se realicen actividades de ocio y tiempo libre en los programas de rehabilitación social para las personas con TMG. Para ello cuentan tanto con entidades públicas como privadas. Se realizan dos grupos con el objetivo de conseguir su máxima autonomía realizando las mismas actividades, pero uno de ellos no contará con un/a monitor/a para asistir a estas. La persona encargada de organizar este proyecto se pondrá en contacto con la corporación a la que asistirán los usuarios, con el fin de recabar los parámetros relacionados con la puntualidad, la sociabilidad, el uso correcto de las instalaciones, etc. Por otro lado, le facilitan a los pacientes los datos necesarios para que tengan información suficiente del lugar que van a visitar, las actividades a realizar, así como un número de contacto y el medio de transporte en el que se trasladarán. Finalmente, nos muestran como conclusiones que sus usuarios han exteriorizado cada vez más interés tanto por el tiempo libre disfrutado como por su integración en la sociedad. Han expresado autosatisfacción y autonomía. Se ha formado un espacio que evita el aislamiento, realizando distintas actividades que promueven la responsabilidad propia y del grupo. El grupo de monitoras encargadas han decidido seguir trabajando en este proyecto por sus resultados positivos logrando así la integración social de estas personas.<sup>3</sup>

En Santa Cruz de Tenerife, encontramos el Área Externa de Rehabilitación y Salud Mental, integrado en la Red de Salud Mental del Servicio Canario de la Salud (SCS) y depende de manera orgánica y funcional del Hospital Universitario de Canarias (HUC). Este está formado por cuatro unidades compuestas por la unidad de subagudos de media estancia con 24 camas y 3 Unidades de Rehabilitación Activa con 24 camas cada una divididas en dos áreas:<sup>18</sup>

- 2<sup>a</sup> URA: pacientes con perfil rehabilitante y de trabajo rehabilitador intensivo (24 camas)
- 3<sup>a</sup> y 4<sup>a</sup> URA: en la tercera encontramos pacientes con perfil sociosanitario y en la cuarta pacientes con prealta y/o más autonomía.

La Unidad de Rehabilitación Activa se ha creado para el tratamiento y asistencia de pacientes con TMS que se encuentran en estado de hospitalización. Tienen el objetivo de crear actividades que faciliten la adquisición de recursos sociales, laborales, físicos o intelectuales pese a la discapacidad que le provoca su trastorno mental, para una mejor adaptación a su entorno, en definitiva, persiguen la Rehabilitación y Reinserción Social de sus pacientes.<sup>18</sup>

Cuando un paciente ingresa en la URA puede proceder de la Unidad de Salud Metal, de la Unidad de Agudos o de la Unidad de Subagudos, con un informe médico-psiquiátrico y social, debiendo intervenir el informe de Enfermería. Asimismo, existen diversos criterios para su ingreso tales como:<sup>18</sup>

- Edad entre 18 y 60 años.
- Se recurre a su ingreso si el beneficio de rehabilitación del paciente no puede realizarse de manera extrahospitalaria.
- El paciente deberá padecer un trastorno mental crónico con déficit en al menos tres o más de las actividades básicas de la vida diaria (higiene personal, vestirse, autocuidado, autonomía, transacciones sociales, etc.) y que tengan posibilidades de beneficiarse con el programa de rehabilitación.
- Personas con trastorno crónico que no cuente con apoyo psicosocial, mala adherencia al tratamiento, descompensaciones y recaídas muy frecuentes y que por tanto necesiten más tiempo ingresados para su tratamiento.

Por otro lado, quedan excluidos los trastornos de personalidad, los trastornos de conducta alimentaria, el retraso mental, la demencia, el abuso y dependencia de tóxicos, y aquellos pacientes cuyo trastorno puede ser tratable en su domicilio o en la Unidad de Agudos.<sup>18</sup>

En las distintas URAs contamos con un Supervisor de Unidad para cada una, la 2ª consta de cinco enfermeras y trece auxiliares de enfermería, mientras que en la 3ª y 4ª URA encontramos siete enfermeras y 21 auxiliares de enfermería. A esto le sumamos un terapeuta ocupacional, un coordinador médico, cinco psiquiatras, dos psicólogos clínicos y dos trabajadoras sociales para todas las Unidades de Rehabilitación.<sup>18,19</sup>



### 5.3. Justificación:

Este programa pretende plantear una propuesta de intervención de enfermería mediante salidas terapéuticas en los pacientes con TMS de media y larga estancia, de las Unidades de rehabilitación Activa, URA, del Área Externa de Salud Mental del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC). Se contará con el personal de la URA, auxiliares y/o enfermeras. Se trabajará con los pacientes psicopatológicamente estables, hospitalizados cuyas edades comprendan entre los 18 y 60 años, ajustando los grupos de las salidas a las personas con edades afines. Asimismo, se contará preferentemente con aquellas personas que, independientemente de su género, no cuentan con apoyo familiar, o lo hacen de manera escasa. Se pretende facilitar que dichos pacientes, aprendan a convivir fuera de su área de confort, que en este caso sería la URA, y comiencen a experimentarse en un ámbito social al que no están acostumbrados: comunicarse con el camarero de una cafetería, estar rodeados de personas desconocidas en el transporte público, comprender el uso adecuado del dinero, etc.

### 5.4. Objetivo:

- Diseñar y planificar un programa de salidas terapéuticas destinado a pacientes hospitalizados en las URAs del CHUC.

## 6. METODOLOGÍA.

Este es un proyecto de investigación que presenta carácter cuantitativo y de corte transversal. Abarcará un período total de seis meses y tratará de evaluar la eficacia de un programa terapéutico para las personas con trastorno mental severo.

La población objeto de estudio serán los pacientes con trastorno mental severo hospitalizados en las Unidades de Rehabilitación Activa (URA) del Área Externa de Psiquiatría del Complejo Hospital Universitario de Canarias, en la isla de Tenerife. La muestra será de un máximo de 18 pacientes, 6 por grupo y deberán cumplir los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión:
  - Pacientes estables psicopatológicamente hospitalizados en la URA del CHUC
  - Preferiblemente pacientes con poco o escaso apoyo familiar.
  - Valor en escala Likert del NOC [0900] Cognición mayor de 15 para los cinco indicadores seleccionados.
  
- Criterios de exclusión:
  - Psicopatológicamente inestables.
  - Pacientes que no quieran participar en el proyecto.
  - Valor en escala Likert del NOC [0900] Cognición menor de 14 para los cinco indicadores seleccionados.

Para llevar a cabo este proyecto será necesario disponer de recursos, ya sean materiales o humanos, en todo caso, proporcionados por el Área Externa de Psiquiatría del CHUC y por los propios pacientes.

- Recursos materiales:
  - Bonos de transporte para desplazamiento a las diferentes actividades.
  - Ropa adecuada a la época del año.
  - Dinero de bolsillo.

- Recursos humanos:
  - Enfermero especialista en Salud Mental o enfermero integrante de la URA.
  - Técnico en cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) que pertenezca a la URA.

Se organizarán grupos homogéneos con tal de beneficiar el desarrollo de las actividades atendiendo a su capacidad cognitiva, para ello se realizará una valoración enfermera a cada uno de los pacientes que sean candidatos para participar en este proyecto. Esta valoración se realizará a través de una tabla de elaboración propia basada en la taxonomía NOC, en la que se reflejará el valor numérico de la escala Likert de los indicadores asociados al NOC [0900] Cognición (anexo 1), de tal manera que, una vez obtenidos los resultados, se elaborarán dos grupos de seis pacientes cada uno, que se correspondan con una puntuación del NOC entre 19 y 23 que denominaremos grupo A (A1 y A2) y otro grupo con puntuaciones entre 14 y 18 de máximo 6 pacientes que denominaremos grupo B (anexo 2). Aquellos pacientes con puntuación en la escala Likert inferior o igual a 14 y aquellos con puntuación mayor o igual a 23, serán excluidos del proyecto ya que se considera que por su capacidad cognitiva no podrán beneficiarse de las actividades, ya sea por exceso o por defecto. A su vez, el grupo A será dividido, creando el subgrupo A1 y subgrupo A2 pudiendo asumir seis pacientes en cada salida, por lo que el grupo A estará formado por, máximo, doce personas y el grupo B contará con un máximo, también, de seis pacientes. Las actividades que se desarrollarán tendrán una misma materia de aprendizaje, pero con distintos niveles de dificultades adaptadas a ambos grupos.

Cada salida tendrá una duración aproximada de una hora y media, que podrá alargarse si la actividad programada así lo requiera, y estarán organizadas en tres días de la semana: martes, jueves y sábado correspondiendo a los grupos A1, A2 y B respectivamente. El período de salidas terapéuticas será de tres meses: desde el mes de marzo hasta el mes de mayo.

Se realizarán una serie de actividades fuera del centro enmarcadas dentro de la taxonomía NIC, que posteriormente serán evaluadas a partir de los indicadores asociados a los NOC marcados para el cumplimiento del objetivo del proyecto.

INTERVENCIONES	NOC PARA SU EVALUACIÓN
NIC [5100] Potenciación de la socialización.	NOC [1502] Habilidades de interacción social.
NIC [5360] Terapia de entretenimiento.	NOC [1604] Participación en actividades de ocio.
NIC [5606] Enseñanza individual.	NOC [0306] Autocuidados: actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) r/c manejo del dinero.

Se informará al paciente del tipo de actividades que realizarán, el tiempo que durará cada actividad y el período de salidas en total. De este modo, tras realizar la primera salida se evaluará a cada paciente mediante una tabla que contendrá los indicadores de los NOC seleccionados previamente (anexo 3). Asimismo, esta evaluación se realizará a las seis semanas y a las doce semanas tras finalizar el programa.

Las actividades que se llevarán a cabo durante las salidas terapéuticas (anexo 4) estarán basadas en las intervenciones ya mencionadas y se realizarán de manera secuencial y progresiva siguiendo un cronograma específico de actividades (anexo 5). En total, las salidas serán ejecutadas a lo largo de 12 semanas; en cada semana, los pacientes del subgrupo A1 y los del A2 realizarán las mismas actividades debido a su nivel cognitivo por lo que las actividades de los martes se repetirán los jueves. Asimismo, una vez lleguemos al epicentro de este período, se comenzará a repetir algunas de las actividades con las que empezábamos este proyecto, sin embargo, algunas otras serán de nueva incorporación, ya sea por innovación, por afinidad a la época o por eventos particulares.

#### Valoración de los resultados:

Al finalizar el programa de salidas terapéuticas, se realizará una valoración final con la tabla (NOC) que hemos utilizado en evaluaciones previas y se empleará el siguiente criterio de evaluación (anexo 6):

- Consideraremos como resultados positivos para ambos grupos:
  - Incrementos superiores a 5 puntos en la escala Likert para los indicadores del NOC [1502] Habilidades de interacción social.
  - Incrementos superiores a 4 puntos en la escala Likert para los indicadores del NOC [1604] Participación en actividades de ocio.

- Incrementos superiores a 3 puntos en la escala Likert para los indicadores del NOC [0306] Autocuidados: actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) r/c manejo del dinero.
- Consideraremos como resultados no positivos las puntuaciones iguales o similares a la valoración inicial.
- Consideraremos resultados negativos las puntuaciones inferiores a la valoración inicial.

Para poder llevar a cabo este proyecto se deberá obtener autorización del servicio de formación, investigación, innovación y calidad del CHUC. Estos evaluarán el proyecto determinando si se puede ejecutar el proyecto y cuáles serían los aspectos éticos para tener en cuenta. Asimismo, se presentará el proyecto a los jefes de servicios de la URA para que valoren su viabilidad e informen a los pacientes sobre el mismo.

El cronograma que corresponde a las etapas del proyecto será el siguiente:

ACTIVIDADES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Redacción del proyecto.						
Presentación de proyecto.						
Recabar datos						
Desarrollo de las actividades.						
Valoración del proyecto.						

Por otro lado, no será necesario la solicitud de un presupuesto ya que las actividades que realizaremos estarán integradas en las actividades de las Unidades de Hospitalización de las URAs, por lo tanto, contaremos con sus instalaciones y recursos, tanto humanos como materiales.

## **7. RESULTADOS:**

Concluido el programa de salidas terapéuticas y recabados los datos, obtendremos los resultados en base a los criterios establecidos.

## **8. CONCLUSIONES:**

Concluido el programa de salidas terapéuticas, evaluaremos el programa en función de los resultados obtenidos.

## 8. BIBLIOGRAFÍA:

1. Ocaña Expósito L., Caballo Escribano C. Actividades de la vida diaria en personas con enfermedad mental grave y prolongada. 12 de mayo de 2015. Dialnet. [Acceso el 13 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5091791>
2. Organización Mundial de la Salud. Salud mental y desarrollo: poniendo el objetivo en las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable. 2010. Organización Mundial de la Salud. [Acceso el 7 de diciembre de 2020] Disponible en: [https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/9789962642657-spa.pdf?sfvrsn=4ab1514d\\_2#:~:text=El%20informe%20Salud%20Mental%20y,so bre%20personas%20con%20afecciones%20mentales.](https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/9789962642657-spa.pdf?sfvrsn=4ab1514d_2#:~:text=El%20informe%20Salud%20Mental%20y,so bre%20personas%20con%20afecciones%20mentales.)
3. Tur Juan F., Armada J. Salidas terapéuticas: espacio lúdico para la integración. 2006. Scielo. [Acceso el 13 de diciembre] Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352006000200003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352006000200003)
4. Camps C., Gisbert C. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. 1ª edición. Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2002.
5. Organización Mundial de la Salud. Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación. 2006. [Acceso el 7 de diciembre de 2020] Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/policy/legislation/WHO\\_Resource\\_Book\\_MH\\_L\\_EG\\_Spanish.pdf](https://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_L_EG_Spanish.pdf)
6. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Rehabilitación e integración Social de las Personas con Trastorno Mental Grave. 2003. Gobierno de España. [Acceso el 7 de diciembre de 2020] Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Rehabilitacionintegracionsocial.pdf>
7. Liberman R. P. Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. 2ª edición. Barcelona. Martínez Roca. 1993.
8. Servicio Canario de Salud. Plan de salud mental de Canarias. 2019. Gobierno de Canarias.
9. Panadero Herrero, S. Calidad de vida y funcionamiento psicosocial de las personas con trastornos mentales graves y duraderos. 2011. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud. [Acceso el 7 de mayo de 2021] Disponible en: [http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS\\_7\\_esp\\_51-59.pdf](http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_7_esp_51-59.pdf)
10. Florit-Robles, A. La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. 2006. Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental y Universidad de Sevilla. [Acceso el 7 de mayo de 2021] Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/84941/10.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

11. Navarro Bayón, D., García-Heras Delgado, S. Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. 2008. Scielo. [Acceso el 7 de mayo de 2021] Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/inter/v17n3/v17n3a08.pdf>
12. Laviana-Cuetos, M. LA atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. 2006. Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental y Universidad de Sevilla. [Acceso el 7 de mayo de 2021] Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/84606/16.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Candela R., Villasante O. Pacientes “penales” en instituciones psiquiátricas: cien años del Manicomio Nacional de Leganés (1852-1952). 2018. Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam. [Acceso el 7 de mayo de 2021] Disponible en: [https://ddd.uab.cat/pub/dynamis/dynamis\\_a2018v38n1/dynamis\\_a2018v38n1p163.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/dynamis/dynamis_a2018v38n1/dynamis_a2018v38n1p163.pdf)
14. Villasante O. La polémica en torno a los manicomios, 1916. 2011. Scielo: Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. [Acceso el 20 de febrero de 2021] Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352011000400013&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352011000400013&script=sci_arttext&lng=pt)
15. Desviat M. Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. 2010. Revistas Científicas Complutenses. [Acceso el 21 de febrero de 2021] Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS1010110253A>
16. Desviat M. La evolución histórica de la atención a la salud mental. 2020. Dialnet. [Acceso el 27 de febrero de 2021] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7544376>
17. Menéndez Osorio F. Veinte años de la Reforma Psiquiátrica. Panorama del estado de la psiquiatría en España de los años 1970 a los 2000: de un pensamiento único a otro. 2005. Scielo: Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. [Acceso el 7 de mayo de 2021] Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352005000300005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352005000300005)
18. Hospital Universitario de Canarias. Unidades del Área Externa del HUC (Rehabilitación y Salud Mental). Servicio Canario de Salud.
19. Instituto de Información Sanitaria. Salud Mental: organización y dispositivos. 2007. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. [Acceso el 21 de marzo de 2021] Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/SALUD\\_MENTAL\\_ORGANIZACION\\_Y\\_DISPOSITIVOS.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/SALUD_MENTAL_ORGANIZACION_Y_DISPOSITIVOS.pdf)



## 9. ANEXOS:

### Anexo 1:

NOC	INDICADORES	VALOR EN LA ESCALA*
<b>[0900] Cognición</b>	[90003] Atiende	
	[90004] Se concentra	
	[90005] Está orientado	
	[90009] Procesa la información	
	[90015] Comunicación adecuada según edad.	

\*Escala correspondiente desde no comprometido (5) hasta gravemente comprometido (1).

### Anexo 2:

Valores en escala Likert	Grupo asociado
$\leq 14$	Exclusión
15-18	Grupo B
19-22	Grupo A
$\geq 23$	Exclusión

**Anexo 3:**

<b>NOC</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>VALOR EN LA ESCALA*</b>
<b>[0306]</b> <b>Autocuidado: actividades instrumentales de la vida diaria. (AIVD)</b>	[30601] Compra comestibles	
	[30602] Compra ropa	
	[30603] Compra las cosas necesarias para la casa	
<b>[1502]</b> <b>Habilidades de interacción social</b>	[150204] Muestra sensibilidad con los demás.	
	[150207] Muestra consideración	
	[150208] Muestra sinceridad	
	[150212] Se relaciona con los demás	
	[150218] Muestra un comportamiento no verbal congruente con la comunicación verbal	
<b>[1604]</b> <b>Participación en actividades de ocio</b>	[160401] Participa en actividades diferentes al trabajo habitual	
	[160402] Sentimiento de satisfacción con las actividades de ocio	
	[160404] Uso de habilidades sociales de interacción apropiadas.	
	[160413] Disfruta de las actividades de ocio.	

\*Las tablas de color azul corresponden a valores desde gravemente comprometido (1) hasta no comprometido (5). Por otro lado, las tablas de color naranja corresponden a valores de nunca demostrado (1) a siempre demostrado (5).

#### Anexo 4:

##### **Actividades sobre el manejo del dinero:**

- Objetivo: adquirir capacidades para el manejo e inversión de dinero.
  
- **Actividad 1.** Esta actividad consta de una salida hacia la plaza de España. Una vez allí elegiremos una cafetería de nuestro alrededor para emplear el dinero de bolsillo y consumir. Iremos y regresaremos caminando.
  
- **Actividad 2.** Esta salida será al municipio vecino de San Cristóbal de La Laguna. Se quiere apoyar la autonomía de los pacientes para solicitar y efectuar el pago con su propio dinero del bono del tranvía mediante la máquina expendedora de la parada de tranvía de Puente Zurita que es la más próxima al centro. Saldremos de esta parada y llegaremos hasta la parada de Trinidad. Una vez lleguemos a nuestro destino pasearemos por las calles y si así lo prefieren los pacientes, buscaremos una cafetería para consumir, siempre motivándolos a efectuar el pago de manera consciente: saber de cuánto dinero dispones, saber cuánto dinero te están solicitando y cuánto vas a entregar tú, etc.
  
- **Actividad 3.** En esta actividad la salida estará enfocada a la compra de enseres personales. Iremos caminando hasta llegar a las calles comerciales. Durante el trayecto se intentará generar un pequeño debate sobre el consumismo, para evitar el gasto innecesario de dinero; se hablará sobre qué puede ser una inversión necesaria y cuál no. Una vez finalizada, regresaremos al centro en tranvía.
  
- **Actividad 4.** Para esta salida será necesario solicitar de nuevo el bono del tranvía para aquellos que no lo tengan, ya que iremos hasta el centro comercial Alcampo La Laguna. Nos bajaremos en la parada de Guajara y subiremos caminando hasta el centro. Una vez allí, nos dirigiremos al cine para ver una película. Cada paciente deberá comprarse su entrada y si así lo desean comida o bebida para entrar a la sala.
  
- **Actividad 5.** En esta ocasión la salida estará dirigida a la compra de comida rápida para llevar en los alrededores de la plaza de España de S/C de Tenerife. Buscaremos un restaurante de este tipo y cada paciente solicitará su pedido y procederá a su pago de manera independiente y autónoma. Una vez recogida la

comanda, nos sentaremos en algún lugar cercano, como por ejemplo los bancos que se sitúan en la propia plaza y disfrutaremos de nuestra comida.

### **Actividades sobre habilidades sociales:**

- **Objetivo:** adquirir habilidades sociales con nuestro entorno.
  
- **Actividad 6.** Iremos a un restaurante en la capital de la isla. Cada paciente deberá solicitar la carta o menú y elegir una dieta de su preferencia comunicándolo de manera adecuada. El grupo deberá adaptarse al lugar en el que se encuentran y actuar conforme a ello. Iremos caminando y regresaremos en tranvía.
  
- **Actividad 7.** Visitaremos el Museo de Historia y Antropología ubicado en la Casa Lercaro de San Cristóbal de La Laguna. Para ello haremos uso del tranvía, desde la parada de Puente Zurita hasta la parada de Trinidad. En el museo debemos ser capaces de defender una actitud conforme a este evento, mantener un tono de voz adecuado y poder plantear todas las dudas que les surjan de manera ordenada y educada.
  
- **Actividad 8.** Esta salida será al Parque de La Granja de S/C de Tenerife. La intención es buscar un sitio cómodo en el que sentarnos y disfrutar de la naturaleza mientras realizamos un juego de roles con diferentes situaciones para fomentar la comunicación, escucha activa, empatía, etc. Por parejas, se simularán diálogos de aproximadamente 15 minutos en los que el monitor les facilitará diversas temáticas y ellos elegirán su preferencia. Una vez finalizado el tiempo, cambiarán de pareja y volverán a elegir temática.
  
- **Actividad 9.** Ir al parque García Sanabria. Aunque ya se conozcan, vamos a expresar en primer lugar nuestro nombre, la comida que más nos guste, nuestro estilo de música favorito y cualquier otra cosa que nos gustaría que nuestros compañeros supieran de nosotros. Una vez acabemos, se generarán diversos debates ya sea con temáticas que ellos faciliten al expresar sus gustos u otros que les inquieten. Se valorará saber comunicar opiniones, saber escuchar, empatizar con las opiniones y sentimientos de los demás, etc. Iremos y regresaremos en tranvía. Para ir nos bajaremos en la parada de Weyler y caminaremos hasta nuestro

destino. Si esta actividad se repite, se podrá realizar de forma similar, variando la temática de conversación.

### **Actividades de ocio y tiempo libre**

- Objetivo: disfrutar del ambiente visitado lejos del entorno habitual.
  
- **Actividad 10.** Salida al cine ubicado en la parte baja del Centro Comercial Alcampo La Laguna. Subiremos y bajaremos en tranvía, desde Puente Zurita hasta Guajara e iremos caminando hasta nuestro destino.
  
- **Actividad 11.** Iremos a la playa de Las Teresitas. Bajaremos en tranvía hasta el intercambiador de Santa Cruz de Tenerife, y allí cogeremos la guagua, línea 910, hasta la playa. No será necesario bañarse, sino disfrutar de la estancia en la arena, caminando por la orilla o jugando a juegos de mesa si es su elección. Regresaremos de la misma manera.
  
- **Actividad 12.** Caminaremos por la Avenida Anaga, disfrutando del aire libre y haciendo deporte. Bajaremos en tranvía hasta Fundación y regresaremos en este medio de transporte.
  
- **Actividad 13.** Visita al Museo de la Naturaleza y Arqueología ubicado en la Calle Fuentes Morales, en Santa Cruz de Tenerife. Iremos en tranvía hasta la parada de Fundación y regresaremos en el mismo medio de transporte.
  
- **Actividad 14.** Acorde con las fiestas del mes de Mayo, visitaremos las cruces que se encuentren expuestas en la capital.

Anexo 5:

**Semana 1:**

	L	M	X	J	V	S	D
<b>Actividad</b>		2		2		1	
<b>Grupo</b>		A		A		B	

**Semana 2:**

	L	M	X	J	V	S	D
<b>Actividad</b>		8		8		8	
<b>Grupo</b>		A		A		B	

**Semana 3:**

	L	M	X	J	V	S	D
<b>Actividad</b>		6		6		5	
<b>Grupo</b>		A		A		B	

**Semana 4:**

	L	M	X	J	V	S	D
<b>Actividad</b>		5, 9		5, 9		9	
<b>Grupo</b>		A		A		B	

**Semana 5:**

	L	M	X	J	V	S	D
<b>Actividad</b>		4,10		4,10		13	
<b>Grupo</b>		A		A		B	

**Semana 6:**

	L	M	X	J	V	S	D
<b>Actividad</b>		11		11		11	
<b>Grupo</b>		A		A		B	

**Semana 7:**

	L	M	X	J	V	S	D
<b>Actividad</b>		1,12		1,12		1,12	
<b>Grupo</b>		A		A		B	

**Semana 8:**

	L	M	X	J	V	S	D
<b>Actividad</b>		13		13		6	
<b>Grupo</b>		A		A		B	

**Semana 9:**

	L	M	X	J	V	S	D
<b>Actividad</b>		3		3		3	
<b>Grupo</b>		A		A		B	

**Semana 10\*:**

	L	M	X	J	V	S	D
<b>Actividad</b>		14		14		14	
<b>Grupo</b>		A		A		B	

\*Esta semana podrá ser intercambiada con la anterior en función de la cercanía de la fecha señalada (Festividad del día de La Cruz, 3 de Mayo)

**Semana 11:**

	L	M	X	J	V	S	D
<b>Actividad</b>		7		7		5,9	
<b>Grupo</b>		A		A		B	

**Semana 12:**

	L	M	X	J	V	S	D
<b>Actividad</b>		11		11		1,12	
<b>Grupo</b>		A		A		B	

Anexo 6:

NOC	RESULTADO POSITIVO	RESULTADO NEGATIVO
<b>[1502] Habilidades de interacción social</b>	Si en la valoración final el resultado ha aumentado al menos 5 puntos con respecto a la inicial.	Si en la valoración final disminuye al menos un punto con respecto a la inicial.
<b>[1604] Participación en actividades de ocio</b>	Si en la valoración final el resultado ha aumentado al menos 4 puntos con respecto a la inicial.	Si en la valoración final disminuye al menos un punto con respecto a la inicial.
<b>NOC [0306] Autocuidado: actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) r/c manejo del dinero.</b>	Si en la valoración final el resultado ha aumentado al menos 3 puntos con respecto a la inicial.	Si en la valoración final disminuye al menos un punto con respecto a la inicial.