

## Buenas Prácticas en...

---

### TALLER DE PROBLEMAS DE CONDUCTA

**Nombre de la entidad:** Fundación San Cebrián.

**Promotor/es de la buena práctica:** Julio César del Río / Marisa Salán.

**Federación a la que pertenece:** FEAPS Castilla y León

**Coordinador/es o persona/s de contacto:** Julio César del Río.

**Fecha o periodo en el que se ha desarrollado:** Desde septiembre de 2004 hasta la actualidad.

**Otros datos que se consideren relevantes:**

#### LA BUENA PRÁCTICA

En septiembre de 2004, después de diferentes intentos se organiza un taller de personas con problemas de conducta. Son seis personas con distintos diagnósticos y una larga historia de fracasos e inadaptaciones, tanto en el ámbito familiar, como en el escolar, social, laboral, etc.

El objetivo que pretendemos es lograr su adaptación al centro, de forma que sus repertorios de conducta sean un refuerzo positivo y no motivo de rechazo y de castigo.

La monitora del taller se encarga de organizar las tareas de formación, prelaborales, de ocio, etc. Cuenta con un monitor de apoyo durante determinadas horas y con el apoyo y colaboración del psicólogo. Entre el monitor y el psicólogo elaboran y ejecutan los programas individuales y de modificación de conducta. La característica más importante es que los objetivos sean sencillos, concretos, y fáciles de medir, por ejemplo: acudir a comer todos los días, asistir al taller toda

la jornada...

En el equipo de trabajo siempre se ha considerado importante la valoración objetiva de los resultados mediante el registro de conducta. Esto junto a otras valoraciones, nos permite pensar que la intervención que se realiza es positiva para los usuarios.

## **ANTECEDENTES**

La Fundación San Cebrián atiende a unos 265 usuarios, repartidos en distintas localidades: Carrión de los Condes, Villamuriel, Palencia, San Cebrián de Campos. Los servicios se delimitan por las diferentes direcciones. La que nos afecta es la dirección de centro de día de San Cebrián, que está compuesta por: el servicio ocupacional, el de mayores y de jóvenes.

De los 265, un 30% de los usuarios presenta trastorno dual, la mayoría de ellos se encuentran perfectamente adaptados. Algunos no lo consiguen, es por lo que nos hemos visto obligados a dar otras soluciones, como es la creación de un servicio que facilite la adaptación a ese grupo de usuarios.

Anteriormente la atención a estos usuarios se basaba en la actitud y la voluntad del trabajador, en su grado de implicación. También se contaba con el apoyo del Comité de Ajuste, integrado por técnicos, que intervienen en los casos problemáticos.

## **DIAGNOSTICO Y VALORACIÓN**

En 2002 se establece la figura del psicólogo del centro ocupacional. En su plan de acción se plantea el objetivo de prevenir las conductas desafiantes, donde se propone:

1. Identificar a los usuarios con riesgo de presentarlas y
2. Elaborar programas grupales (sobre todo de habilidades sociales).

En 2004 se elabora un programa específico para usuarios con “alteraciones de conducta”, donde se actúa de forma individual y en momentos puntuales del día.

La derivación de usuarios proviene de los trabajadores de atención directa.

El último paso se dio en septiembre de 2004, cuando se destina un aula y un monitor para atender a “usuarios con problemas de conducta”. Dichos usuarios son:

(En la descripción de cada uno se indica el diagnóstico y valoración de la gerencia, el nivel de servicio del ICAP "Inventario para la Planificación del Cliente y de la Agencia", una ligera referencia a su historia personal y su situación en 2004)

- Usuario A: con 40 años, presenta retraso mental ligero, alteración de la conducta, con 52%. 55 de nivel de servicio. Ha presentado problemas en el ámbito familiar (caracterizado por frecuentes conductas agresivas, desafiantes y negativitas). En 2004 no acudía a ningún taller. A casa iba cada vez menos fines de semana. Su apariencia física e higiénica dejaba mucho que desear.
- Usuario B: tiene 32 años y presenta monoplejía branquial derecha con crisis comiciales y retraso en el desarrollo psicomotriz (78%). Nivel de servicio de 43.
- Usuario C: tiene 47 años. Está diagnosticado con discapacidad del sistema neuromuscular, trastorno cognitivo craneoencefálico y trastorno mental (73%). El nivel de servicio es de 40. Tuvo una caída desde 3 metros por la que sufrió una lobotomía traumática. Se le diagnostica psicosis delirante con deterioro cognitivo, déficit atencional y deterioro de memoria a corto plazo, largo y remota. No comprende textos ni cálculo. En 2004 se muestra totalmente ausente, es incapaz de relacionarse.
- Usuario D: tiene 21 años, presenta retraso mental moderado (69%). Nivel de servicio de 54. Proviene de una familia con larga experiencia en protección de menores. Fue institucionalizado a edad temprana. En el centro ha pasado por todos los talleres, pero sin éxito.
- Usuario E: tiene 26 años. Diagnosticado de retraso mental ligero con alteraciones de la conducta (48%). Nivel de servicio de 57. En su expediente se hacen constantes referencias a las dificultades de comprensión de situaciones sociales. Presenta conductas de acoso. En 1994 el equipo del MEC le diagnostica: inadaptación escolar, hipolaboriosidad e indisciplina. Conducta dis-

ruptiva y socialmente ofensiva en el aula. En 2004 la asistencia al centro era mínima y cuando asistía por la tarde se fugaba a casa.

- Usuario F: tiene 36 años, presenta retraso mental moderado y trastorno de la afectividad (77%). Diagnosticado de síndrome neuroléptico maligno que limita el tratamiento farmacológico. En un informe social de mayo de 2004 se dice que “acude al taller acompañado por un monitor, pues al levantarse tiende a fugarse y encerrarse en el servicio. Debido a los problemas de conducta suele permanecer menos tiempo en el domicilio familiar en vacaciones”.

## PROCESO SEGUIDO

Conocidos los usuarios planteamos el programa, donde proponíamos como **objetivo principal**: “Conseguir la adaptación al centro, integrándoles en las actividades, horarios y espacios de la Fundación, mediante la adaptación a ellos del personal y los espacios”. **Otros objetivos** propuestos son: conseguir un grupo de referencia; mantener y mejorar las capacidades físicas y mentales; conseguir hábitos de vida correctos; fomentar la participación en actividades que ocupen, distraigan, entretengan; formar a los usuarios en hábitos de salud e higiene; conseguir y mantener hábitos laborales básicos.

Las **acciones** realizadas durante estos dos años han sido:

- **Recogida de información mediante entrevistas con los usuarios, familias y otros trabajadores y revisando expedientes:** al comienzo recurrimos a los expedientes y a los propios usuarios, lo que era facilitado por el contacto habitual. Ha sido interesante la información aportada por los trabajadores del centro. La participación de las familias, con las que se tuvo una entrevista inicial donde se explicó en qué consistía el taller, y otras sesiones para plantear objetivos comunes y recibir feedback.
- **Elaboración de programas de modificación de conducta:** el trabajo en equipo es una característica del programa, la colaboración entre la monitora y el psicólogo, con reuniones diarias, ha permitido intervenir en la conducta de los usuarios, mediante: planteamiento de objetivos, planificación de actuaciones, establecimiento de criterios de evaluación, intervenciones de urgencia

(en las que también han intervenido otros técnicos: sujeción, búsqueda y conducción de los usuarios al taller o al comedor...).

- **Seguimiento y evaluación:** realizado por la monitora en su actuación diaria en el taller. La familia ha tenido un papel importante, aportando su punto de vista sobre la evolución de su familiar.
- **Otras actividades:** son las que se realizan diariamente y dan consistencia al taller. Las hay de tipo laboral (gresite, agendas, jardinería, etc.) que permiten no desconectar a los usuarios de lo laboral. Otras son de tipo formativo: algún usuario sale del taller para realizarlas. Y actividades de ocio: salidas que se realizan una vez al mes, preparación de los carnavales...
- **Recursos humanos:** al frente del taller está una monitora, con experiencia en las personas con discapacidad, pero no con preparación específica en problemas de conducta. Su horario se cubre en un 60% con cuidadores de apoyo. El psicólogo participa: en reuniones con la monitora para la programación y realización de actividades, entrevistas con usuarios y familiares, en momentos puntuales participa en la atención directa del taller.

En determinadas circunstancias se emplean otros recursos de la Fundación, como: equipo técnico, comité de ajuste, servicio sanitario, profesorado. En tres usuarios el tratamiento psiquiátrico es externo.

- **Otros recursos:** un aula de unos 25 m<sup>2</sup>, bien ubicada, con material nuevo y con buenos accesos. Se dispone de material variado para las actividades. Se usan también otros recursos como: gimnasio, aula de formación, sala multisensorial, vehículos, otras aulas o despachos para entrevistas con familias, etc.

## NIVEL DE IMPLANTACIÓN

La actividad del taller se desarrolla durante todo el año salvo en vacaciones: el mes de agosto, una semana en Semana Santa y otra en Navidad. El horario es el mismo de cualquier servicio de centro de día, de 9:00 h. a 17:30 h. La mañana comienza con actividades formativas (habilidades académico-funcionales), durante un periodo de dos horas (de 9 a 11 h.). Hasta las 11:30 h. hay un descan-

so. De 11:30 a 13:00 h. se dedica a las actividades prelaborales, donde se intenta crear el hábito del trabajo. Hay periodos donde falta material, es cuando se recurre a las manualidades. A las 13:00 h. es la comida, seguida de un descanso hasta las 15:00 h., se aprovecha para realizar actividades de higiene. A partir de las 15:00h. se reparten el tiempo las actividades de tipo laboral con las de ocio, dependiendo de días y de épocas del año. En verano se aprovecha para paseos, disfrutar de la piscina...

Otras actividades que no se ubican en el aula son: un usuario recibe sesiones de fisioterapia dos veces a la semana, tres reciben una sesión semanal de 45 minutos en la sala multisensorial, otro acude todas las tardes a un curso y otro participa en el taller de jardinería dos mañanas (martes y jueves). Una vez al mes se hace una salida para visitar a usuarios o a sus padres o ir a localidades cercanas.

## **EVALUACIÓN DE LA MEJORA**

Al comienzo de la práctica, establecimos la necesidad de medir los progresos, de tal forma que fuera posible aportar algún dato numérico. La evaluación de la actividad la realizamos de tres formas:

**Resultados de los registros de evaluación:** (los resultados se comparan entre el año 2005 y el primer semestre de 2006)

- Usuario A: la enuresis diurna ha pasado de 33 a 2 en 2006. Las fugas del taller fueron 12 frente a 3 ahora. No asistir a comer se dio en 11 ocasiones frente a 2 en lo que llevamos de año. En 2006 se ha empezado a registrar los días en los que el usuario duerme en exceso, lo que nos confirma la necesidad de trabajar con el servicio de residencia.
- Usuario B: en 2005 se usó la sujeción farmacológica en 10 ocasiones, este año hasta el mes de julio se usó una vez. Las ausencias del taller fueron 84 en 2005, en 2006 han sido 32, suelen coincidir más con el buen tiempo. Los episodios de agresiones fueron 27 frente a 16 en 2006, pero es significativo que se producen en los periodos de descanso.
- Usuario C: se registraron las ausencias del taller, en 2005 se dieron en 31 ocasiones, en 2006 de momento han sido 30. Es el usuario con el que menos se

ha avanzado.

- Usuario D: se han registrado las ausencias del taller y no son buenos datos, de 84 frente a 57 en este año. Se necesita trabajar el aspecto laboral. Sí creemos que se ha dado cierta evolución en su autodeterminación.
- Usuario E: registramos la asistencia, dándose 70 faltas en el 2005 y 26 en el 2006. Durante 2005 estuvo ingresado en psiquiatría varias veces, que no se han contabilizado como falta (sería cerca de un mes sin contar agosto).
- Usuario F: entre el 2005 y el 2006, las conductas de fuga están estables (25 frente a 13). El aspecto más importante con este usuario es el peso, que ha variado de 63 kilos a 71. La evolución ha sido ascendente hasta estabilizarse.

**Lo que hemos apreciado:** al comienzo el primer reto fue que estos usuarios asistieran al taller y que mantuvieran su horario cada día. Hoy asisten voluntariamente y están integrados en el aula y en el grupo. El proceso se ha basado en la constancia: acompañándoles al taller, al comedor...

**Opinión de otros trabajadores y de la familia:** aprecian, en general, que 6 usuarios que habitualmente captaban la opinión negativamente, hoy pasan desapercibidos y en algún caso, se ven reforzados positivamente en su relación con los trabajadores. Las familias lo han manifestado también. En dos casos las vacaciones o estancias con la familia se han alargado o hecho más frecuentes. En un caso el psiquiatra ha manifestado la mejoría a los padres. En otro la actitud de asistir es considerada normal, cosa que antes no ocurría.

## **IDEAS CLAVE PARA OTROS EMPRENDEDORES DE ESTA BUENA PRÁCTICA**

El trabajo en equipo, con voluntad. Programaciones individuales centradas en la persona e interviniendo en los ámbitos de su vida: familia, taller, vivienda. Objetivos concretos y fáciles de evaluar, que permiten el uso de registros. Implicación personal y constancia.

### LO QUE SE DEBE HACER

- La implicación de las familias en el proceso, han sido el mejor refuerzo.
- La definición (a veces escasa) de los criterios de evaluación y atribuirles un valor numérico.
- Lograr que los usuarios tengan el taller como lugar de referencia.
- Ser flexibles, para rectificar cuando nos equivocamos.

### LO QUE NO SE DEBE HACER

- Intentar imponer a unos padres la forma de actuar con su hijo.

### LO QUE NOS QUEDA POR HACER

Se debe fomentar el aspecto laboral, mediante una figura parecida al pre-parator laboral, con el fin de lograr una adaptación progresiva a un servicio estable. En algún caso es importante trabajar conjuntamente con el servicio de vivienda, ampliando la actuación a todo el día. Nos queda también afrontar periodos de cambio de usuarios: salida de algunos (decidir cuando debe ser) e ingreso de otros, ya que el número de usuarios es el justo.

### OTROS COMENTARIOS, IDEAS, OPINIONES, SUGERENCIAS, CRÍTICAS, ALABANZAS, DUDAS, ESPERANZAS...

La madre de un usuario nos dijo que hace dos años pensaba que su hijo, tal como estaba, se moría. Otros también lo pensábamos cuando íbamos una y otra vez a buscarlo, en junio o julio, a las 12, la 1 ó las 2 de la tarde y lo encontrábamos tumbado en mitad de una tierra a medio kilómetro de la carretera.

Un usuario dijo: “Marisa me gusta estar en el taller contigo”.