

## ***El trabajo nocturno con personas con enfermedad mental grave y duradera en dispositivos residenciales (mini residencias)***

**Night work with people with severe and lasting mental illness in residential devices. (mini residences)**

**David Arévalo Blázquez, Educador Social Ayuntamiento Móstoles (Madrid)**

**Susana García Rico, Trabajadora Social Centros de Atención Primaria (SERMAS) Comunidad de Madrid**

382

### **Resumen**

*La intervención socio sanitaria con personas con enfermedad mental grave y duradera (EMGD en adelante) en recursos residenciales como son las Mini Residencias da pie a numerosos procesos a la hora de trabajar en la rehabilitación psicosocial. A lo largo del siguiente artículo se expondrá cómo las Mini Residencias se constituyen como un recurso de apoyo conforme han ido evolucionando. Además, se abordará cómo el trabajo nocturno, por parte de los profesionales de la Educación Social, puede conllevar una serie de actuaciones concretas en lo referente al ejercicio del fomento del descanso, el manejo de situaciones de crisis, el entrenamiento en hábitos saludables, los problemas sobre el tratamiento y adhesión farmacológica, la participación en la rutina nocturna y las formas de abordar algunas carencias en determinadas habilidades sociales. El método de trabajo viene guiado por la observación, el apoyo, el acompañamiento y el entrenamiento hacia rutinas que permiten una mejor calidad de vida de las personas con EMGD teniendo en cuenta el horario nocturno.*

**Palabras clave:** Rehabilitación, trabajo nocturno, enfermedad mental grave y duradera.

### **Abstract**

*The socio-health intervention with people with serious and long-lasting mental illness (EMGD from now on) in residential resources such as the Mini-Residences gives rise to numerous processes when working in psychosocial rehabilitation. The following article will explain how the Mini Residences are constituted as a support resource as they have evolved. In addition, we will discuss how night work, on the part of Social Education professionals, can lead to a series of specific actions regarding the exercise of promoting rest, the management of crisis situations, training in healthy habits, problems regarding pharmacological treatment and adherence, participation in the night routine and ways of addressing certain deficiencies in certain social skills. The work method is guided by observation, support, accompaniment and training towards routines that allow a better quality of life for people with EMGD taking into account the night time schedule.*

**Keywords:** Rehabilitation, night, mental grave and long lasting illness.

Fecha de recepción: 02/01/2020

Fecha de aceptación: 05/02/2020



## La mini-residencia

Parte del colectivo de personas con EMGD tienen dificultades para cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y cuidado. Ante esto, se ve necesario contar con un abanico de alternativas de vivienda y atención residencial, que cubran sus diferentes necesidades permitiendo su mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones de autonomía y calidad de vida posibles.

Para llegar a ofertar los dispositivos residenciales actuales, se hace necesario que se mire atrás en el tiempo y se considere la Reforma Psiquiátrica que se puso en marcha en la mayor parte de los países desarrollados (EEUU, Francia, Inglaterra, Italia) en las décadas de los años 60 y 70. Con ella se inició un fuerte movimiento de crítica hacia la atención centrada en el hospital psiquiátrico tradicional. La historia socio-económica propia de cada país ha propiciado que la Reforma haya tenido un avance distinto en cada uno de ellos. Esto, sumado al descubrimiento de los fármacos neurolépticos y la introducción de nuevos métodos terapéuticos provocó un cambio en la asistencia psiquiátrica y el abordaje de la salud mental dentro del entorno comunitario, evitando la marginación e institucionalización.

Nuestro país se incorporó con retraso a este movimiento de Reforma Psiquiátrica y salud mental comunitaria. En España no fue hasta la época democrática y, en particular hasta mediados de los años ochenta cuando se inició la transformación de la asistencia psiquiátrica (López, 2006), con la promulgación de la Ley General de Sanidad en 1986.

Los programas residenciales en su desarrollo, han experimentado transiciones y cambios durante este tiempo que se exponen de manera resumida:

En un primer momento, desde los hospitales psiquiátricos, surgieron dispositivos del tipo "HALFWAY HOUSE" ("Vivienda de Transición", "Casas a medio camino") como dispositivos de corta y media estancia, que pretendían servir de paso para la vida en la comunidad, prolongando la atención sanitaria (Rodríguez, 1997).

Posteriormente, apareció el modelo de "CONTINUUM RESIDENCIAL" caracterizado por constituir un conjunto de dispositivos que se estructuran linealmente: el paciente iría progresando desde dispositivos más restrictivos y con mayor supervisión de personal especializado a otros menos restrictivos y con menor supervisión (Carling, 1997).

Tras este modelo surgió un modelo alternativo, denominado de apoyo residencial ("supported housing" o también "normal housing with specialized supports") y que se podría definir como "Vivienda normal con apoyos especializados o específicos". Este nuevo modelo se centraba

en la utilización de la vivienda propia, dando importancia a la autonomía y capacidad de decisión del enfermo mental, recibiendo apoyo flexible y adaptado a las necesidades de la persona (Carling, 1997).

Como existen diferentes tipologías de personas con las que se intervienen en función de sus necesidades y de sus niveles de autonomía, también se desarrolló una nueva manera de pensar basada en la necesidad de combinar los dos modelos (“continuum residencial” y “supported housing”) para una adecuada atención comunitaria: por un lado es necesario disponer de dispositivos con diversas funciones y grados de supervisión y además se deben ofrecer programas de apoyo para ayudar a los enfermos que puedan mantenerse en su domicilio (Cañamares et al, 2007).

En la Comunidad Autónoma de Madrid, dependiente de la Consejería de Servicios Sociales, se cuenta con recursos de tres tipos que han ido aunando características de los programas anteriores en función del perfil de personas con las que trabajan y el grado de autonomía que pretenden trabajar. Se trata de: Plazas en Pensiones, Pisos supervisados y Residencias. Estos recursos cuentan con el apoyo diurno de **servicios complementarios**, como son los **Equipos de Apoyo Social Comunitario** los cuales ofrecen atención social en el propio domicilio a las personas con mayores dificultades sociales. Además, están organizados territorialmente y coordinados con los [Servicios de Salud Mental](#) y los Servicios Sociales Generales y otros recursos comunitarios de cada zona.

Imagen 1 : Fuente; pexels bajo licencia creative commons



Según Decreto 122/1997, de 2 de octubre, las Residencias, denominadas Mini-Residencias (MR en adelante) por su capacidad de entre 20-30 plazas, “son centros residenciales destinados a las personas afectadas de enfermedades mentales graves o crónicas y con deterioro en su autonomía personal y social. Proporcionan con carácter temporal o indefinido: alojamiento, manutención, cuidado, apoyo personal y social, rehabilitación y apoyo a la integración comunitaria, a las personas antes citadas que no cuenten con apoyo familiar y social y/o que, debido a su grado de deterioro psicosocial, requieren los servicios de este tipo de centro residencial.”

### La intervención socio-educativa con personas con emgd en los recursos residenciales.

El trabajo con personas con EMGD se concreta en tres diferentes dimensiones como son:

- La primera es la dimensión del diagnóstico que abarca a los trastornos psiquiátricos graves, fundamentalmente psicosis funcionales los cuales pueden generar importantes discapacidades psicosociales.
- La segunda dimensión abarca la limitación de ciertas facultades para la autonomía en la vida personal y social.
- La tercera dimensión será la dimensión crónica en la que se observa que existe una evolución larga que requiere asumir un planteamiento más alargado en el tiempo, incluso de por vida. (González y Rodríguez, 2002).

Es en la segunda dimensión de la vida personal y social donde se pueden concretar las carencias que se observan en las personas con EMGD, que se tratan de trabajar en los recursos residenciales y donde el papel de la Educación Social puede incidir de manera más necesaria.

Son:

“-Auto cuidado: falta de higiene personal, deficiente manejo de su entorno, hábitos de vida no saludables, etc.

-Autonomía: deficiente manejo del dinero, (...), nula utilización del ocio y tiempo libre, dependencia económica y mal desempeño laboral.

-Autocontrol: incapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal

-Relaciones interpersonales: falta de red social, inadecuado manejo de situaciones sociales, déficits en habilidades sociales. En este punto hemos de considerar que gran parte de los problemas del comportamiento se explican por la ausencia de vínculos comunitarios, falta de calidad en las relaciones de colaboración y ayuda mutua de las personas, o por efecto de proceso de desintegración de la vida comunitaria.

-Ocio y tiempo libre: aislamiento, incapacidad de manejo del ocio, incapacidad de disfrutar, falta de motivación e interés.

-Funcionamiento cognitivo: dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información”. (Blanco, 1997:34).

La intervención con personas con enfermedad mental desde una perspectiva biopsicosocial, justifica la necesidad de equipos profesionales multidisciplinares donde el profesional de la Educación Social debe configurarse como una figura clave adaptando una perspectiva reformista, comunitaria, rehabilitadora e integradora. Su finalidad será la de potenciar la rehabilitación y la autonomía de las personas con EMGD.

Según Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias, la Educación Social se define como una intervención socioeducativa en la que el profesional trabaja con personas y en sus contextos, con el fin de que logren el mayor desarrollo personal y social. Tiene como finalidad el lograr la madurez social, promover las relaciones humanas así como el preparar al individuo para vivir en sociedad. No olvidemos que el profesional de la Educación Social es un agente de cambio social a través de la acción educativa.

La presencia de educadores o educadoras sociales es significativamente reciente en el campo de la salud mental ya que antes primaba el modelo asistencial médico. En este tiempo, las intervenciones más representativas de la Educación Social han ido centradas en:

- Diseño, aplicación y evaluación de programas de habilidades sociales, de crecimiento personal, educación para el ocio y el tiempo libre.
- Promoción de la vida asociativa, el tejido social, el desarrollo comunitario.
- Promoción de la adquisición de conocimientos, de actitudes y destrezas de acuerdo con las necesidades emergentes de la sociedad.

Por ello, cualquier Proyecto Educativo Individual que trabaje con EMGD debe considerar que las actuaciones del profesional de la Educación Social se dan en torno a las intervenciones individuales, a las grupales y a la relación educativa que se establece con la persona. Esa relación educativa tiene como objetivos:

- Facilitar la expresión de los problemas.
- Descubrir las dificultades internas.
- Conocer mejor la realidad exterior.
- Conseguir un nivel superior de autonomía y madurez personal
- Adaptar el mundo egocéntrico e individual de significados de la persona al mundo de significados comunitarios.

- Comprender y compartir el mundo y significados de la persona.

El trabajo de los educadores o educadoras sociales con EMGD va a venir guiado por el modelo de atención desde el plano de la rehabilitación psicosocial. Este modelo vino dado por el abordaje que llega a España en la década de los 80, como corriente alternativa a la atención en salud mental.

Los elementos fundamentales que marcarían la práctica de la rehabilitación psicosocial y a su vez de la acción socioeducativa son:

“-Tener un plan de intervención evaluable, tanto en los resultados como en lo que a la satisfacción del usuario se refiere.

-Cada intervención supone un proceso que respeta los ritmos de cada persona.

-Se busca conseguir que las personas adquieran una mayor autonomía y normalización de acuerdo a las posibilidades de cada uno.

-Evaluar e intervenir en la realidad personal y social.

-No sólo abordar los déficits sino también orientar y potenciar las capacidades de cada persona.

-Adaptar la intervención a cada persona.

- Contemplar las elecciones de la propia persona y su papel activo en su proceso de rehabilitación.

-Actitud positiva, por parte de los profesionales, del usuario y de su entorno, en las posibilidades y potencialidades de desarrollo. “(Rodríguez, 1997:34)

La rehabilitación psicosocial se plantea como reto el procurar a estas personas las habilidades sociales necesarias para mejorar sus interacciones sociales y con ello, obtener una mayor calidad de vida dentro de la comunidad. Para lograr dicho reto, surgen diversas estrategias de intervención en las que los profesionales de la Educación Social pueden ofrecer una intervención adecuada. Entre ellas se puede destacar, la aparición de programas psicosociales, entre los que no puede faltar un programa de entrenamiento en habilidades sociales así como el trabajo en espacios ya sea en la propia comunidad o bien en dispositivos residenciales integrados en la misma.

La rehabilitación psicosocial es propia del plano de la prevención terciaria ya que los fines van a ir enfocados a disminuir las secuelas de la enfermedad, trabajando e incidiendo en la recuperación de aptitudes y recursos del propio individuo.

Se considera, por tanto, que no se va a enseñar a realizar casi ninguna conducta nueva sino crear ciertos hábitos que hace tiempo no se han realizado.

## Aspectos a trabajar durante la noche

En el horario nocturno de las MR, la idea que subyace es la de trabajar con la persona en mejorar su propio auto cuidado promoviendo la responsabilidad y el fortalecimiento de su independencia. Para ello, el trabajo de los educadores o educadoras sociales permite realizar un seguimiento para fortalecer conductas positivas, orientar sobre las conductas de riesgo y sus consecuencias y tratar de fortalecer hábitos saludables y autónomos en actividades y habilidades de la vida cotidiana.

Se da la circunstancia de que durante el horario nocturno, se prioriza el descanso de las personas. Ante ello, los profesionales de la Educación Social deben trabajar desde una escasa programación en algunas actividades (salvaguardando actividades de ocio al inicio de la noche en comparación con el horario diurno) y teniendo en cuenta una serie de particularidades que durante la noche se hacen presentes en este tipo de población (situaciones de crisis, problemas de descanso, falta de hábitos saludables y falta de habilidades sociales como consecuencia de lo anterior...).

El objetivo de los educadores o educadoras sociales es promover una serie de hábitos, rutinas y habilidades para mejorar tanto el descanso como para reforzar y apoyar a todo lo que se trabaja durante el día dando una continuidad a la intervención y a los proyectos educativos tanto individuales como a las programaciones de cada dispositivo.

Se ha de considerar que, si existe un buen entrenamiento y adhesión de hábitos y habilidades sociales durante la noche, los resultados pueden ser positivos durante el día con mejores posibilidades de adhesión al tratamiento farmacológico, mayor descanso para realización de actividades programadas durante el día, mejora del aprendizaje (procesamiento, categorización y almacenamiento de la información en la memoria a largo plazo) o mejor capacidad para tener seguridad en relaciones saludables por parte de las personas con EMGD.

La acción socioeducativa en la noche ha de ofrecer una respuesta en dos plazos diferenciados:

1. A corto plazo: mantener la estabilidad de la persona.
2. A largo plazo: capacitar a la persona para continuar su proceso de socialización y conseguir una mejor integración en la sociedad.

El profesional de la Educación Social desde el marco de lo cotidiano, va a ocupar un lugar de especial trascendencia, ya que trabajará en primera línea con la persona, por lo que ha de establecer una relación adecuada para procurar el enganche.

Antes de intervenir se hace necesario establecer un vínculo, que permite al profesional conocer y comprender a la persona y a su entorno de referencia, respetando al máximo sus valores y creencias y recogiendo sus deseos y demandas.

La herramienta fundamental de los educadores o educadoras sociales durante la noche se basa en el acompañamiento lo cual les permitirán realizar diferentes acciones con la finalidad de:

- Que la persona haga un uso habitual de los recursos, fomentando que participe de lo cotidiano del entorno para que tenga experiencias positivas desde un vínculo y una relación segura.
- Que la persona asuma responsabilidades, para que adquiera un rol activo frente al rol pasivo, a través de una relación segura, donde se transmitan normas y límites que le permitan estructurar la desorganización interna.
- Que se posibilite el ayudar a la persona a transformar de forma personal la realidad, aumentando la participación social, a través de la creación de rutinas y una estructura de vida diaria que acerque a la persona a lo social.

Se exponen a continuación diferentes situaciones que, durante la noche los profesionales de la Educación Social pueden incidir para trabajar o que se presentan con mayor asiduidad. Además se realizan una serie de recomendaciones para poder abordarlas desde la perspectiva de la rehabilitación psicosocial: lo relacionado con el descanso, con los hábitos saludables, el manejo de situaciones de crisis, problemas en referencia al tratamiento y adhesión farmacológica, la participación en la rutina nocturna y las carencias en determinadas habilidades sociales.

### El descanso

Las alteraciones del sueño son apreciadas con frecuencia en la mayoría de las personas con EMGD y, a su vez, los trastornos psiquiátricos tienden a ser comunes en pacientes con alteraciones del sueño.

Junto con el insomnio, también existen personas que padecen de hipersomnia (exceso de sueño), en forma de episodios de sueño nocturno prolongado o de un aumento del sueño diurno.



Está ampliamente demostrado que la alteración en la duración, continuidad y profundidad del sueño constituye un factor de riesgo para la agudización de trastornos mentales. Estas alteraciones en el sueño se observan en la mayoría de las personas con trastornos mentales.

Imagen 2. Fuente: pexels bajo licencia creative commons



390

Para ver la importancia del sueño, se observa que la alteración de los patrones del sueño en algunos casos puede predecir una recaída o la aparición de una nueva crisis, incluso antes de la presencia de la sintomatología propia de la enfermedad.

Durante la noche hay que priorizar el descanso de la persona como fórmula para se normalicen los ritmos biológicos. Para ello, se tiene que trabajar con progresividad y constancia la adecuación de la persona al hábito del sueño en la medida que no conlleve estrés.

En relación al sueño, los profesionales de la Educación Social pueden concretar las acciones en:

- Identificar circunstancias que alteran el sueño
- Ejecutar rutinas de periodos de sueño–vigilia promoviendo mediante acuerdos y compromisos dichas rutinas.
- Realizar una evaluación sobre la profundidad, continuidad y duración mediante un seguimiento diario.

- Verificar la existencia de alteraciones en el sueño, sonambulismo, insomnio...

En referencia a la persona se ha de motivar a que trabaje y observar:

- Direccionamiento de rutinas sueño – vigilia.
- Verificar junto con ella los efectos terapéuticos de los medicamentos contrastando con el educador o educadora social cualquier efecto diferente o un cambio en sus patrones de sueño.
- Favorecer un ambiente adecuado para el descanso.

### Hábitos saludables

Comparativamente con la población general, la salud física de las personas con EMGD es peor y su esperanza de vida, menor. Presentan mayores tasas de infecciones (VHB, VHC, VIH), de enfermedades endocrino- metabólicas, de enfermedades cardíacas y respiratorias (hipertensión arterial, obesidad, tabaquismo, enfermedades pulmonares, migraña lo cual lleva a la sobre morbilidad y un mayor riesgo de muerte tanto global como por causas naturales: enfermedades respiratorias, cardiovasculares y oncológicas fundamentalmente (sobre mortalidad).

Además, la medicación antipsicótica y, posiblemente, otros tipos de psicofármacos, como los antidepresivos, pueden inducir un aumento de peso y un riesgo mayor de efectos metabólicos adversos que incrementan la incidencia de enfermedades cardiovasculares.

Es necesario incidir en la necesidad de sensibilizar en los equipos multidisciplinares en estos aspectos e incluir los cuidados físicos en los programas psicoeducativos, además de protocolizar estos cuidados

Durante la noche se detecta un alto consumo de tabaco y bebidas azucaradas que, en ocasiones, con algunas personas puede presentar un problema importante de salud. Aunque se trabaje por la autonomía de la persona y se induzca a que la misma comience a ejercer su responsabilidad en el auto cuidado, los educadores o educadoras sociales, como organizadores de la estructura del centro, han de marcar ciertas pautas para condicionar que la salud de la persona dentro del centro forme parte de su rehabilitación.

El contrastar con la persona los malos hábitos y el plantear restringir prácticas abusivas de consumo descontrolado puede ser percibido por la persona como una forma de prohibición

(ej.: usuarios que consumen gran cantidad de bebidas estimulantes para luego solicitar medicación para el insomnio) por lo que su abordaje y sensibilización es una tarea continua.

Hay que concienciar a la persona que no hay incompatibilidad de un consumo moderado de estas sustancias con su salud. Sin embargo, como es una realidad que se da y, en ocasiones se tiende al abuso, se pueden plantear diferentes opciones como el consensuar horarios programados para poder fumar dentro de la MR u horarios controlados de consumo de bebidas azucaradas o bollería industrial. Este punto suele crear bastante frustración entre los educadores o educadoras sociales pues el trabajo en hábitos saludables con personas con EMGD suele considerarse una “batalla diaria”. El conocer la respuesta que se da en otros dispositivos similares puede crearnos alternativas de actuación pero siempre ha de primar el mejorar y el mantener los hábitos saludables.

Otra alternativa es fomentar el consumo de bebidas no gaseosas o estimulantes como infusiones sustituyendo el azúcar por la estevia, la creación de huchas individuales para contrastar el alto gasto de tabaco o el reducir el número de cigarrillos consumidos de manera progresiva mediante acuerdos de compromiso con la persona.

### Situaciones de riesgo

Para comprender mejor las situaciones de crisis se ve necesario aludir al modelo de vulnerabilidad (modelo de diátesis-estrés) que afirma que el desarrollo de las personas evoluciona en fases, presentando momentos de crisis psicopatológicas y otros momentos residuales. Este modelo afirma que los períodos de crisis vienen precedidos por una fase prodrómica en el que se combinan múltiples factores causales: procesos ambientales de corte biológico (por ej., una infección o el consumo de alcohol y drogas) o de corte psicológico (por ej., situaciones vitales estresantes, exámenes, cambios de residencia o de trabajo, pobreza, conflictos familiares etc.) pero también unos factores protectores de la persona (por ej., la inteligencia, las habilidades sociales o las capacidades para resolver problemas o el apoyo familiar o social) que pueden atenuar el riesgo de las situaciones de crisis.

Las situaciones de crisis se pueden manifestar bajo diferentes formas como son:

- Cambios en el comportamiento como agresión, impulsividad, hiperactividad, y actos vulgares e indecentes.



- Cambios en el estado emocional con sentimientos de confusión, cansancio, agotamiento, culpa, desamparo, enajenación, ira, irritabilidad, miedo, tristeza, depresión, pesadillas, angustia, ansiedad pánico, tensión mental, indecisión, falta de confianza y sentimientos de inadecuación.
- Vulnerabilidad al llanto con explosiones de lágrimas.
- Dificultad para pensar, falta de concentración, pensamiento de “túnel”, dificultad para tomar decisiones e ideas o acciones autodestructivas.
- Síntomas físicos dados en enfermedades, dolores psicósomáticos, la falta de sueño, insomnio u otros problemas del dormir, dolores de cabeza, indigestión, falta de apetito, etc.
- Desorganización del funcionamiento en sus relaciones laborales, familiares y sociales.

Imagen 3. Fuente: pexels bajo licencia creative commons



A la hora de manejar las situaciones de crisis que se pueden dar durante la noche, se ha de ser conscientes en que, a veces, las intervenciones en el momento no son lo suficientemente eficaces para evitar las recaídas. También se ha de considerar que el equipo humano es bastante menos numeroso que durante el día por lo que ante cualquier situación de crisis, se debe haber un buen protocolo de actuación para evitar un agravamiento de la situación y esto pasa por tener un acceso directo a los recursos sanitarios–sociales de emergencias.

Se parte de que la mejor intervención es la prevención mediante la detección precoz. La intervención temprana ante los signos de descompensación evitará un número significativo de situaciones de riesgo.

Obviamente cada tipo de crisis necesita una respuesta diferencial e individualizada por parte del equipo de profesionales, por lo que se irá analizando cada una de ellas y proponiendo pautas de acción.

Es necesario conocer los pródromos (manifestaciones clínicas que sobresalen del estado habitual de la persona y que preceden a una posible situación con síntomas psicóticos) para poder prever una recaída, y conocer el tiempo que puede durar la fase. Es importante que, para detectar síntomas prodómicos, se deba considerar el estar atentos al lenguaje verbal y no verbal.

Se ve recomendable el ofrecer espacios personalizados para que la persona se sienta apoyada y supervisar de manera más frecuente a lo habitual con una reducción de la carga en actividades diarias y el facilitar que pueda tener espacios y momentos para poder expresar sentimientos y emociones, escuchando y comprendiendo a la persona afectada.

Si con lo anterior, la situación deriva en crisis hay que contar con la actuación de los servicios de emergencia hospitalaria para realizar la derivación a la Unidad de Hospitalización Breve con idea de contener la crisis y que la persona pueda ser atendida en las mejores condiciones.

Una vez se realiza la comunicación a emergencias es necesario tener a mano documentación sobre datos de la personas así como pauta farmacológica comunicando las características como los antecedentes en relación a datos que puedan ampliar la información (estado anímico, posibles sucesos predisponentes de la crisis, posibles consumos de tóxicos, problemas de convivencia, dificultad para gestionar el estrés, etc...). Cuando se requiere la hospitalización de la persona es especialmente importante la continuidad de los apoyos (contactos



telefónicos, visitas,...) y el tratar de seguir con las recomendaciones pautadas desde la unidad de hospitalización.

La actuación de los profesionales de la Educación Social durante la noche en situaciones de crisis es proporcionar una intervención de primera instancia, inmediata y de corta duración.

En lo referente a las autoagresiones, cuando priman las ideas depresivas y/o suicidas, sí se ha de tener en cuenta el trabajo de desmitificar una serie de creencias como son:

- “*El que se quiere matar no lo dice*”: Este mito conduce a no prestar atención a las personas que manifiestan sus ideas suicidas o que amenazan con suicidarse.
- “*El que lo dice no lo hace*”: Puede conducir a minimizar las amenazas suicidas, que se pueden traducir en amenazas, chantajes...
- “*Hablar con una persona que está en riesgo le puede inducir a realizarlo*”: Este mito puede infundir temor a la hora de abordar el tema del suicidio en quienes están en riesgo de consumarlo. Hemos de considerar que hablar del suicidio reduce el riesgo de realizarlo y puede ser la única posibilidad que se ofrezca a la persona para el análisis de sus procesos autodestructivos.
- “*El suicida desea morir*”: Esta idea pretende justificar la muerte de quienes lo intentan o lo consuman. El suicida se encuentra en una posición ambivalente, bien con el deseo de morir si su vida continúa de la misma manera, bien con el deseo de vivir si se produjeran pequeños cambios en ella.
- “*El que intenta el suicidio es una persona cobarde /valiente*”: Con esta idea se equipara el suicidio con una característica o cualidad de la personalidad, lo que entorpece su prevención al hacerlo sinónimo de un atributo imitable como es el valor o la cobardía. Las personas que intentan suicidarse no son cobardes, sólo son personas que sufren. Además, los atributos personales como la cobardía o la valentía no se cuantifican o miden en función de las veces que alguien se intenta quitar la vida o la respeta.
- “*Si se reta a un suicida, este no lo intenta*”: Esta idea pretende probar fuerzas con el sujeto en crisis, desconociéndose el peligro de su vulnerabilidad. Retar al suicida es un acto irresponsable pues se está ante una persona cuyos mecanismos de adaptación han fracasado y predominan precisamente los deseos de autodestruirse.

Con ello, se ha de tener en cuenta que hay que estar cerca durante este tiempo con la persona y apoyarla emocionalmente, sin dejarle sola y valorando que si el riesgo es grave se debe proceder a la derivación hospitalaria.

## La participación y el entrenamiento de Habilidades Sociales (HHSS) de la persona en la vida nocturna de la residencia.

En materia de participación durante la noche, el papel del profesional de la Educación Social irá dirigido hacia el trabajo para saber gestionar los momentos de esparcimiento.

Tiene que tener como objetivo el crear momentos de socialización, con el fin de tratar de ofrecer espacios de estabilización de las emociones a través de experiencias conjuntas.

Se puede estructurar parte del inicio del horario nocturno (de 22 a 23 horas aproximadamente) para incluir actividades o talleres como son la risoterapia, musicoterapia, relajación, cine y coloquio posterior, sesiones de toma de infusiones relajantes con coloquio....

También se puede programar actividades en grupo y promover que las personas también las propongan y las diseñen. Además se puede incluir en el ocio una variable no programada por los profesionales en el que se lleven a cabo propuestas de las personas que no han de ser dirigidas ni supervisadas como puede ser salida a centros de ocio, a la calle, a dar paseos, a cenar, organizándolas entre ellas.

Se trata de generar alternativas a las personas que tienen dificultad para descansar de manera permanente y en las que se observa un aumento considerable de hábitos negativos relacionados con el aumento del consumo de bebidas azucaradas o de tabaco o de comidas abundantes y poco saludables.

Imagen 4. Fuente: pexels bajo licencia creative commons



Otras propuestas para mejorar la participación pueden ir encaminadas a la realización de asambleas en turno nocturno que pueden programarse de manera mensual o bimensual con las que se trata de contribuir a que las personas valoren qué medidas, mejoras o quejas pueden proponer respecto a esa franja horaria lo cual implica tratar sobre temas comunes y necesarios a la hora de abordar una convivencia sana.

Se pueden abordar diferentes temas que inciden en su cotidianeidad como pueden ser el hablar de horarios de funcionamiento de la TV, el de aplicar horarios para que se den “momentos libres de humo” para reducir el consumo de tabaco, las reglas de convivencia para fomentar el respeto entre personas de la misma habitación, las responsabilidades compartidas como puede ser la recogida-limpieza de espacios comunes, del cuidado del material, etc....

Considerar también que, en materia de promover la participación, si existe mucha directividad puede producir el efecto que disminuya esta o que se opongan las personas a la misma.

En materia de habilidades sociales, durante la noche se debe realizar un trabajo amplio de observación y entrenamiento en rutinas y hábitos (mediante refuerzos) con el objetivo de favorecer la autonomía, entendida como capacidad de autogobierno y determinación de uno mismo.

El trabajo del profesional de la Educación Social durante la noche puede ir relacionado con los siguientes aspectos:

En relación a la **apariencia general** se puede concretar las acciones en la:

- Observación de alteraciones en el cuidado personal de la persona.
- Verificación de actividades básicas de la persona (cuidado personal).
- Establecimiento de rutinas de auto cuidado.

En relación a la **Actitud / afecto** se ha de tener como referencia el conocer y valorar:

- Postura: observar posibles alteraciones en alineación postural, teniendo en cuenta que el lenguaje no verbal es un indicador de estado de ánimo de la persona. Estas observaciones se deben relacionar con relatos de la persona para contrastarlas con ella.
- Relación con otros: dar cuenta sobre dinámicas grupales (apoyo y soporte emocional, jerarquía grupal, rol dentro del grupo, interés y voluntad de cambio) y la participación en actividades grupales.

Otro aspecto a valorar es el relacionado con en el **comportamiento y actividad psicomotora** en que se puede trabajar aspectos como: el vigilar la presencia de agitación psicomotora (auto y hetero agresión), el verificar alteraciones en la alimentación o los signos de ansiedad, la educación en el manejo de crisis , el refuerzo positivo por comportamientos correctos y por el esfuerzo para el autocontrol, el establecer límites en conductas disruptivas, el reforzar la educación sobre contención verbal y física, la identificación de signos y síntomas de abstinencia y el controlar conductas que puedan poner en riesgo la integridad de la persona y/o terceros, ya sea brindando contención verbal, física o farmacológica.

Cuando se aborda lo relacionado con el **pensamiento y la atención** se observa y trabaja: el indagar relatos y/o conductas extrañas por parte de la persona, el indagar coherencia en contenidos de pensamiento de la persona (lógica) o las relaciones de confianza entre el ambiente social donde se desenvuelve (grupo, amistades, familia...). En todo lo anterior, debe el profesional promover un ambiente de seguridad, el ayudar a la persona a identificar situaciones que precipiten la ansiedad o el señalar pensamientos disfuncionales para orientar a la persona en alternativas adecuadas en la solución de problemas.

En el campo de la **percepción** se pueden concretar las acciones del profesional en indagar presencia de alteraciones en la percepción, en utilizar el contacto de manera terapéutica para fomentar la capacidad de decisión del persona .Esto permitirá acompañar durante la toma de decisiones con lo que se evitará el discutir sobre la validez de las alucinaciones, proporcionando un ambiente seguro y de confianza.

### **El tratamiento y la adhesión farmacológica**

El trabajo de los educadores o educadoras sociales se basa en la premisa de que la persona es la que tiene que asumir su propia responsabilidad en la toma de la medicación (el profesional no es el interesado en que tome la medicación, debe ser la propia persona la interesada).

El método que se puede utilizar por parte de los profesionales de la Educación Social es la psicoeducación, tratando de enseñar estrategias de aprendizaje para tratar la enfermedad mental. No sólo se informa de la enfermedad que padecen sino que proporciona a la persona una comprensión teórica y práctica acerca de su enfermedad y los procesos implicados. Es necesario que los profesionales conozcan los procesos de la enfermedad mental con objeto de



ayudar a las personas a reconocer los síntomas precoces de una recaída, el manejo de síntomas y un mantenimiento regular del funcionamiento diario.

En el trabajo con EMGD, se ha de considerar que la terapia de fármacos es imprescindible para tratar la sintomatología psicopatológica, pero se valora como fundamental un trabajo adicional para trabajar los déficits que en las relaciones sociales no cubre del todo el tratamiento farmacológico.

Uno de los elementos que más choques producen con las personas con EMGD es la necesidad de mejorar y trabajar su adhesión al tratamiento. No obstante, cuando ingresan en el recurso, se establece un contrato de compromiso de cara a mantener la pauta farmacológica, en numerosas ocasiones los tratamientos se abandonan, se siguen de manera irregular o no hay información sobre los mismos aumentando las ideas equivocadas sobre los efectos-tolerancia-grado de efectividad.

Es necesario hablar abiertamente sobre ello para aumentar su grado de conocimiento con la idea de mejorar la adhesión y aumentar su capacidad para prevenir las recaídas.

Por parte de los educadores o educadores sociales se tiene que ejercer la necesaria supervisión para evitar los olvidos de las dosis pautadas y que la persona no olvide su responsabilidad en la preparación de su pastillero semanal para tenerlo disponible.

Otro factor a tener en cuenta es considerar la duración de los tratamientos así como su renovación o finalización, su caducidad o sus efectos secundarios. Cualquier incidencia en lo anterior debe ser comunicada al resto del equipo para evitar repeticiones, falsas tomas o intoxicaciones. La toma de la medicación ha de ser supervisada por el profesional, el cual ha de conocer qué medidas tomar ante una sobre ingesta o equivocación de toma o toma errónea (una alternativa a realizar por parte del profesional puede ser la consulta al 112 (teléfono para urgencias y emergencias sanitarias) para descartar incompatibilidades o efectos secundarios no deseados) y registrarlos en libro de incidencias.

También se puede producir por parte de la persona la negativa a tomar la medicación prescrita. Tenemos que considerar que en la adherencia farmacológica y en la resistencia farmacológica influyen muchos otros factores además de la efectividad del fármaco en sí mismo. Por ello es necesario comprender las características concretas de la persona, el considerar factores externos (la negación de la enfermedad; la mala relación con el equipo de salud, sentirse mal por tener que tomar un medicamento psiquiátrico, pobre red de apoyo,

suministro a tiempo de los medicamentos, estigma, entre otros) y observar elementos como el hábito del consumo del medicamento; los efectos terapéuticos y adversos; la devolución por parte del profesional sanitario sobre los efectos del medicamento y los ajustes requeridos por el mismo.

Durante la noche es preferible temporizar el momento de la toma para crear hábito en lugar y momento (salvaguardando casos concretos que tengan por prescripción médica ciertos tiempos lejos de lo establecido con el grupo) y comprobar que cada persona la toma, respetando un orden en la toma y verificando que se hace. El fijar un horario concreto para ello contribuye a estructurar un hábito que ha de ser inculcado por su necesidad permanente.

En los casos de personas que son reticentes a la toma escondiendo la medicación o tirándola o negándose a tomarla, ha de ser contrastado con ella e informar al equipo de trabajo para tomar medidas sobre ello. Se ha de considerar los efectos de lo anterior como pueden ser la aparición de la descompensación psicótica, siendo entonces necesario tomar por parte de los educadores o educadoras sociales un estilo más directivo, actuando de manera preventiva y considerando con la persona no sólo el trabajo de concienciación sino el del respeto por ella misma y por los compromisos adquiridos.

## Conclusiones

El trabajo del profesional de la Educación Social con personas con EMGD en los recursos residenciales de las MR supone un reto para el aspecto rehabilitador que se quiere conseguir. En la sociedad donde nos desenvolvemos se ve impensable crear nichos donde se aparte a las personas que presentan unas aparentes “limitaciones”. La comunidad debe ser partícipe de la misma rehabilitación y estos dispositivos residenciales deben ser considerados como una oportunidad para dicho fin. Los profesionales de la Educación Social deben mantener para ello una triple función basada en la atención con calidad (según los parámetros citados y evitando posturas de sobreprotección, infantilización, inflexibilidad...); en el acompañamiento y en ser prácticos a la hora de manejar las necesidades y los conflictos que se presentan en el día a día.

Hay que recordar que se trabaja con población adulta que, aunque tengan mermadas ciertas capacidades, en ocasiones optan por posturas de acomodación y dependencia fruto de

posturas de sobreprotección o de falta de independencia. Su papel social no es el de enfermo sino el de persona con enfermedad.

Lo anterior sumado al factor de la edad y, sobre todo a los hábitos negativos adquiridos por la experiencia vivida (sobreprotección, acomodación, dependencia...) requieren de una adaptación profunda que incluye el factor tiempo como eje de trabajo (no existirán cambios inmediatos sino medidas que creen las condiciones para que se den los mismos).

Durante la exposición se ha hecho referencia al perfil de cronicidad de las personas con EMGD. Esta definición puede ser hasta cierto punto limitada y confusa pues el término de cronicidad o de “grave y duradera” puede situar a persona en un status percibido desde el exterior como inamovible o sin esperanza. Los efectos residuales de la enfermedad mental, los efectos de la institucionalización que determinadas personas han vivido desde edades tempranas por diversas situaciones sociales, la propia socialización de la persona, la falta de rehabilitación, la reducción de oportunidades, los efectos de la medicación, las expectativas generadas en la persona o el autoestigma derivado de todo lo anterior son algunos de los factores que pudieran llevar a reflexionar de que se trata de un término que merece más que una simple catalogación.

Los educadores o educadoras sociales que trabajan durante la noche se encuadran en un horario de trabajo en el que a diferencia de los horarios “normales” constituye un riesgo añadido en la salud. Se realiza un doble trabajo, primero por el nivel de atención fuera de un horario biológico adecuado y segundo por la sobrecarga del “cuidador” entendida por la tensión existente en los aspectos emocionales, físicos, sociales y económicos de la vida de las personas.

Durante la noche, el papel del profesional de la Educación Social es el de ejercer una labor clave a la hora de realizar el acompañamiento y la mediación entre la persona y el resto del grupo sujeto a intervención. De ahí que en el trabajo desarrollado durante la noche tenga bastante la consideración de educación no formal ya que se desarrollan bastantes escenarios de intervención desde el contacto directo y fuera de actividades establecidas y programadas. Se incide en la cotidianidad de un período como es la noche y se aborda de forma intencional y sistemática con una planificación que se centra en los aspectos relatados para conseguir una rehabilitación clínica adecuada y continua.

Por este motivo, la Educación Social en relación con la enfermedad mental tiene que buscar las herramientas adecuadas para que ésta resulte terapéutica y rehabilitadora. Algunas de ellas son la importancia de mejorar la relación educativa, el fortalecer el vínculo con la persona, el acompañamiento y la comprensión de la enfermedad mental.

El trabajo realizado por los profesionales de noche puede ser referente y extrapolarse para otros dispositivos residenciales o para otros turnos pero también para reflexionar sobre formas de intervención a adoptar en el trabajo con personas con enfermedad mental. Durante el horario nocturno, tan escasamente relatado en la bibliografía bien por ser un gran desconocido para gran parte de la población bien por no ser considerado como tiempo de trabajo por estar asociado al período de descanso, supone un añadido para que reflexionemos sobre las posibilidades de intervención que se pueden abrir si lo consideramos con atención. El trabajo nocturno permite un equilibrio en las actividades y proyectos de intervención que se desarrollan durante el resto del día ya que si no existe un buen patrón de funcionamiento durante la noche, es posible que no puedan llevarse a cabo de manera efectiva el resto del tiempo.

Pensemos que abordamos a un colectivo cuyas necesidades y problemas intrínsecos son múltiples e incluyen aspectos psicosociales que pueden ser trabajados desde el campo educativo por parte del profesional de la Educación Social. Para ello se requiere que se planifiquen y evalúen programas relacionados con habilidades sociales, atención comunitaria y relación educativa (apoyos, acompañamientos y seguimiento). Otro aspecto a trabajar es el fomento de la accesibilidad normalizada a los recursos generales, del protagonismo y la participación tanto de ellos como de sus familiares, asociaciones y entidades. Lo anterior tiene como objeto la normalización para potenciar el desarrollo de unas pautas de vida tan normales como resulte posible, y que respeten la diferencia pero que se ajusten a las necesidades, aspiraciones y deseos de cada persona. Es necesario que el papel educativo tenga la finalidad de acompañar a las personas, compensar sus déficits de autonomía, ofreciéndoles los soportes necesarios, y promoviendo e impulsando su inclusión social y proyectos de vida con la mayor autonomía posible.

Los beneficios de lo anterior son múltiples ya que la acción socioeducativa por parte del educador o educadora social con EMGD permite el recuperar el deseo de la persona de ser protagonista de su vida al incidir en sus posibilidades, habilidades e intereses. El vínculo



trabajado y reforzado desde la Educación Social permite que al movilizar lo emocional, el sujeto pase de una posición pasiva a otra activa pues observa que el profesional se centra y valida tanto sus demandas como sus deseos. Con ello se aumentan los niveles de socialización, estabilización de las emociones a través de las experiencias conjuntas donde se cultiva la comunicación y el diálogo. Estas oportunidades de elección, enseñan a la persona a pensar y tener iniciativa mostrándose con mayor grado de participación social y con posibilidad de ser capaz de transformar de forma personal la realidad. Si maneja esa posibilidad a través de la consolidación de rutinas y una estructura de vida, existe mayor posibilidad de que la persona aumente su integración social.

## Bibliografía

- Arias, P., Aparicio, V., Bravo, M., Camps, C., Chicharro, Et al. (2003). *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo* Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría ed.
- Blanco, A., Pastor, A. (1997). Las personas con enfermedades mentales crónicas: delimitación problemática y necesidades. En Rodríguez, A. (Comp.): *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*, (pp.33-55). Madrid: Pirámide.
- Cañamares, J. M., Collantes, B., Florit, A., & Rodríguez, A. (2007). *Atención residencial comunitaria y apoyo al alojamiento de personas con enfermedad mental grave y crónica: Recursos residenciales y programas básicos de intervención*. Madrid: Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. [En línea](#)
- Carling PJ. (1993). *Housing and supports for persons with mental illness: emerging approaches to research and practice*. Hospital and Community Psychiatry. 44(5):439-49.
- Comunidad de Madrid. (2003). *Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007*. Madrid: Comunidad de Madrid, Dirección General de Servicios Sociales.
- Comunidad de Madrid. (2003). *Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008*. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad.
- Decreto 122/1997, de 2 de octubre, por el que se regula el régimen jurídico básico de servicio público de atención social, rehabilitación psicosocial y soporte comunitario (Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid de 9 de octubre de 1997).



- González, J. y Rodríguez A. (Coord.) (2002). *Rehabilitación Psicosocial y Apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: Programas Básicos de Intervención*. Madrid. Consejería de Servicios Sociales. Serie Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales, núm 17. [En línea](#).
- Guinea, R. (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-IMSERSO.
- Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 de Abril. Boletín Oficial del Estado, núm. 102 (29-4-1986)
- López, P. (1998). Las habilidades sociales del Educador Social: Un recurso clave en la relación de ayuda. *Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa*, 10, 41-56. [En línea](#).
- López M, Laviana M, García-Cubillana P. (2006). Los hospitales psiquiátricos en la(s) reforma(s). Notas para orientar una investigación necesaria. En: Pérez F. (coord.). *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*. Madrid: AEN. (pp. 237-273).
- Martínez MJ, Perona S, Cuevas C. (2003). Soporte residencial de enfermos mentales crónicos. *Intervención psicosocial*. 12 (1): 19-34.
- Merino Ortiz, C. (2013). *La mediación familiar en situaciones asimétricas: procesos de gestión de conflictos con episodios de violencia, drogodependencias, enfermedad mental y desequilibrio de poder*. Madrid. Ed.Reus.
- Navarro Góngora, J. (2004). *Enfermedad y familia: manual de intervención psicosocial*. Barcelona. Paidós Ibérica.
- Rodríguez-Miguel, J. (2010). Atención a personas con enfermedad mental en los centros residenciales: gestión de errores y oportunidades de mejora. *Rehabilitación psicosocial*, 7 (1 y 2) 45-52. [En línea](#).
- Rodríguez, A. (Coord.) (1997). *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Editorial Pirámide.

---

**Para contactar:**

**David Arévalo Blázquez.** Educador Social Servicios Sociales Ayuntamiento Móstoles (Madrid). Email de contacto: [darevalob@mostoles.es](mailto:darevalob@mostoles.es) Tel. 916489453.

**Susana García Rico** Trabajadora Social Centros de Atención Primaria (SERMAS) Comunidad de Madrid. Email de contacto: [sgrico@salud.madrid.org](mailto:sgrico@salud.madrid.org) Tel. 918141284.

