

Programa de trabajo entre un grupo de pacientes crónicos del Servicio de Salud Mental y un grupo de personas mayores de la residencia de Vista Alegre del distrito de Carabanchel de Madrid: una experiencia grupal integradora

Julia NÚÑEZ DE LA FUENTE*
Juana GARCÍA SERRANO**
Valentín LEMUS PACHÓN***
Adela LOSTALÉ ALONSO****
Ángeles PANIZO CARRERA*****

Resumen

Definimos el proceso interinstitucional y multiprofesional desarrollado en el Servicio de Salud Mental de Carabanchel en colaboración con la Residencia de Personas Mayores, ambas Instituciones del distrito de Carabanchel de Madrid.

Aprovechando las actividades relacionales y ocupacionales de lo que llamamos "Grupo de Actividades de Día" para enfermos mentales crónicos e implementándolas con la práctica y aprendizaje de un programa de psicomotricidad, iniciamos un trabajo de colaboración entre dos instituciones bien diferenciadas.

Los objetivos del programa son crear un grupo cohesivo que, mediante su interacción, desarrolle las capacidades individuales de sus miembros, fomente la colaboración interinstitucional, aproveche los medios materiales y estimule la participación profesional mediante el trabajo en equipo.

Abstract

We define the interinstitutional and multiprofessional process developed in the Mental Health Service working together with Elder People Home, belonging both Institutions to the Carabanchel District of Madrid.

Taking advantage of the relational and pursuits activities of which we call "Day's Activities Group" for chronic mental illness people and accomplishing them with the practice and apprenticeship of a psychomotricity programme, we start a collaboration's work between two quite different Institutions.

The programme objectives are to create a joined group that, within its interaction develop the individuals capacities of their members, promote the institutional collaboration, take advantage of the physical resources and encourage the professional participation by means of the team work.

* Trabajadora Social del Servicio de Salud Mental de Carabanchel.

** Técnico especialista II del Servicio de Salud Mental de Carabanchel.

*** Enfermero especialista en Psiquiatría del Servicio de Salud Mental de Carabanchel.

**** Terapeuta Ocupacional de la Residencia de Personas Mayores de Vista Alegre.

***** Técnico especialista II del Servicio de Salud Mental de Carabanchel.

El artículo explica la metodología utilizada, las prácticas en psicomotricidad y los perfiles de ambos grupos en el caso de los enfermos mentales crónicos, utilizando los Criterios de Cronicidad del Área Sanitaria número 11 de Madrid como instrumento de medida del grado de cronicidad.

The article explain what is the methodology used, the psychomotricity activities and both groups profiles; in the chronic mental illness patients using too 11th Health Area chronicity condition criterion of Madrid, as a measure instrument of the chronicity level.

Historia del trabajo

En el año 1997 comenzamos a trabajar en la experiencia de integrar a un grupo de pacientes (enfermos mentales crónicos) procedentes del Grupo de Actividades de Día dentro del *Programa de Rehabilitación* del Servicio de Salud Mental de Carabanchel con un grupo de residentes de la Residencia de Personas Mayores de "Vista Alegre". Ambas instituciones públicas —en tanto que son accesibles a todos— están ubicadas en el interior de la "Finca de Vista Alegre" del distrito de Carabanchel de Madrid y separadas por 400 metros de distancia. El programa de colaboración permanece en la actualidad.

La rehabilitación en enfermos mentales crónicos se define como "el conjunto de actividades asistenciales y terapéuticas, desarrolladas por un equipo multidisciplinar, con el objetivo de minimizar las limitaciones de los pacientes crónicos derivadas de su trastorno psicopatológico, y hacer posible el mayor grado de integración en la comunidad mediante los recursos que la sociedad cree" (Programa de Rehabilitación y Reinserción Social, 1997).

El Grupo de Actividades de Día se inició en el año 1994 y surge a raíz del estudio de 107 pacientes crónicos del Servicio de Salud Mental del distrito de Carabanchel, realizado a finales de 1993. En dicho estudio se comprueba

que un 28% de los pacientes presentaban discapacidades sociofamiliares muy importantes, nivel de autocuidado deteriorado, nulas relaciones interpersonales y con un número importante de ingresos psiquiátricos; en general un grupo de pacientes con dificultades para adaptarse a recursos específicos de rehabilitación psicosocial, así como a los normalizados, e incluso para acceder al Servicio de Salud Mental. Además, la variedad de perfiles de pacientes crónicos requería una diversidad en la respuesta asistencial del programa, constituyéndose en una posibilidad terapéutica y rehabilitadora, dentro del marco del *Programa de Rehabilitación Comunitaria* para enfermos mentales crónicos (Programa del Grupo de Actividades de Día, 1998).

El Grupo de Actividades de Día forma parte de los *Programas de Rehabilitación y Seguimiento*, está coordinado por una Trabajadora Social y dirigido por dos profesionales de los Servicios de Salud Mental. Es un grupo abierto, flexible, no limitado temporalmente, que se reúne durante 4 días a la semana, 3 horas al día, y realiza las siguientes actividades:

- Manualidades.
- Capacidades cognitivas (atención, memoria, concentración).
- Relaciones personales.
- Ocio y tiempo libre: actividad semanal, fuera del centro, conjunta-

mente con un grupo de enfermos mentales crónicos y personas mayores de un Taller Terapéutico de los Servicios Sociales de Carabanchel.

A través de las reuniones de coordinación y seguimiento del equipo profesional del Servicio de Salud Mental, observamos la necesidad de introducir nuevas actividades en el Grupo de Actividades de Día, dando prioridad a la movilidad física (psicomotricidad). Entre los espacios con los que cuenta el edificio del Servicio de Salud Mental, como es lógico, no se dispone de un gimnasio para realizar dicha actividad. Por tanto, el equipo de profesionales del *Programa de Seguimiento* nos dirigimos —nuestra intencionalidad— a elaborar el proyecto de colaboración.

Las Direcciones de las instituciones (Servicio de Salud Mental y Residencia de PP.MM.) estudian e impulsan el proyecto. Posteriormente se realiza el programa de colaboración y se comienza la formación teórica y práctica de las responsables del grupo, que lo conducirán posteriormente. La duración de la formación por parte de la Terapeuta Ocupacional fue de un año.

El local (gimnasio), ubicado en la Residencia de "Vista Alegre", es utilizado por ambos grupos y se realizan las actividades conjuntas de gimnasia y psicomotricidad entre personas mayores residentes y pacientes del Servicio de Salud Mental.

Filosofía del trabajo

En el *Programa de Rehabilitación* del distrito de Carabanchel la priori-

dad es el trabajo comunitario —como fenómeno ideológico predominante— y las relaciones entre instituciones de un mismo distrito de Madrid. Las posibilidades que nos proporcionan lo "multiprofesional" son la mejor forma de trabajar con colectivos que precisan de una atención compleja —contra la atención unipersonal—, evitando la exclusión y alienación de los enfermos mentales crónicos.

El trabajo en equipo no sólo es más eficaz por lo que supone de complemento entre diferentes profesiones y actuaciones, sino que amplía las posibilidades de "abordaje multidimensional" de los problemas que llevan a enfermar.

Las coincidencias entre los objetivos del *Programa de Rehabilitación*, con varios aspectos de la filosofía del Trabajo Social, hacen que este programa se haya tratado de complementar con intervenciones propias y bien definidas del Trabajo Social. Todo esto nos ha permitido tener un mayor conocimiento de los pacientes —discernir sobre su individualidad— y posteriormente enfocar las actividades grupales, con las prioridades de conseguir la aplicación de los planes individualizados de rehabilitación e integración del paciente en la comunidad, esto es, "se ha tratado de armonizar objetivos, métodos y conducta personal" (Acero, 1998:43).

Con lo dicho en este apartado, no realizábamos una anteposición de lo que iba a ocurrir, sino que es la experiencia realizada y la metodología del trabajo lo que nos lleva a realizar estas afirmaciones.

Hipótesis de trabajo

Desde el punto de vista de la *Rehabilitación Psicosocial y Reinserción Social* es necesario ampliar las posibilidades de integración en actividades, lo más normalizadas posibles, de aquellas personas que, por padecer procesos discapacitantes, sufren desventajas sociales graves (Organización Mundial de la Salud, 1980). Con esta idea iniciamos un programa para la integración de dos grupos "primarios"—grupo de enfermos mentales crónicos y grupo de personas mayores—, utilizando como nexo de unión la actividad de psicomotricidad.

Dábamos por tanto un paso importante para aumentar las actividades que ya se estaban desarrollando con los enfermos mentales crónicos; por una parte iniciábamos una actividad que proporcionaba su movilidad física y por otro ganábamos un espacio cedido por una institución ajena a la Salud Mental. Sin embargo, éramos conscientes de que esta "movilidad social", aún siendo integradora, era de extrema dificultad.

Las instituciones implicadas (Servicio de Salud Mental y Residencia de Personas Mayores), a través de sus Direcciones, posibilitaron el inicio de este programa. La importancia del apoyo ofrecido y la posibilidad de llevar a cabo esta experiencia en un gimnasio con todos sus aparatos de rehabilitación física (poleas, bicicletas estáticas, espaldaras, paralelas, etc.) favoreció que el grupo de profesionales (de diferentes profesiones e instituciones) llevaran a cabo el programa. Nos pusimos como reto comprobar los beneficios de unir

dos grupos aplicando la experiencia que podíamos aportar como equipo multiprofesional, a la vez que estimularíamos la sensación de pertenencia de los integrantes de ambos grupos.

Método del trabajo

A través de la Dirección de la Residencia de Personas Mayores de "Vista Alegre" se comunicó a los residentes la experiencia que iba a iniciarse. Se programó la actividad y se sensibilizó al grupo de residentes para que colaboraran y se beneficiaran de este programa. La explicación a los pacientes del Grupo de Actividades de Día fue realizada por las responsables de dicho grupo.

Se realizan las actividades habituales del Grupo de Actividades de Día, más dos sesiones semanales de una hora de duración (gimnasio de la Residencia de "Vista Alegre"). La formación y dirección del grupo es responsabilidad de la Terapeuta Ocupacional de la Residencia y, al cabo de un año de experiencia, la coordinación grupal es llevada directamente por las profesionales responsables del Grupo de Actividades de Día.

La Terapeuta Ocupacional de la Residencia comenzó a desarrollar la actividad de psicomotricidad, con ambos grupos, con los siguientes objetivos fundamentales:

- Realización de la actividad misma.
- Formación teórica y práctica del personal que posteriormente se encargaría de llevar a cabo la actividad y responsable del Grupo de Actividades de Día.

— Ofertar a los enfermos mentales crónicos otras actividades que se realizan periódicamente en la Residencia de PP.MM.

— Evaluación del proyecto de colaboración.

Este grupo puede ser definido como grupo "socioeducativo" en todas sus características de entrenamiento y con algunas particularidades de los grupos llamados "socioterapéuticos" (Rossell, 1998:112).

El objetivo fundamental es dinamizar el Grupo de Actividades de Día, aplicar nuevos métodos y técnicas, ofrecer un reciclaje profesional, relación interinstitucional, intercambios de profesionales y espacios. Para ello pensamos en lograr aquéllo que más se aproximase a un grupo cohesivo. Aprovechar el grupo primario de las personas de la residencia —capacidades personales— y proporcionar experiencias diferenciadoras a los pacientes del Grupo de Actividades de Día nos permita superar barreras para la integración de los enfermos mentales crónicos, aún siendo un reto difícil. Porque "la heterodoxia de estilos de personalidad, de edad y de áreas problemáticas, enriquece el caldo de cultivo de la subsiguiente interacción grupal" (Vinogradov, S. y Yalom I.D., 1996:59).

Objetivos generales del programa

— Colaborar con otras instituciones y sus profesionales para compartir experiencias y espacios que puedan beneficiar a diferentes colectivos.

— Compartir espacios de discusión y trabajo.

— Introducir a profesionales de los Servicios de Salud Mental en técnicas de psicomotricidad, con el objetivo de aplicarlas en el Grupo de Actividades de Día.

— Promover la interrelación entre grupos para que intercambien experiencias, apoyos, etc.

— Integrar a la Terapeuta Ocupacional de la Residencia de PP.MM. (profesional ajena a la red de Salud Mental) en las reuniones del Programa de Seguimiento y sesiones clínicas de los Servicios de Salud Mental del distrito de Carabanchel.

Objetivos específicos con los enfermos mentales crónicos

1. Mejorar la movilidad física mediante la actividad de la Psicomotricidad.
2. Adquisición de Habilidades sociales (instrumentales e interpersonales).
3. Actividades de la vida diaria (básicas y complejas o instrumentales).
4. Contención personal y descarga familiar.
5. Promover la realización de actividades normalizadas (relacionales y de ocio y tiempo libre).

Objetivos específicos con las personas mayores

1. Estimular el sentido de ayuda y pertenencia hacia otros colectivos.
2. Sensibilizar respecto a lo diferente, en concreto respecto a las per-

sonas que padecen enfermedades mentales con estigmas sociales muy importantes.

3. Proporcionar un programa donde se promueva la movilidad física.

Aspectos comunes de ambos grupos

Destacamos y generalizamos algunos de los aspectos que detectamos en ambos grupos que hacen que mantengan características comunes y por los que se consiguió la cohesión grupal.

— Las relaciones en una Residencia de Personas Mayores son, por lo general, más frías, con sentimientos de soledad, ya que “no tienen oportunidad de entablar ninguna interacción entre ellos para lograr un mejor conocimiento mutuo” (Konopka G., 1973:234).

— Distanciamiento familiar, tanto en las personas mayores como en los enfermos mentales crónicos. Ambos grupos muestran características comunes en las relaciones familiares; “los residentes tienen menos vínculos familiares, personales y comunitarios que el término medio” (Konopka G., 1973:234).

— Los enfermos mentales crónicos mantienen, aunque no de forma permanente, un deterioro cognitivo, fruto tanto del proceso que sufren, como de las minusvalías sociales que padecen. En las personas mayores, que presentan un deterioro cognitivo, como consecuencia de la edad avanzada y de enfermedades orgánicas, éste es irreversible, aunque no por ello inabordable.

— La movilidad física es la característica fundamental que proporciona mayor cohesión a ambos grupos. La

inmovilidad física de algunos residentes, por motivos obvios, es una circunstancia agravante de su deterioro psicosocial. En los enfermos mentales, como consecuencia en gran parte por los tratamientos psicofarmacológicos con los que son tratados y por la inactividad que propicia su psicopatología, se produce esta circunstancia favorecedora de la cronificación.

— Por último, las habilidades comunicacionales (verbales, no verbales, de escucha, etc.) están notablemente disminuidas en ambos grupos.

Aspectos particulares de ambos grupos

La unión de ambos grupos proporcionaba la capacidad, o mejor la tarea, de realizar actividades acordes a sus capacidades individuales. En estos aspectos es donde centramos las diferentes expectativas y objetivos que mantenían cada grupo primario.

Entre los objetivos de las personas mayores describimos como aspectos positivos la mejora de su autoestima, sentimiento de ayuda a terceros, autosuperación y aceptación del diferente. Se observa que “cuando más positivamente nos acerquemos a las personas, más sorprendidos quedaremos por su capacidad de cariño, aceptación y verdadera amistad humana” (Konopka, G., 1973:240).

Entre los enfermos mentales crónicos la rehabilitación psicosocial como marco fundamental, la movilidad física, tratamiento del deterioro cognitivo, lucha contra los prejuicios y adquisición y normalización de hábitos cotidianos.

Breve descripción del grupo de personas mayores

Como hemos descrito anteriormente, la experiencia nos define que las relaciones sociales en las instituciones son escasas. El mundo exterior se hace inaccesible y el mundo interior queda limitado a los programas preparados por la propia institución. La participación de lo que el otro puede ofrecer tiene características similares a lo que el propio sujeto añora y de lo que carece y, por tanto, en ocasiones es rechazado.

Es común denominador de los residentes el abandono de las actividades que realizan bien por traslado de residencia, enfermedad orgánica incapacitante, edad avanzada, etc., por lo que hay que estar continuamente recordándoles la actividad.

Durante el primer año la participación del grupo de residentes fue de diez personas. No ha existido competitividad entre los miembros de ambos grupos. Las personas mayores han proporcionado cohesión al grupo, capacidad solidaria y apoyo, participando en las relaciones y actividades con gran serenidad.

Por tanto, nos hemos beneficiado de la capacidad que disponen los residentes de ofrecer apoyo, en tanto que integrantes y sujetos activos del trabajo de grupo.

La edad media es de ochenta y dos años, rango de edad (69-91 años). Las causas de las bajas de los residentes durante el segundo año fueron:

— Traslados de residencia: 3 residentes.

— Enfermedades orgánicas: 4 residentes.

— Otros motivos: 2 residentes:

— En la actualidad permanece un residente en este programa, y a partir de este año se integrará a otros participantes.

Perfil de los enfermos mentales crónicos de los grupos de actividades de día

Realizamos un estudio de los veintinueve pacientes que han pasado por esta experiencia y de los cuales ocho permanecen en la actualidad (100% de la capacidad del Grupo de Actividades de Día). Utilizamos como instrumento fundamental la aplicación individual de la escala de medición de la cronicidad utilizada en nuestra Área Sanitaria (Programa de Rehabilitación y Reinserción Social del Área Sanitaria número 11 de Madrid, 1990). Para la clasificación diagnóstica hemos utilizado la CIE.-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Hemos querido detallar los aspectos más relevantes del estudio para que se tengan una visión, lo más clara posible, del tipo de pacientes que tratamos en el Grupo de Actividades de Día del *Programa de Rehabilitación*.

Sexo

— Mujeres: 27,6%

— Hombres: 72,4%

Edad

— La edad media es de 37 años.

Tiempo media de permanencia en los grupos

- Total: 29 pacientes (16 meses)
- Altas: 21 pacientes (16 meses); destacando mayor permanencia en los casos de cumplimiento de los objetivos, 5 pacientes (19 meses)
- Permanecen: 8 pacientes (15 meses)

Actividades que realizan en los grupos

- Todas: 69%
- Parciales: 31%

Estado civil

- Solteros: 100%

Convivencia

- Solos: 13,8%
- Padres: 38%
- Solo con madre: 17,2%
- Solo con padre: 6,9%
- Madre y hermanos: 6,9%
- Otros familiares: 10,3%
- En instituciones: 6,9%

Estudios

- Estudios primarios o sin estudios: 44,8%
- Graduado escolar: 41,5%
- Bachiller superior: 10,3%
- Diplomados universitarios: 3,4%

Profesión

- Personal servicios administrativos: 6,9%

- Comerciantes y vendedores: 10,4%
- Hostelería, servicios y seguridad: 17,2%
- Sin profesión / ocupaciones no especificadas: 65,5%

Situación laboral

- Parados sin subsidio de desempleo: 27,6%
- En situación de incapacidad laboral transitoria: 6,9%
- Pensionistas (pensiones contributivas, no contributivas y de orfandad): 65,5%

Comorbilidad

- No presencia de otras enfermedades: 75,9%
- Presencia de alguna enfermedad orgánica: 13,8%
- Antecedentes de consumo de tóxicos: 10,3%

Modalidad de atención en el Servicio de Salud Mental

- Tratamiento farmacológico: 69%
- Tratamiento farmacológico más terapia individual: 31%

Diagnóstico

- Trastorno Esquizofrénico: 62%
- Psicosis injertadas en una deficiencia intelectual: 13,8%
- Otros trastornos psicóticos: 6,9%
- Trastornos neuróticos (depresiones, distimias...): 10,4%
- Trastornos de la personalidad: 6,9%

Número de ingresos en la unidad de hospitalización breve de psiquiatría durante los dos últimos años

- Sin ingresos: 79,3%
- De uno a tres ingresos: 20,7%

Realización de otras actividades de rehabilitación / reinserción

- Ninguna: 55,2%
- Centros Culturales: 10,4%
- Recursos específicos de rehabilitación: 17,2%
- Recursos residenciales: 6,8%
- Talleres ocupacionales: 10,4%

Motivo de las Altas

- Cumplimiento de los objetivos fijados: 17,3%
- Derivación a recursos específicos de rehabilitación: 31%
- Incorporación laboral: 3,4%
- Abandono: 17,3%
- Ingreso hospitalario: 3,4%
- Permanecen en los grupos: 27,6%

Criterios de Cronicidad del Área sanitaria número 11 de Madrid

La aplicación de los Criterios de Cronicidad define el grado de cronicidad en la que se encuentra un individuo en el momento del estudio. Se puntúan cinco áreas que a su vez se dividen en diferentes módulos (veintitrés en total). A mayor puntuación, mayor cronicidad. El resumen de grados de cronicidad se enumera de 0 a III (0: sin cronicidad; I: cronicidad leve; II: cronicidad moderada; III: croni-

cidad grave), siendo estos los resultados totales promediados:

- Área Autocuidado y Salud: 4,16 puntos (0-18); Grado I de cronicidad
- Competencia Personal y Social: 8,24 puntos (0-30); Grado II de cronicidad
- Autonomía Personal y Social: 8,33 puntos (0-30); Grado II de cronicidad
- Información Clínica: 4,75 (0-19); Grado I de cronicidad
- Evolución Clínica: 5,95 (0-36); Grado I de cronicidad
- Resumen Total: 31,0 (0-133); Grado I de cronicidad

Comentarios y conclusiones

De los resultados del estudio de veintinueve pacientes que pasaron por esta experiencia (ocho continúan), destacamos que como promedio pertenecen al grado I de cronicidad total (cronicidad leve), obteniendo mayor puntuación en las áreas de competencia y autonomía personal y social (grado II de cronicidad), que se refiere a los recursos personales del individuo, los apoyos sociales para hacer frente a los problemas de la vida cotidiana en su entorno, al manejo de recursos sociocomunitarios, habilidades sociales, actividades de la vida diaria y autonomía económica.

Encontramos diferencias significativas entre los enfermos que abandonaron los grupos (grado II de cronicidad total) y por ejemplo los que fueron derivados a recursos específicos de rehabilitación (grado I de cronicidad total). No existen diferencias significativas entre los grados que presen-

tan los diferentes diagnósticos, excepto las psicosis injertadas en una deficiencia mental que tienen un grado II de cronicidad total (Programa de Rehabilitación y Reinserción Social del Área Sanitaria número 11 de Madrid, 1990), (Castro Rozas, C. y otros autores, 1997).

Psicomotricidad

En este apartado definimos el programa de psicomotricidad aplicado en la experiencia grupal. Esta técnica nos va a permitir abordar la reeducación y la educación de aspectos esenciales en la rehabilitación y reinserción de los enfermos mentales crónicos: sociabilidad, paliar trastornos motores, reducir la percepción, desarrollo cognitivo y expresión corporal (Programa de Rehabilitación y Reinserción Social del Servicio de Salud Mental del distrito de Carabanchel, 1998).

Sujetos

Enfermos mentales crónicos del Grupo de Actividades de Día del Servicio de Salud Mental y Personas Mayores de la Residencia de "Vista Alegre". El número máximo de integrantes es de dieciocho personas.

Objetivos

1. Sociales integrantes: comunicación, intercomunicación, sociabilidad, sentido de la participación, autonomía y seguridad en uno mismo.
2. Somático-tonales: tono muscular, flexibilidad y destreza.

3. Psico-somáticos: coordinación, ritmo binario natural, sistema direccional, vivencia espacial, lateralización, concentración y relajación.

Métodos y procedimientos

1. Juego: sistema de ejercicios participativos donde intervienen la coordinación, agilidad motora y mental, sentido de la orientación, cambios rítmicos de actuación, tales como:

— Ejercicio de las sillas donde uno queda campeón.

— Juego de palmas (frente a frente) en la que cada pareja golpea cuando se le indica manteniendo un baile rítmico.

— Juego de sincronización de palmadas pasando uno tras otro correlativamente.

— Juego de círculo (sentados con los ojos cerrados) pasándose objetos y evitando que éstos se almacenen en una sola persona.

2. Ejercicios rítmicos tonales:

— Subiendo y bajando coordinadamente pie izquierdo y derecho a una silla.

— Ejercicio de cuerdas (frente a frente, de dos en dos) desplazando los brazos hacia atrás y hacia delante.

— Flexionando doblemente las rodillas apoyadas en una silla (flexiones leves).

— Sentándose y levantándose rítmicamente de la silla.

3. Ejercicios psicomotrices de concentración:

— Coordinación de pequeños desplazamientos de las manos en espacios mayores o menores en un tiempo lo más lento posible (ojos cerrados).

— Vivencias rítmicas respiratorias controlando conscientemente el movimiento inspiratorio y expiratorio.

— Concentración de la mente en el cimbreo lento de los dedos de las manos.

— Tensiones y distensiones auto-controladas abriendo y cerrando las manos.

— Programación de movimientos voluntarios con todos los miembros corporales coordinándolos, buscando proporciones y distancias.

4. Relaxaciones:

— Música y palabra (sentados, ojos abiertos o cerrados).

— Invitación a escuchar y desalojar de la mente los aspectos negativos.

— Relaxación en el movimiento (paseando tranquilamente por la sala).

Evaluación general

El propósito común de los grupos primarios de mejorar sus capacidades y relaciones con los demás (habilidades sociales) es desarrollado satisfactoriamente.

El grupo tiene la capacidad de aceptar la salida de miembros y entrada de personas nuevas. La flexibilidad del grupo es un elemento fundamental para esta experiencia.

En todo momento el grupo de personas mayores ha realizado una tarea solidaria, de apoyo y participación hacia los enfermos mentales crónicos. No ha existido competitividad intergrupos. Hemos aprovechado "las personalidades y experiencias" de las personas mayores de la Residencia de "Vista Alegre" que, sin duda, están me-

yor dotadas para la interacción que los enfermos mentales crónicos, y han supuesto un beneficio cualitativo para ambos grupos.

Mejorías sustanciales del contacto "normalizado" de los pacientes en un espacio ajeno a la red de salud mental y de la red social de apoyo y de confianza de ambos grupos.

Los objetivos de iniciar relaciones interinstitucionales y utilización de espacios comunes se cumplieron totalmente. Además, el programa nos ha proporcionado la oportunidad de diferenciar espacios de trabajo para cada actividad, y de retomar propósitos que, sin duda, están en decadencia: el dinamismo, la inquietud profesional y el trabajo en equipo.

Bibliografía

- Acero Sáez, C. (1998), "Las aportaciones de Eduard C. Lindeman al trabajo social", *Trabajo Social Hoy*, nº 20, 30-46.
- Castro Rozas, C., Fernández Velasco A. I., González Gutiérrez E., Lemus Pachón, V. y Torres Fonseca E. (1997), "Cuestionario de Autonomía Personal" en *Programa de Rehabilitación y Reinserción Social del Servicio de Salud Mental del distrito de Carabanchel de Madrid*, (1997), Madrid.
- Konopka, G. (1973), *Trabajo de grupo en la Institución*, Madrid, Editorial Católica S.A.
- Organización Mundial de la Salud. CIE-10, (1992), *Trastornos Mentales y del Comportamiento, Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*, Madrid, Meditor.
- Organización Mundial de la Salud, (1980), *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Handicaps* en I.N.S.S., (1983). *Programa de Rehabilitación y Reinserción Social del Área Sanitaria número 11 de Madrid*, (1997), Madrid.
- Programa de Rehabilitación y Reinserción Social del Área Sanitaria número 11 de Madrid, (1990), "Criterios de Cronicidad del Área Sanitaria número 11 de Madrid", Versión adaptada y modificada, (2000), Madrid.

Programa de Rehabilitación y Reinserción Social del Servicio de Salud Mental del distrito de Carabanchel, (1998), "Programa de Psicomotricidad en el Grupo de Actividades de Día del Servicio de Salud Mental de Carabanchel", Madrid.

Programa del Grupo de Actividades de Día dentro del Programa de Rehabilitación y Reinserción Social del Servicio de Salud Mental del Distrito de Carabanchel, (1998), Madrid.

Rossell Poch, T. (1998), "Trabajo Social de grupo: grupos socioterapéuticos y socioeducativos", *Cuadernos de Trabajo Social*, nº 11, 108-122.

Vinogradov S. y Yatom I.D. (1996), *Guía Breve de Psicoterapia de Grupo* Barcelona, Paidós.

Julia NÚÑEZ DE LA FUENTE
Juana GARCÍA SERRANO
Valentín LEMUS PACHÓN
Adela LOSTALÉ ALONSO
Ángeles PANIZO CARRERA