

IV FORO DE ONG

27 de mayo de 2008



gestión de casos: el trabajo con tutorías
como herramienta de coordinación



IV FORO DE ONG
27 de mayo de 2008

Centro Municipal Integrado de Pumarín "Gijón Sur"
c/ Ramón Areces, nº 7 - Gijón - aulas 6 y 7

Gestión de casos: el trabajo con tutorías como herramienta de coordinación

PROGRAMA

08.50	presentación del IV FORO
09.00	<i>Eduardo Gutiérrez Cienfuegos</i> Jefe de Servicio de la UCPD
09.00	gestión de casos, tutorías en Salud Mental
11.00	<i>Mónica Antuña Díaz y Laura García Molina</i> enfermeras PATMS - SESPA
11.00	gestión de cuidados en un caso de trastorno mental severo
11.30	<i>Mónica Antuña Díaz y Laura García Molina</i> enfermeras PATMS - SESPA
11,30	pausa-café
12.00	
12.00	grupos de trabajo
13.00	<i>Mónica Antuña Díaz y Laura García Molina</i> enfermeras PATMS - SESPA
13.00	discusión de las conclusiones de los grupos
14.00	<i>Mónica Antuña Díaz y Laura García Molina</i> enfermeras PATMS - SESPA
14.00	evaluación del IV FORO
14.15	
14.15	clausura del IV FORO <i>Amelia González López</i> Directora General de Salud Pública



organiza:



colabora:



GESTIÓN DE CASOS: EL TRABAJO CON TUTORÍAS COMO HERRAMIENTA DE COORDINACIÓN

Mónica Antuña Díaz y Laura García Molina

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Desde la desinstitucionalización al momento actual

1.2. Organización del Servicio de Salud Mental

2. DESCRIPCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE GESTIÓN DE CASOS

3. GESTIÓN DE CASOS POR TUTORÍAS

3.1. Tutoría

3.2. Principios básicos en la función del tutor

3.3. Objetivos en el desempeño de la función de tutor

3.4. Perfil del tutor

3.5. Actuación del tutor: generalidades

Planificación de la asistencia

3.6. Tipo de intervenciones

A. Fase inicial:

B. Intervenciones centradas en el entorno

C. Intervenciones centradas en el paciente

D. Intervenciones centradas simultáneamente en el paciente y en el entorno

E. Formación del tutor

3.7. Dificultades del trabajo con tutorías

a. Problemas relativos al tutor

b. Problemas relativos a los programas y servicios

c. Problemas relativos al paciente

4. CONCLUSIONES

5. BIBLIOGRAFÍA

6. EVALUACIÓN



1. INTRODUCCIÓN

1.1. Desde la desinstitucionalización al momento actual.

Durante la segunda mitad del siglo pasado han tenido lugar una serie de profundas transformaciones en la asistencia psiquiátrica en los países occidentales. Una confluencia de circunstancias que van desde la disponibilidad de fármacos eficaces para el alivio de los trastornos psiquiátricos más graves, hasta la fuerte influencia ejercida por los movimientos en pro de los derechos civiles de los pacientes, pasando por importantes factores de índole económica (el fuerte incremento de la población ingresada en hospitales psiquiátricos tras la Segunda Guerra Mundial, insostenible para las arcas públicas), condujeron a la expansión del proceso conocido como **desinstitucionalización** en los enfermos mentales.

El proceso se mostró eficaz en el logro de uno de sus objetivos centrales (la salida de los pacientes de los hospitales); pero no así en otros no menos importantes: los que se referían a la inserción de los pacientes, libres de estigmas, en la vida social de su comunidad de pertenencia.

Cuando, junto con la desinstitucionalización, no se aseguró la continuidad de cuidados, los pacientes quedaron muy a menudo desconectados de los servicios comunitarios y sin beneficiarse de sus posibles aportaciones. La falta de continuidad de los cuidados y la excesiva fragmentación de los servicios disponibles, pasaron a ser dos de los factores limitantes más evidentes del éxito de los nuevos modelos asistenciales.

A pesar de ello, desde el comienzo de este movimiento de la Psiquiatría Comunitaria se han desarrollado, y todavía se están desarrollando, diferentes tipos de programas de atención en la comunidad.

Existe una premisa clara y es que la apuesta por la atención comunitaria es una alternativa real al Hospital Psiquiátrico, también para los pacientes con trastornos más severos.

Podríamos decir que ha habido éxitos irregulares en estos programas, y aún hoy continua habiendo dudas sobre algunas cuestiones tales como: ¿qué tipo de dispositivos y programas son los más adecuados para atender a la población en la comunidad?, ¿qué tipo de profesionales y cuál es su papel?, ¿hasta dónde llega la asistencia sanitaria y a partir de dónde comienza lo social?, ¿cuál es el papel que debe asumir la familia?



Como respuesta a la situación aquí descrita, surgen diversas propuestas de organización de los servicios comunitarios que aseguren la accesibilidad y la continuidad de los cuidados, la coordinación de recursos y la información entre niveles, desde una perspectiva globalizadora. Entre todas, las que han demostrado más eficacia y han producido efectos más importantes son los “Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario” y la “Gestión de casos”.

1.2. Organización del Servicio de Salud Mental.

Situación previa:

El Plan de Acción Regional de Drogas de 1985 define la intervención de distintas agencias en el desarrollo de los programas de drogodependencias, asumiendo la Red de Salud Mental aspectos específicos de la atención sanitaria a través de los Centros de Salud Mental. La atención a éstos va adquiriendo mayores niveles de complejidad a medida que aumenta la demanda, se reordena la asistencia y van emergiendo las necesidades de los usuarios. La reorganización de los servicios y la creación de nuevos dispositivos de atención en la Red de Salud Mental se complementa con la oferta de intervenciones de otras instituciones como, por ejemplo, la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria y las Comunidades Terapéuticas para drogodependientes.

A partir de 1.990 la cifra de usuarios en la Red de Salud Mental crece desmesuradamente debido entre otras circunstancias al éxito de los programas con sustitutivos a opiáceos que se flexibiliza orientándose hacia la reducción del daño para frenar la expansión del VIH.

La flexibilidad de los tratamientos con sustitutivos aumentó considerablemente el número de usuarios, siendo las intervenciones orientadas a la reducción del daño las que van a consumir la mayor cantidad de tiempo y recursos en detrimento de aquellas otras orientadas a la abstinencia y a la plena rehabilitación.

Se produce además el fenómeno de que ante el compromiso asistencial de la red de Salud Mental otros servicios públicos asistenciales y no asistenciales dimiten de sus obligaciones y delegan en los servicios de Salud Mental (Atención Primaria, Salud



Pública, Servicios Sociales, Corporaciones Locales, redes de promoción y formación para el empleo, incluso la sociedad civil y su movimiento asociativo).

Todo ello da lugar a una medicalización palpable frente a lo que debiera ser la atención integral de un paciente con graves necesidades sanitarias y sociolaborales que debido a la creciente presión asistencial en la Red de Salud Mental se va reduciendo aun más hacia la prescripción y la dispensación de metadona.

Por todo ello y puesto que en relación con las drogodependencias las tareas y los objetivos están definidos en Salud Mental, uno de los aspectos a abordar debe de ser la necesidad de diferenciar niveles de intervención según los objetivos perseguidos con la administración de metadona u otros sustitutivos opiáceos. No parece lógico, en principio, que sea el instrumento farmacológico utilizado el que determine las características de los modelos organizativos por encima de los objetivos preventivos y terapéuticos que se persiguen.

Con relación a la atención específica de los problemas relacionados con el abuso y la dependencia del alcohol se observa que su atención ha venido desarrollándose de manera inespecífica desde los CSM. Se añade que en el momento actual está creciendo el consumo en la población joven con nuevos patrones de consumo ligados al ocio, no solamente de alcohol sino también de drogas de diseño, no estando aún adaptados para este perfil de usuario.

Situación deseable:

Es importante señalar inicialmente el marco conceptual en el que se desarrollará la atención a la Salud Mental en Asturias según el Plan estratégico para el desarrollo de los Servicios de Salud Mental de 2002-2003. En este marco primarán los siguientes conceptos:

- Atención no institucionalizada.
- Cobertura universal y equidad.
- Integración en el Sistema Nacional de Salud.
- Coordinación con otros recursos y agencias comunitarias.
- Ordenación territorial, descentralización y accesibilidad.
- Articulación de los niveles asistenciales.



- Atención comunitaria, con el Centro de Salud Mental como eje de la organización.
- Equipos multidisciplinares.
- Atención integral (de carácter biopsicosocial).
- Docencia e investigación.
- Participación de los profesionales.
- Participación comunitaria.
- Evaluación.

Según el Programa Estratégico de Adicciones de 1998, la atención desde los Servicios Asistenciales debe hacerse desde el punto de vista básico de la normalidad, la globalidad, la integración y la calidad. Las premisas fundamentales serán:

1. Normalización: la reafirmación del derecho a la normalidad para ser atendido. La atención a la persona con drogodependencia debe llevarse a efecto en cualquiera de los niveles asistenciales normalizados en función de las necesidades y de los objetivos.
2. Globalidad: respuesta desde una óptica multidisciplinar que implique la vertiente médica, psicológica y social.
3. Integración: la respuesta asistencial a las personas con problemática adictiva debe llevarse a efecto desde los dispositivos de Salud Mental, siendo su eje el Centro de Salud Mental.
4. Calidad: la atención debe realizarse con criterios de calidad y coste-efectividad.

Las intervenciones han de planificarse y diseñarse en función de objetivos y por procesos terapéuticos y no por estructuras, como hasta el momento.

Todas estas intervenciones, para ser de calidad, y teniendo en cuenta el elevado número de personas atendidas y el alto índice de duración de la atención, ya que se trata de personas con patología crónica y múltiples problemas, es preciso que se realicen con una dotación suficiente y equilibrada de profesionales e infraestructuras.

Los objetivos serían:

- Objetivo general: normalizar y mejorar la asistencia a las personas con trastornos adictivos.
- Objetivos específicos:
 1. Conseguir una atención integral y global.
 2. Lograr una atención integrada en la red normalizada.
 3. Mejorar la calidad de la asistencia.



Las estrategias a seguir son:

1. Definir la cartera de servicios respecto a las adicciones desde los Servicios de Salud Mental.
2. Dotar equipos funcionales dentro de los CSM para atención a las adicciones.
3. Integrar la atención a los adictos básicamente desde los CSM, desapareciendo las UTT.
4. Desarrollar la gestión por casos.
5. Adecuar o en su caso implementar las estructuras intermedias existentes (hospital de día, centro de día, etc.) para los pacientes drogodependientes.
6. Ampliar las intervenciones desde las UDH.
7. Mejorar la coordinación con otros niveles: servicios médicos, Servicios Sociales, asociaciones específicas, etc.
8. Evaluar las intervenciones.

2. DESCRIPCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE GESTIÓN DE CASOS

Desde que comienza el movimiento de la Psiquiatría Comunitaria (en Estados Unidos en los años 60 y en España en los 80) se han desarrollado diferentes tipos de atención en la comunidad.

El objetivo es solventar gran parte de los déficit que sobre la atención a los trastornos mentales y las adicciones se vienen detectando, garantizando la continuidad de los cuidados utilizando la figura del responsable, tutor o gestor de caso.

Estos diferentes tipos de actuaciones tienen en común el establecimiento de una relación de ayuda que haga posible la integración de la persona en los procesos sociales normalizados generando el sentimiento de pertenencia a la comunidad en su medio de vida cotidiano.

- Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC).

A principios de los años 60 Mary Ann Test y Leonard Stein ponen en marcha el TAC. Pretende ayudar a los pacientes con déficit persistentes a obtener recursos



materiales básicos, alojamiento, trabajo, potenciando sus capacidades y estando disponibles en cualquier momento para intervenir allí donde hubiera un problema.

La responsabilidad total del tratamiento se deposita en un equipo interdisciplinar. La ventaja de este tipo de atención sería el reparto de responsabilidad. La desventaja es el coste, la proporción profesional/pacientes es de 1/10, por lo que se limita a casos graves.

- Case Management (CM).

Otra forma de atención que garantiza la accesibilidad y la continuidad de cuidados. Según Kanter encontramos varios modelos de CM.

- *Modelo de cuidados de mantenimiento:* Garantiza, mediante un acompañamiento, los cuidados necesarios de alojamiento, medicación, alimentación, citas con los servicios psiquiátricos, etc.; orientados a la cura y mas propios de una institución. Supone una externalización de los cuidados
- *Modelo de agencia de servicios. Corretaje.* Responde a un modelo de coordinación de servicios en el ámbito administrativo. Se coordina la intervención de agencias y profesionales y es mas propio de empresas privadas.
- *Modelo clínico.* Añade a los anteriores la idea del gestor como clave del proceso rehabilitador y terapéutico. Es un modelo más asertivo que los dos anteriores.
- *Modelo intensivo.* Similar con la diferencia de una menor proporción de pacientes por profesional (1/10) lo que permite un seguimiento mayor.

DIFERENCIAS ENTRE VARIOS MODELOS DE CUIDADOS COMUNITARIOS

	CORRETAJE	CM CLÍNICO	TCA	CM INTENSIVO
Prof. / pacientes	1/50	1/30	1/10	1/10
Seguimiento	bajo	bajo	alto	alto
Casos compartidos	no	no	si	no
Cobertura 24h	no	no	frecuente	frecuente
Frecuencia contacto con el paciente	baja	moderada	alta	alta
Lugar contacto	clínica	clínica	comunidad	comunidad
Prov. Directa de servicios	baja	moderada	alta	alta



3. GESTIÓN DE CASOS POR TUTORÍAS

3.1. Tutoría.

Definición de TORREY:

“Programa en el campo de la salud mental donde la persona o equipo que lo desarrolla es el responsable de proporcionar al paciente la ayuda necesaria para que pueda optar, con la información suficiente sobre los servicios y oportunidades que se le brindan, a la asistencia que necesite, garantizándole el acceso a la misma, proveyéndole el apoyo para las actividades de autoayuda y coordinando todos los servicios para poder satisfacer los objetivos del paciente”.

Es un modelo de trabajo (Torrey E. F., 1986) puesto en práctica en Salud Mental Comunitaria y desempeñado por diferentes profesionales que garantiza la toma a cargo del paciente y su acompañamiento durante el proceso de rehabilitación o recuperación hacia una mayor autonomía.

El Tutor o Gestor de casos, en colaboración con el terapeuta, debe proporcionar al paciente toda la información necesaria, suficiente y útil sobre servicios, recursos, tratamientos y oportunidades.

Debe velar porque el paciente opte a la asistencia adecuada, acceda y utilice los recursos, a través de un apoyo sostenido y medido con el fin de conseguir o acercarse a los objetivos generales que consisten en:

- Fomentar un desarrollo y crecimiento personal.
- Mayor participación comunitaria.
- Recuperación o adaptación a la enfermedad.
- Un descenso en los niveles de sobrecarga vividos por los familiares.
- En definitiva: Mayor calidad de vida.

3.2. Principios básicos en la función del tutor

- El eje de su actuación es el paciente, hacia el que tenemos una responsabilidad de toma a cargo dentro de un contexto terapéutico. .



- La planificación será altamente individualizada, plasmada en un plan terapéutico individualizado (PTI). El plan individualizado del paciente debe ser escrito y conocido por el interesado y su familia. En el plan han de figurar las intervenciones de tratamientos, rehabilitación y sus objetivos.
- Cada paciente debe tener un responsable. Creemos que el ratio debe ser 1:5 en seguimiento intensivo y en seguimiento menos intensivo es hasta de 1:25 en los CSM. La media sería de 1:15 teniendo en cuenta las particularidades de los casos tutorizados.
- Cobertura de 8 a 15. En caso de ausentarse del centro, el tutor ha de tener una persona que le sustituya en sus funciones de tutoría.
- Establecimiento de protocolos de actuación.
- El responsable debería ser quien realice el seguimiento del paciente a través de todo el recorrido asistencial.
- Mayoritariamente ubicado en Salud Mental cuando el ingreso sea por la red pública.
- Además de un tutor en el programa, en cualquier otro centro o recurso (Hospital de Día, Comunidad Terapéutica, Atención Primaria de Salud, equipos volantes) en el que esté referenciado el paciente, tendrá la figura de tutor/referente, además del clínico.
- El enfoque será comunitario. El lugar de atención ha de ser el entorno natural del paciente, ya que el objetivo final es una mayor integración del paciente en su medioambiente. El seguimiento comunitario puede ser más o menos intenso en función de las necesidades del paciente.
- Se considera en todo momento al paciente ciudadano respetable y responsable. En la relación paciente/tutor tiene que primar la consideración y el respeto hacia el OTRO.
- Procurar la implicación del paciente y respeta sus prioridades.
- Utilizar todos los recursos disponibles. La utilización de recursos se hará siempre atendiendo al principio de normalización, limitándose en lo posible el uso de recursos específicos.
- Considerar a la familia como elemento potencialmente rehabilitador.



- Valorar la relación como recurso terapéutico esencial, tanto para el desarrollo del aprendizaje, como en la evolución del proceso.
- Aportar oportunidades de resocialización y ocupacionales.
- Debe ser continuo y a largo plazo.

Por todo lo anterior y para garantizar la continuidad de cuidados el tutor ha de estar integrado en un equipo multidisciplinar, formado por médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, personal de enfermería (enfermeros, terapeutas ocupacionales, auxiliares de enfermería), etc.

3.3. Objetivos en el desempeño de la función de tutor.

- Mejorar la calidad asistencial y el grado de satisfacción en los pacientes y familia incluidos en el programa.
- Ayudar al paciente a tomar decisiones y a responsabilizarse de ellas, para que sea él mismo el autor de su propia vida (independencia y autonomía).
- Optimizar la utilización de los recursos sanitarios y sociales. Ayudar al paciente a utilizar a los diferentes recursos comunitarios, a los que tenga derecho y puedan serle útiles, ya que en ocasiones no accede debido a la complejidad de la oferta o a dificultades de acceso al mismo.
- Ayudar al paciente a conseguir la mayor autonomía e independencia del paciente, teniendo en cuenta su necesidad de apoyo, sus capacidades y sus límites. Potenciar las capacidades conservadas, trabajando desde los aspectos sanos, facilitando el desarrollo de los recursos naturales del paciente.
- Ayudar al paciente a desarrollar habilidades básicas de la vida diaria
- Fomentar la participación comunitaria y el asociacionismo.
- Coordinación con la Red comunitaria.
- Proveer asistencia al cliente que necesite acceso al apropiado servicio de salud.
- Proporcionar ayuda práctica en lugar de hacer “grandes terapias”.
- Intervención en crisis siempre que sea necesario.
- Proporcionar al paciente una mayor calidad de vida



- Prevenir y evitar recaídas.
- Procurar la adaptación y/o recuperación de la enfermedad.
- Promover la tolerancia y la aceptación de la persona en la comunidad. Mejorar la imagen social de las personas con enfermedad mental o problemas de dependencia para facilitar el acceso de este tipo de pacientes a los recursos existentes en igualdad de condiciones que el resto de la población.
- Lograr que el paciente se responsabilice de su enfermedad y se responsabilice en la continuidad del tratamiento. Supervisar el cumplimiento del tratamiento.
- Establecer mecanismos de colaboración y apoyo a la familia que favorezcan su implicación en el proceso rehabilitador del paciente.

3.4. Perfil del tutor.

- Una sola persona.
- No clínico (educador social, enfermera comunitaria, trabajador social).
- Alto grado de motivación, responsabilidad, flexibilidad y disponibilidad.
- Formación: Pensamos que la competencia del tutor no dependerá tanto de su titulación académica como de su formación. El desempeño de las funciones y la complejidad de la figura de tutor estarán estrechamente relacionados con su formación.

Alguna de las áreas en la que creemos debería estar formado son:

- Nociones básicas sobre dinámica y manejo de grupos
- Psicoeducación
- Técnicas en el desarrollo de habilidades sociales y de comunicación
- Técnicas en el desarrollo de ADV e instrumentales
- Técnicas de relajación
- Psicomotricidad
- Técnicas y pautas en resolución de problemas
- Formación en psicopatología
- Formación en psicofarmacología



- Información y conocimiento de los recursos existentes en las áreas de tiempo libre y ocio, ocupacionales, formativos, laborales, alojamiento, municipales, asociaciones, ONG, sociales, sanitarios... y de su utilización

3.5. Actuación del tutor: generalidades.

- Determinar desde el PTI, en coordinación con el responsable clínico, las estructuras, los recursos y el apoyo preciso, señalando grado necesario de utilización.
- El tutor puede ser el ejecutor de los cuidados o puede delegar la ejecución de algunas de las tareas o intervenciones en otros profesionales cuya función es más apropiada para el desarrollo de los objetivos planteados en el PTI del paciente. Asumiendo la responsabilidad de asesorar y/o monitorizar¹, velando por la implementación y consecución de los mismos.
- Proporcionar al usuario la ayuda necesaria para que pueda optar con suficiente información sobre los servicios y oportunidades que se le brindan, a la asistencia que necesita, garantizándole el acceso a la misma, proveyéndole el apoyo para las actividades de autoayuda y coordinando todos los servicios para poder satisfacer los objetivos del cliente.
- Los entrenamientos de adaptación habrán de desarrollarse en el entorno natural del paciente, "in vivo", tendiendo a normalizar su relación con la comunidad, haciendo seguimiento del proceso e interviniendo solamente en caso de dificultad.
- Se utilizará un enfoque asertivo, pudiendo ser más directivo en aquellos casos donde exista una importante limitación del paciente para mantener motivación e interés en la actividad.
- Realizar un seguimiento del cumplimiento del tratamiento y del Plan Terapéutico Individual del usuario así como de aquellos aspectos novedosos que vayan apareciendo e interesarse por el no cumplimiento de dicho plan y tratamiento.
- Prestar apoyo al paciente y su familia.
- El tutor debe desarrollar actitudes abiertas, flexibles, habilidades de comunicación, capacidad de adaptación y cooperación desde una ética profesional de "buena

¹ Observar, recabar información acerca, y seguir la marcha, de la relación del paciente con la comunidad.



práctica” y tener expectativas realistas y situarse desde la capacidad y los límites del paciente.

- Debe poseer habilidades de coordinación para trabajar estrechamente con el responsable clínico del caso, así como con el resto de intervinientes en el mismo hacia la toma de decisiones compartidas y la complementariedad en la actuación y delimitar consensuadamente los objetivos e intervenciones de cada uno en la elaboración y desarrollo del PTI.
- Debe establecer y favorecer canales de cooperación entre la red de salud y la red comunitaria (formal e informal), tomando en cuenta las actitudes de los intervinientes, trabajando con ellos desde una relación personalizada hacia una mayor tolerancia y aceptación del paciente en la comunidad.
- Debe desarrollar habilidades de autocuidado “cuidarse para poder cuidar”, evitando la sobreimplicación con el paciente y la familia. Es necesario que el Tutor asuma desde el principio que los cambios en los pacientes no se producen inmediatamente y por tanto el resultado de mucho esfuerzo no se hace evidente a corto plazo.
- Disponibilidad de intervención en crisis las 24 horas. Si no es posible, orientación sobre la forma de actuar en situación de urgencia.

Planificación de la asistencia.

1. Identificación de casos: Inclusión del paciente que cumple criterios.
2. Asignación del gestor del caso y equipo sanitario multidisciplinar responsable.
3. Acogida de la demanda. Evaluación individualizada y continuada.
 - El Tutor colabora con el Terapeuta de manera activa y crítica en la evaluación global del caso. (PTMS)
 - El Tutor participa en la elaboración del PTI teniendo en cuenta la motivación e interés del paciente, las necesidades, carencias y potencial del paciente y su familia, los recursos sanitarios, sociales y comunitarios. Por lo tanto ha de ser altamente individualizado.
4. Establecimiento de una relación terapéutica de apoyo.
5. Organización de la atención, seguimiento.
 - Cobertura de 8 a 15 horas y asesoramiento para situaciones de urgencia.
 - Llamada telefónica semanal del gestor del caso.



- Planificación de consultas y visitas (domiciliarias, hospitalarias, en la comunidad...).
 - Asegurar el contacto con la familia.
 - El tutor será la persona encargada de establecer los contactos con otros profesionales y servicios.
 - Apoyo en entrevistas terapéuticas.
 - Llevar un registro adecuado del cumplimiento del plan terapéutico, así como de aquellos aspectos novedosos que vayan apareciendo (asistencia, aspecto físico, demandas y preocupaciones expresadas por el paciente y familia...).
 - Interesarse por el no cumplimiento de dicho plan llamando al domicilio si es preciso.
 - Asegurar la asistencia del paciente a las consultas y actividades de tratamiento y rehabilitación que se prescriban.
 - Asegurarse que los tutelados reciben una adecuada atención personal, tratamientos médicos, psicológicos y de enfermería.
 - Reunión del gestor del caso con el equipo sanitario responsable y actualización del plan de cuidados, siempre que el equipo lo considere necesario, reevaluando el nivel de asistencia requerida dependiendo de su situación y circunstancias sociofamiliares.
 - Apoyo y seguimiento continuado, lo que puede evitar situaciones de urgencias, prevenir crisis o amortiguar recaídas.
 - Información de recursos o de quien los conozca (para ello deberá poseer un censo de recursos sociosanitarios).
6. Detectar clientes que no frecuenten los servicios y establecer acciones para intervenir sobre esta población.
 7. Escucha activa de los problemas, carencias y necesidades de los usuarios y sus familias.
 8. Flexibilidad y accesibilidad aunque firmeza ante ciertas situaciones (toma de medicación).
 9. Mantenimiento de la responsabilidad de los pacientes en el plan terapéutico.
 10. Asesoría y defensa de los derechos del usuario.



3.6. Tipo de intervenciones.

A. Fase inicial:

- Enganche. Presentación del programa al paciente
 - Entrevista con paciente, familia/cuidadores.
 - Datos administrativos y sociodemográficos.
 - Datos clínicos (valoración integral, diagnósticos).
 - Valoración de enfermería.
- Evaluación. Listado de problemas.
- Planificación. PTI. Plan de actuación individualizada y cuidados. Personal y recursos necesarios...

B. Intervenciones centradas en el entorno.

1. Contacto y coordinación con **recursos comunitarios** para facilitar una mayor socialización y autonomía del paciente.
 - a. Determinar los recursos comunitarios necesarios en función de las necesidades detectadas.
 - b. Delimitar las funciones y objetivos que desarrollara cada recurso.
 - c. Puesta en contacto con estos recursos:
 - i. El mismo paciente, facilitándole el teléfono, dirección...
 - ii. Previo contacto del gestor.
 - iii. Acompañamiento del paciente.
 - d. Monitorización de las relaciones establecidas con los distintos recursos comunitarios para detectar posibles dificultades.
 - e. Coordinación con los distintos recursos
 - f. Evaluación.

2. **Familiares, cuidadores y/o amigos.**
 - a. Favorecer las relaciones familiares.
 - b. Determinar el grado de implicación y competencia.
 - c. Informar sobre la enfermedad (drogodependencia) y su manejo.
 - d. Informar sobre los recursos sociosanitarios existentes.



- e. Informar sobre el asociacionismo y grupos de autoayuda.
 - f. Disposición para resolver dudas y situaciones de crisis.
 - g. Apoyo a la familia y a la figura del cuidador principal. Desculpabilizar a las familias.
 - h. Abordaje de aspectos comunes sobre los que intervienen: cambios de comportamiento, intervención en recaídas...
 - i. Apoyo a la familia si precisa la búsqueda de alojamiento alternativo para el paciente.
 - j. Psicoeducación.
 - i. Papel de la familia en el proceso de integración y adaptación del paciente en la comunidad.
 - ii. Información sobre el tratamiento farmacológico: dosis, efectos secundarios, cumplimentación terapéutica.
 - iii. Factores de riesgo y de protección.
 - iv. Manejo y resolución de situaciones problemáticas.
3. Mantenimiento y desarrollo de las **redes sociales**.
- a. Educar y apoyar a los miembros de la comunidad y a la familia a través de las relaciones personalizadas, trabajando hacia una mayor aceptación y tolerancia de una persona enferma en la comunidad.
 - b. Habilidades relacionales:
 - i. Valoración y seguimiento de las relaciones del paciente con otras personas (amigos, vecinos,...) mediante entrevistas y visitas domiciliarias, al vecindario,... Realizadas por el propio gestor o con la colaboración de ONGs, voluntariado...
 - ii. Procurar el incremento y adecuación en las relaciones interpersonales.
 - c. Estímulo y mantenimiento de actividades de ocio y tiempo libre.
 - d. Actividades ocupacionales, formativas y laborales.
4. Colaboración con otros **Servicios Sanitarios**.
- a. Colaboración entre Programas de Salud Mental: Programa de Atención a Trastornos Mentales Severos, Adicciones, Infantil...
 - b. Colaboración y coordinación con Atención Primaria y Especializada para:



- i. Seguimiento de pacientes con patología somática relevante.
 - ii. Seguimiento del tratamiento prescrito.
 - c. Orientación e información al terapeuta sobre mejoría, efectos, evolución... al valorarlo en las condiciones ambientales del paciente.
 - d. Hospitalización: informar sobre la situación anterior, tratamiento, H^a clínica, visitas hospitalarias,...
- 5. Orientación hacia **programas libres de drogas**.
 - a. Información al paciente y familia sobre opciones terapéuticas, centros...
 - b. Seguimiento en CSM.
 - c. Derivación a Comunidad Terapéutica.
 - i. Información sobre tipos de programas, opciones de ingreso, trámites.
 - ii. Coordinación e información entre Comunidad Terapéutica y Salud Mental antes, durante y tras el alta del paciente.
- 6. Coordinación con **Servicios Sociales**.
 - a. Prestaciones: PNC, SSB (colaboración en el Plan Personalizado de Integración Social), etc.
 - b. Hijos de drogodependientes. Custodia.
 - c. Maltrato.
 - d. Seguimiento, supervisión del cumplimiento de los acuerdos establecidos con la trabajadora social.
- 7. **Asesoramiento legal**:
 - a. Defensa de los derechos del usuario.
 - b. Recursos, entidades o personas a quien acudir.
 - c. Coordinación con Instituciones Penitenciarias.
 - d. Cumplimiento alternativo de condena en centros asistenciales.

C. Intervenciones centradas en el paciente.

- 8. **Afrontamiento personal**.
 - a. Alianza terapéutica con el paciente (técnicas de comunicación eficaz, asertividad, escucha activa, empatía,...).
 - b. Prevención de recaídas.



- c. Resolución de problemas.
- d. Técnicas de relajación.
- e. Habilidades cognitivas.

9. Área formativa y laboral:

- a. Información sobre recursos laborales (empleo normalizado, P. PIL, Escuelas Taller, Talleres de Empleo, Centros Especiales de Empleo...). Coordinación y colaboración.
- b. Recursos formativos: cursos asequibles y adecuados para cliente.
- c. Orientación para la búsqueda de empleo.

10. Autocuidado.

- a. Cuidado personal.
- b. Vestir y cuidado de ropa.

11. Adiestramiento en habilidades de la vida diaria.

- a. Obtención de recursos: alimentarios, económicos, alojamiento. Administración de estos.
- b. Cuidado del hogar.
- c. Fomentar la realización de nuevas actividades.
- d. Habilidades de gestión instrumental: transporte y medios de comunicación, manejo de dinero, gestiones.

12. Psicoeducación del paciente.

- a. Aceptar las limitaciones que acarrea la enfermedad. Búsqueda de alternativas.
- b. Adherencia al tratamiento:
 - i. Motivación.
 - ii. Prevención.
 - iii. Conciencia de enfermedad.
- c. Educación para la salud:
 - i. Prevención de transmisión de enfermedades infecciosas y ETSs. Inyección segura, sexo seguro.
 - ii. Hábitos tóxicos. Efectos de las drogas.
 - iii. Seguimiento de patologías somáticas y psiquiátricas.
 - iv. Alimentación/nutrición.



- v. Seguimiento ginecológico en la mujer. Control del embarazo.
- vi. Higiene personal y bucodental.
- vii. Higiene del sueño.

D. Intervenciones centradas simultáneamente en el paciente y en el entorno.

1. Intervención en crisis.

- Riesgo para la integridad física del paciente u otros
 - Riesgo de suicidio
 - Agitación psicomotriz
 - Intoxicaciones (alcohol, droga, fármacos)
 - Intento de autolisis
- a. Paciente/familia/red social deberían conectar con el tutor antes de desencadenarse la crisis, recaída, etc...
 - b. Valorar cambios de ánimo, comportamiento, factores estresantes, contactos personales...
 - c. Puesta en contacto con Unidad de Hospitalización Psiquiátrica si es necesario.

2. Seguimiento de la evolución del paciente. Evaluación y control de resultados.

Valorar:

- a. Logro de objetivos (abstinencia, grado de reinserción, relaciones familiares y personales...).
- b. Cumplimentación terapéutica.
- a. Manejo de recursos sociosanitarios y comunitarios.
- b. Etc.

E. Formación del tutor.

- Docencia e investigación.
- Formación continuada.



3.7. Dificultades del trabajo con tutorías.

La proximidad relacional inducida por el desplazamiento del marco de asistencia expone al tutor a los problemas ligados a la personalidad del paciente que se mezclan con la dinámica de la drogodependencia (exposición a la manipulación, a las proyecciones y hostilidad del paciente).

También tenemos que tener en cuenta las dificultades relacionadas con el funcionamiento de los servicios y de los propios programas.

a. Problemas relativos al tutor.

- El poder como problema.

La relación que se establece entre la persona y el tutor no va a ser una situación de igualdad.

En el caso del trabajo con personas con problemas por el consumo de sustancias, estos suelen estar acostumbrados a ceder sus responsabilidades a otros, porque tal vez nunca antes han tenido ocasión de ejercerla y no saben tomar decisiones. Por eso, en la relación que se establezca entre tutor y usuario, debe tratarse siempre de que el usuario sea el que vaya planteando los problemas de su vida y aportando soluciones.

Importante también mantener una comunicación bidireccional y que el diálogo no se convierta en un monólogo. De esta forma, conseguiremos disminuir el desequilibrio entre ambos.

- Dependencia.

Es cierto que no hemos de fomentar la dependencia, que la persona debe aprender a ser dueña de su propia vida. Pero, al inicio de la relación, es frecuente que aparezca esta dependencia.

Debemos ayudar a la persona a que se desenvuelva en su propia vida y lo que no podemos hacer es utilizar esa dependencia para suplantarle en su vida y tomar decisiones que no nos corresponden.

- Paternalismo-control-eticidad problemática de la intervención asertiva.

Se ha señalado como problemática la insistencia de los profesionales en que los pacientes no abandonen ni se desconecten de los programas, por el riesgo de



sobrepasar las barreras de la autonomía de aquellas personas que prefieren vivir en condiciones precarias a mantener relaciones de dependencia con los profesionales.

En la historia de la desinstitucionalización no han faltado voces denunciando ambos extremos: Lamb ha denunciado el abandono “justificado” como respeto a la libre voluntad de la persona (Lamb, 1993); otros denuncian la intromisión “justificada” como defensa del derecho a la salud y, por tanto, al tratamiento, contra su voluntad (Tompson et al., 1990).

- Síndrome de Estocolmo.

Un problema que se puede desprender de la relación afectiva que se establece entre usuario y tutor es que este último llegue a justificar las conductas desadaptadas del primero.

Debemos de tratar de presionar para que la persona asuma la responsabilidad de su comportamiento pasado, presente y futuro, y así lograr que se asiente en la madurez.

- Autoestima del tutor.

Otro problema con el que nos podemos encontrar en la relación del usuario y el tutor es el análisis que hagamos de las situaciones de recaída o crisis.

Ante una recaída del usuario se corre el riesgo de que ésta sea interpretada como un fracaso del tutor.

Por eso, el mejor antídoto para esta situación es sin duda la madurez, la flexibilidad y la formación del tutor, que le lleve a comprender que la relación con el usuario, su rehabilitación, es un camino lleno de avances y retrocesos, y que el protagonista es el usuario.

- Autoanálisis e introspección.

Una de las cualidades que han de diferenciar a un profesional con aptitudes y actitudes relacionales terapéuticas es la disposición a observarse a sí mismo, analizando a priori y a posteriori las reacciones y conductas que manifiesta, buscando el origen de las mismas, para bien metabolizarlas rápidamente, o bien utilizarlas con un fin terapéutico.

El autoanálisis se ha de basar en que a lo largo de la relación pueden aparecer sentimientos y emociones extremas. Por ello inicialmente se ha de reflexionar



sobre las dificultades que puedan aparecer, y las conductas que pueden provocar en el profesional. Posteriormente se han de clarificar las posturas y reflexionar sobre los sentimientos para así comprender mejor lo que realmente está ocurriendo.

- Influencia de las condiciones internas del profesional.

A lo largo de la trayectoria profesional no se viven los mismos acontecimientos vitales, y si bien esta experiencia puede servir para utilizarla en una mejor comprensión de los usuarios, a veces puede interferir en la relación y en la comunicación con los mismos, ya que no permite que el profesional esté en las mejores condiciones para convertirse en un “buen acompañante-tutor”.

Algunos autores (Carpenito) consideran que ante interacciones cargadas de emociones negativas el profesional que no esté en condiciones de afrontarlas ha de declinar su labor y procurar (en la medida de lo posible) que otro compañero del equipo sea el que lo haga. Esta es la postura más aconsejable teniendo en cuenta que una mala interacción puede arruinar una buena relación terapéutica.

- Contratransferencia.

La contratransferencia es una reacción emocional del tutor hacia el usuario que resulta inadecuada en su contenido, en el contexto de la relación terapéutica y en la intensidad de la emoción. Estas reacciones suponen un obstáculo al proceso terapéutico de la relación tutor-usuario.

Algunos tipos de contratransferencia son: aburrimiento, actitudes de rescate, exceso de implicación, exceso de identificación con el usuario, falta de sinceridad, reacciones de cólera y sentimientos de abandono o desesperación.

- Interpretación sesgada.

Consiste en interpretar las observaciones de la manera más “beneficiosa” para nuestras expectativas. Si el tutor se compromete con la otra persona, si establece con ella vínculos afectivos importantes, sin duda le importa que esté bien, que avance en el proceso de recuperación y es posible que ese interés le lleve a considerar las situaciones conflictivas de la manera más positiva posible, que le cueste percibir los riesgos e incluso adelantarse a las crisis o recaídas.



b. Problemas relativos a los programas y servicios.

- Riesgo de queme de los profesionales:
 1. La posibilidad de “desfondamiento” es mayor, cuanto mayores hayan sido las expectativas infundadas, la falta de concordancia entre objetivos y medios, cuando los programas se apoyan en exceso en el voluntarismo.
 2. La dificultad de trabajar en equipos inestables, con frecuentes rotaciones y cuya continuidad suele depender de intereses financieros o políticos.
 3. Sobrecarga asistencial.
 4. Sobrecarga burocrática.
- La decadencia tras la rutina → Los programas novedosos constituyen muchas veces mejores resultados en los momentos iniciales, cuando se apuesta con ilusión por un proyecto, o cuando se está poniendo a prueba un estudio experimental. No siempre estos proyectos responden a la prueba de fuego de la rutina, de la falta de estímulos o de reconocimiento externo. El riesgo es entonces el repliegue en protocolos más o menos meticulosos y en tareas administrativas, desactivando la relación con las personas.
- Necesidad de contar con apoyos administrativos → El desarrollo de programas depende cada vez más de la voluntad de los gestores y de la relación coste-efectividad.
- El modelo de tutoría exige al profesional mayor nivel de responsabilidad (asignación de casos por profesional).
- Mayor dificultad de apoyo en otro profesional cuando aumente la demanda o cuando haya una repercusión desigual de la misma.
- Rígida estructura presupuestaria. Es básico contemplar incentivos para los profesionales que asuman las tutorías.
- Es elemental dotar al profesional que asuma la figura de tutor de recursos e instrumentos: formación (el desarrollo de las funciones y de la complejidad de la figura de tutor esta estrechamente relacionada con su formación.), material (gastos de desplazamiento, dietas, bonos, coche...)..
- Desconocimiento real de los itinerarios terapéuticos.
- Falta de motivación.



- Obsesión por abarcar “todo” el proceso terapéutico por parte de algunos profesionales.
- Las propias del trabajo en equipo.
 1. Mala comunicación entre profesionales.
 2. Superposición de roles.

c. Problemas relativos al paciente.

- Estado de salud.
- Bloqueo cognitivo.
- Déficit lingüístico.
- Bloqueo emocional.
- Ausencia de proyecto de vida.
- Desvalorización personal.
- Primariedad y escasa resistencia a la frustración.
- Soledad.
- Ausencia de contexto afectivo y relacional.



4. CONCLUSIONES

4.1. En relación a los resultados obtenidos en los pacientes tras llevar a cabo el programa de gestión de casos:

- El resultado más consistente desde los primeros estudios es que los pacientes atendidos por programas de seguimiento intensivo, como la gestión de casos, pasan mucho menos tiempo en el hospital y mantienen mayor estabilidad en su domicilio.
- Los pacientes tiene mayor capacidad para llevar una vida independiente, con menos vagabundeo en la calle o situaciones de abandono.
- Tanto las familias como los pacientes refieren una mayor satisfacción con esta atención centrada en cuidados comunitarios y no hospitalarios.
- También mejoran los indicadores de calidad de vida tales como los siguientes: vivienda, comida, dinero, depresión, necesidad de compañía, de sexualidad compartida y de relaciones íntimas.
- En cuanto a las complicaciones judicial-penitenciarias, en dos estudios se ha reflejado una menor incidencia de complicaciones y un menor tiempo de permanencia en la cárcel para los pacientes en programas de estas características.
- Respecto a la reducción de los síntomas de la enfermedad de base, se observa una reducción significativa, aunque este no sea el objetivo principal de los programas de seguimientos intensivo.
- También se observan importantes progresos en cuanto a la adherencia al tratamiento. Algunos autores señalan que el que los pacientes pasen menos tiempo en el hospital sugiere que los pacientes se adhieren mejor a los tratamientos.

4.2. En relación con el programa en sí mismo:

- La primera de ellas hace referencia a la **atención comunitaria**, que se ha visto como una alternativa real a la hospitalización, pero no de cualquier manera.



- Junto a la **disposición de los profesionales y de la población** para llevar a cabo este tipo de programas, es necesario el compromiso paralelo **de políticos, administradores y gestores**.
- Para desarrollarlo, hace falta también una **política pública de salud** y suficiente **soporte económico**.
- Es necesario poder contratar para estos programas a **profesionales que cumplan ciertos requisitos**. Las cualidades personales e interpersonales de los profesionales son de importancia crítica para propiciar cambios. Las características de los profesionales que correlacionan con mejores resultados son las siguientes: Alto nivel de compromiso con los pacientes y familiares para trabajar en la solución de sus problemas, capacidad para identificar y focalizar los aspectos más fuertes de cada familia, alto nivel de preparación intelectual y muchísimo sentido común, flexibilidad social e interpersonal, experiencia en el mundo real y de la vida de la calle, confianza en sí mismo (Santos et al., 1991).
- La continuidad y calidad de estos programas requiere facilitar suficiente **formación y acceso a la supervisión de casos**. Debemos de aprender de la experiencia de otros lugares donde se facilita formación previa específica a los profesionales que se incorporan al programa, y supervisión continuada.
- En nuestro país, cada vez se están poniendo en funcionamiento más programas de este tipo y también programas de Tratamiento Asertivo Comunitario.
- Desde el punto de vista de coste-efectividad, distintos informes apuntan a resultados favorables; no se produce ahorro sino mejor calidad de vida con un gasto similar al que originaría el paciente en el hospital.

4.3. En relación con los talleres desarrollados en el Foro:

Tras la presentación del tema a tratar en esta jornada, la gestión de casos como forma de seguimiento de las personas atendidas y coordinación entre las distintas entidades, se realizaron dos grupos de trabajo.



Las preguntas que se les planteaba eran las siguientes:

- ¿Existe algún tipo de coordinación entre la ONG a la que representáis y el Servicio de Salud Mental? ¿De qué tipo?
- ¿Hay protocolos de derivación o de coordinación, llamadas telefónicas, reuniones preestablecidas...? ¿Con quién se contacta? ¿Terapeuta, enfermería, trabajadora social...?
- ¿Qué estrategias de mejora para dicha coordinación entre las distintas ONG y Salud Mental se podrían proponer?

Las respuestas a estas cuestiones fueron las siguientes:

- **Desde el grupo de trabajo formado por profesionales de Comunidades Terapéuticas (CT) y Siloé expusieron lo siguiente:**

1. Existe un protocolo de derivación entre Comunidades Terapéuticas y Salud Mental (SM) y también entre los Pisos de alojamiento temporal de Siloé y Salud Mental.
2. En el caso de Siloé, consideran que este protocolo es muy completo respecto a la información que se aporta.
3. Desde las CT señalan que ha ido mejorando la comunicación, sobre todo vía telefónica, entre los profesionales de Salud Mental y ellas. Esta comunicación suele ser solo con médico o psiquiatra. En escasas ocasiones contactan con otros profesionales de SM.
4. También resaltan la buena participación de los profesionales de SM en las situaciones de crisis pero creen que debería mejorar la transmisión de información entre SM y CT cuando la persona que tratan está estabilizada y que desde SM se debería tener en cuenta las observaciones o recomendaciones que realiza el terapeuta de la CT en cuanto a la evolución de la persona.
5. Señalan la importancia en todo el proceso de la bidireccionalidad de la información.



6. Respecto a los casos de “patología dual” (trastorno mental + adicción a drogas) señalan que hay recursos para los usuarios que son excluyentes cuando existe una adicción o un consumo de por medio, aún estando estabilizados, y no ocurre lo mismo a la inversa.
7. En definitiva, concluyen diciendo que una buena coordinación entre los recursos o profesionales que atienden a una misma persona mejoraría la evolución de ésta y también la satisfacción por parte de los profesionales implicados. Por ello, consideran que la gestión de casos sería una forma de trabajo eficaz dentro del Programa de Adicciones.

- **Desde el grupo de trabajo formado por AFESA, AFAD, SIAD, SECRETARIADO GITANO, AMIGOS CONTRA LA DROGA DE AVILÉS... expusieron lo siguiente:**

1. Desde AFESA consideran que hay una buena coordinación con Salud Mental, sobre todo con los tutores que derivan a los usuarios a los talleres ocupacionales que ellos imparten y al servicio de ayuda a domicilio. La coordinación se basa en el uso de protocolos de derivación, la asistencia a reuniones periódicamente establecidas entre AFESA y SM y contacto telefónico. Además, señalan la buena participación de SM en situaciones de crisis, tal y como previamente habían resaltado también los profesionales de las CT.
2. En cambio, los profesionales de las ONG que trabajan en otras áreas sanitarias, resaltan la poca coordinación que existe con SM y se quejan de la falta de información que se les da, encontrándose con frecuencia en situaciones conflictivas difíciles de resolver.
3. Desde AFAD solicitan más atención específica a los familiares de personas con problemas de adicciones pues consideran que faltan profesionales preparados para la atención a las mismas.
4. Al igual que el grupo anterior, concluyen diciendo que sería una buena forma de trabajo llevar a cabo la gestión de casos por tutorías desde el Programa de Adicciones.



5. BIBLIOGRAFÍA

- Estrategias en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
- Plan Estratégico para el Desarrollo de los Servicios de Salud Mental en Asturias. Programa de Atención a Trastornos Mentales Severos, 2001.
- Programa Estratégico de Adicciones para Asturias, 1998.
- Estrategias para mejorar la situación de las drogodependencias en Asturias. Plan sobre Drogas para Asturias, 2001.
- Desinstitucionalización y cronicidad: un futuro incierto. Aparicio, v., Sanchez, A. E. Revista AEN, 1990; 10: 363-374.
- Grupo de trabajo sobre tutorías. Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias.
- Los programas de Case Management. Conceptos básicos y aplicabilidad. Fernández Liria, A., García Rojo, M. J.
- Análisis de tres modelos de programas de apoyo comunitario. Reinde, B.; Greenley, J. R.
- Tratamiento eficaz ¿Qué es el Tratamiento Asertivo Comunitario? <http://www.nami.org/>
- El diálogo terapéutico y educativo en exclusión social. Valverde, J. 2002.
- Continuous treatment teams in the care of the chronic mentally ill. Torrey, E. F. Hospital and Community Psychiatry, 37, 12 páginas 1.243-1247, December, 1986.
- Tratamiento Comunitario Asertivo. Mariano Hernández Monsalve. II Congreso Ibérico de Rehabilitación en Salud Mental. Noviembre, 2003.
- Case Management Intensivo en Australia: un ensayo clínico. Issakidis C., Sanderson K., Tesón M., et. al. Acta Psychiatry Scand. 1999: 99: 360-367.
- Gestión de cuidados en un caso de trastorno mental severo. García García, J. E. Index de Enfermería; v.13; nº 44.



6. EVALUACIÓN

La evaluación del IV Foro se realizó mediante un cuestionario que contempla tanto preguntas cerradas -para evaluar a las dos ponentes de esta edición y a la propia organización del Foro- así como preguntas abiertas para evaluar otros aspectos más cualitativos, y dejar un espacio para que se formulen los comentarios y sugerencias de mejora que se estimen oportunos.

Los resultados de la evaluación cuantitativa del Foro de ONG pueden verse en los siguientes gráficos.

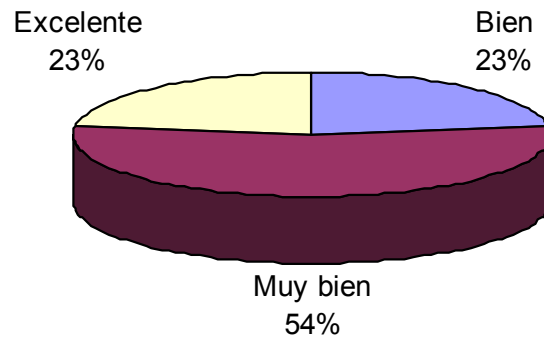
En primer lugar aparecen los resultados correspondientes a la valoración global de ambas ponentes:



Un 77 % considera que la claridad expositiva fue buena o muy buena y un 15 % la califica de excelente. Sumando estas tres respuestas podemos decir que algo más del 90 % de los asistentes al IV Foro de ONG valoran positivamente la claridad expositiva.

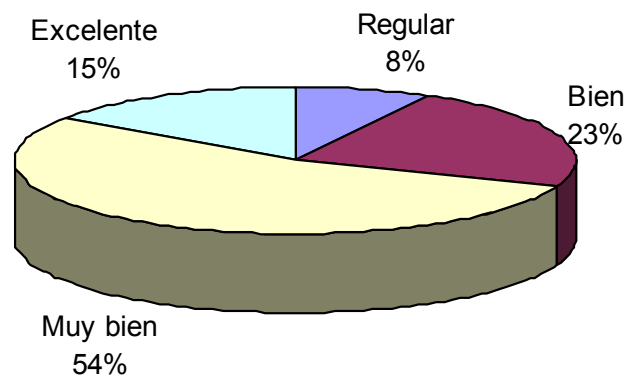


Conocimiento del tema



Nadie valora por debajo del bien el conocimiento del tema, y más de la mitad lo valoran como muy bien.

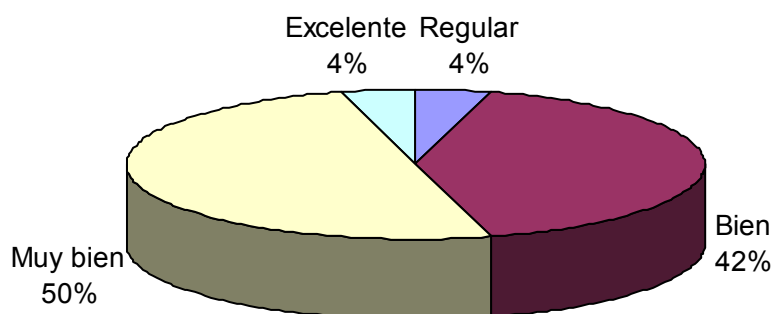
Adecuación al tema del Foro



Un 77 % considera que la adecuación del tema fue buena o muy buena y un 15 % la califica de excelente. Sumando estas tres respuestas podemos decir que algo más del 90 % la valoran positivamente.

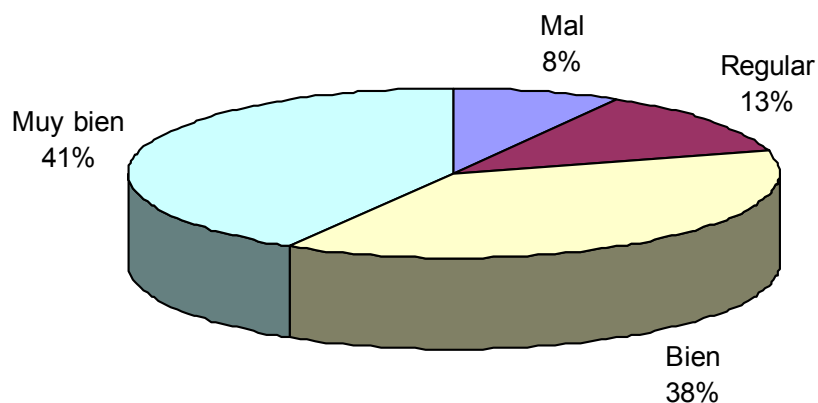


Adecuación de la metodología



Más del 90 % consideran que la metodología estuvo bien o muy bien, si le sumamos el 4 % que la considera excelente, más del 95 % valora positivamente este aspecto.

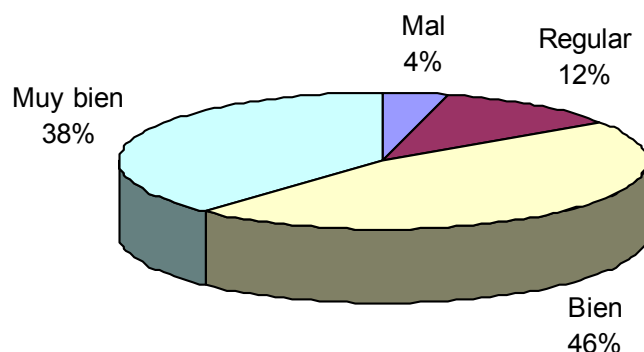
Material utilizado



Casi el 80 % valoran el material utilizado como bien o muy bien, y un 20 % lo considera mejorable.

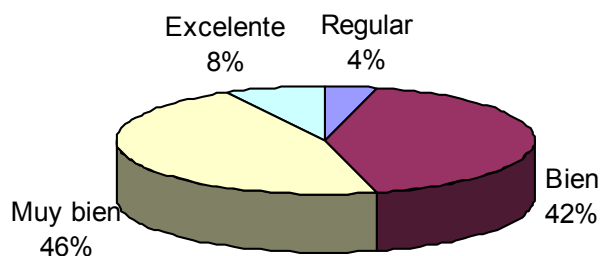


Capacidad para motivar



Aproximadamente el 85 % de los asistentes valoran positivamente la capacidad para motivar de las ponentes, mientras algo más de un 15% no opina lo mismo.

Valoración global ponentes



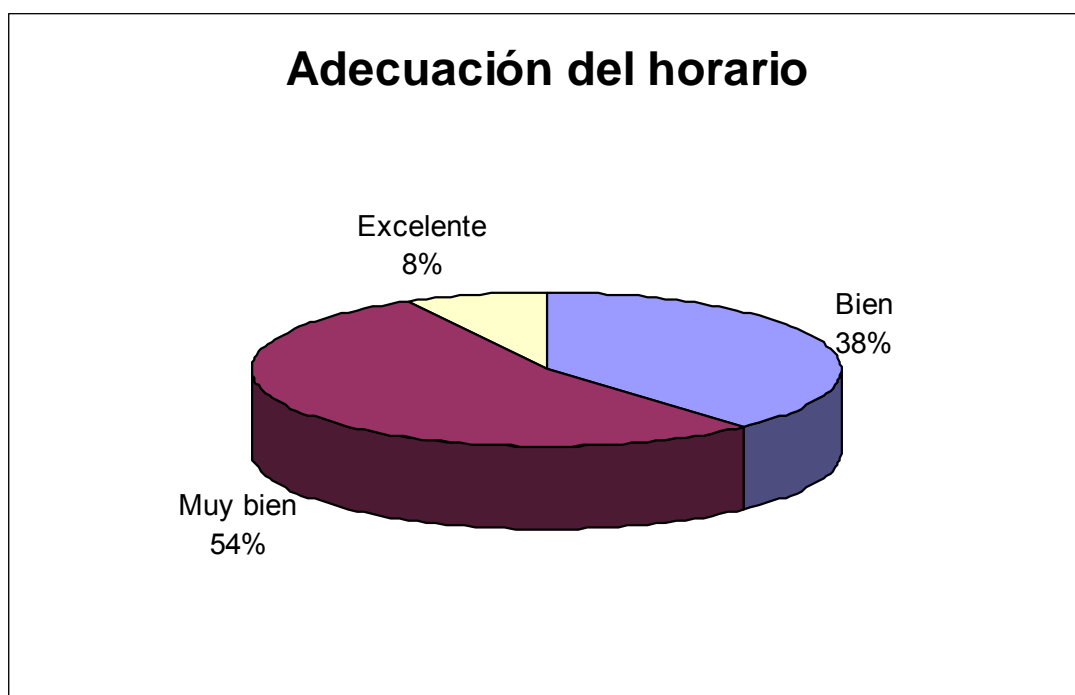
Casi el 90 % valora como bien o muy bien a las ponentes, y un 8 % las consideran excelentes. Es decir, el 96 % de los asistentes al IV Foro hace una valoración global positiva, frente a un 4 % que las considera regular.



En cuanto a la valoración de la organización, los resultados son los siguientes:



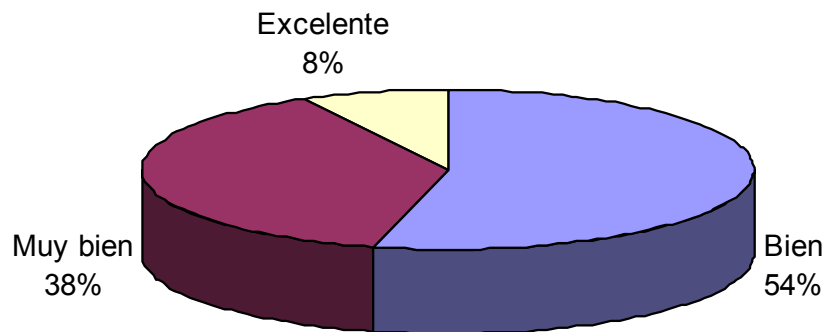
El 85 % lo valoran como bien o muy bien, y el 15 % restante como excelente.



El horario también recibe una buena valoración, que sin tan buena como la de la pregunta anterior, tampoco recibe valoraciones negativas.

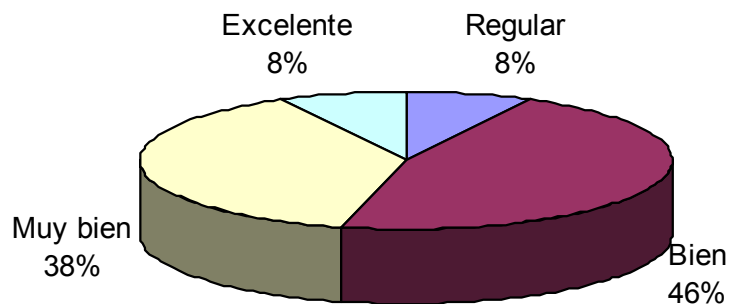


Adecuación del tema



El 92 % lo califica como bien o muy bien y el 8 % restante como excelente.

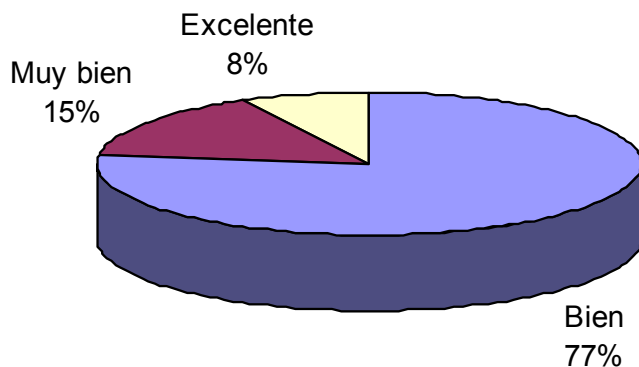
Adecuación de la documentación



El 92 % valora positivamente la documentación entregada, mientras que un 8 % la considera mejorable.

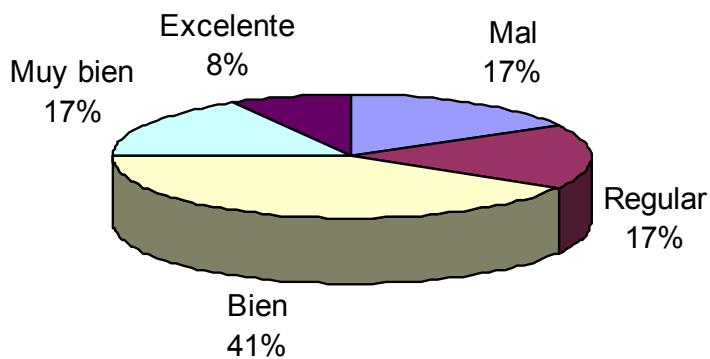


Fecha del Foro



Todos los asistentes valoran positivamente la fecha en que se celebró el IV Foro.

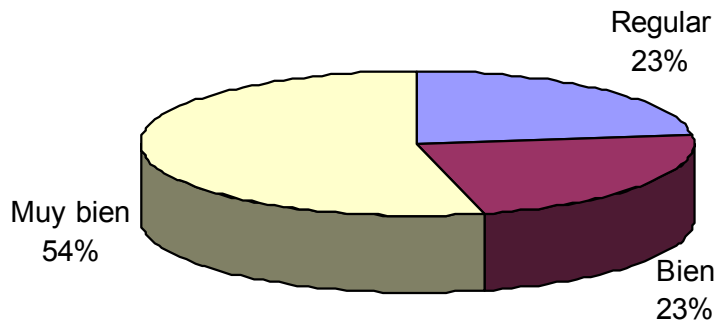
Fecha en que recibió la invitación



En cuanto a la fecha en que recibieron la invitación, aproximadamente un tercio la valora negativamente y los otros dos tercios positivamente.

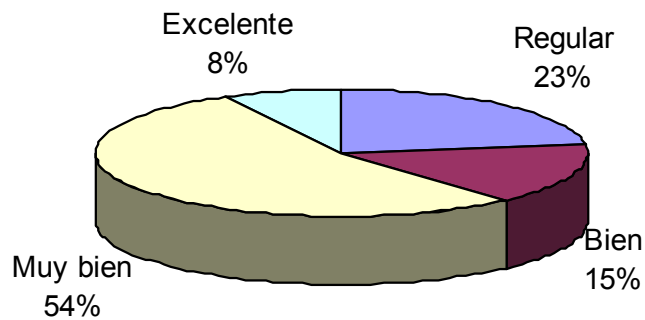


Utilidad para mi ONG



Algo más de las tres cuartas partes de los asistentes valoran positivamente la utilidad del tema abordado en el Foro para su organización, frente a un 23 % que valora como regular su utilidad.

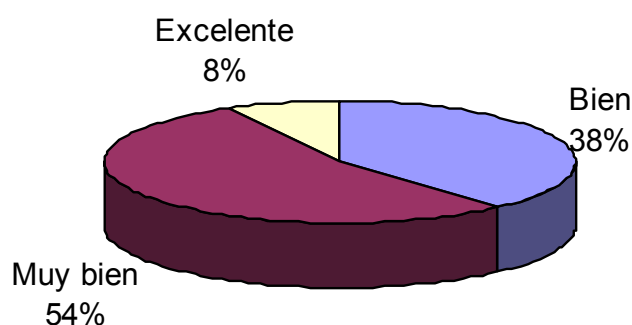
Utilidad para mi trabajo diario



Esta cuestión merece, en líneas generales, una valoración semejante a la anterior destacando que un 8 % la considera excelente.



Valoración global del IV Foro



La valoración global del IV Foro de ONG es netamente positiva. Nadie hace valoraciones negativas y casi dos tercios de los asistentes lo valoran muy positivamente (muy bien o excelente).

Finalmente, en cuanto a las preguntas abiertas, vuelven a tener al igual que el año pasado una alta tasa de no-respuesta. Las respuestas a cada una de las cuestiones son las siguientes:

RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS ABIERTAS

1. *¿Qué consideras lo más interesante del Foro?*

- Estar con otras personas profesionales de la red de trabajo con adicciones. Escuchar otras experiencias y formas de trabajo.
- La posibilidad de mejorar la coordinación.
- La oportunidad de coordinación y de procurar seguir mejorando.
- La participación de diversas entidades, la puesta en común de las diferentes metodologías.



- Conocimiento más amplio de los dispositivos de salud mental.
- Los grupos de trabajo.
- El conocer los nuevos modelos de actuación que se están llevando a cabo, pues los desconocía por completo.
- El tema de la coordinación es importante y ha mejorado mucho pero queda mucho, el tema de las tutorías es muy positiva.
- Conocer las experiencias de otras personas trabajando en otros recursos.
- Conocer más a fondo el proyecto de tutorías, la figura del tutor me parece realmente buena como elemento convergente de las acciones de los distintos profesionales implicados en cada caso.
- Conocer la figura del tutor.

2. *¿Qué mejorarías del Foro? ¿Cómo?*

- Mandar por escrito el tema con anterioridad desarrollado.
- Más concurrencia y por tanto posibilidades de contrastar.
- Dedicar más tiempo a trabajar propuestas concretas.
- El material.
- Nada. Es muy positiva la reunión de diferentes profesionales y ver distintas visiones.

3. *¿Qué temas te gustaría que se trataran en futuras ediciones del Foro?*

- Patología dual.
- Abundar en cuestiones de coordinación entre diferentes recursos.
- Tratamiento de adictos con patología psiquiátrica.
- Como abordar los problemas en personas enfermas mentales con el fin de poder hacer frente a situaciones imprevisibles que puedan ocurrirnos en nuestro día a día.
- El tema de tratamiento involuntario. Y el desamparo de la familia cuando la persona no admite ayuda, ni tratamiento y no pueden hacer nada.



- Intervención social en Salud Mental (pautas de actuación, técnicas de intervención, modelos teóricos de intervención, seguimiento, evaluación, objetivos y expectativas, la sociedad y la salud mental).
- La exposición de casos prácticos me parece un recurso muy adecuado para asimilar con más facilidad los contenidos teóricos que se explican.

4. Otros comentarios y sugerencias de mejora de cualquier aspecto relacionado con el Foro:

- Muy bien en general.
- Me ha parecido un foro muy interesante. He aprendido cosas y me ha gustado mucho la claridad expositiva de ambas ponentes. La adecuación a los horarios también positivo.

