



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Una intervención sistémica en el núcleo familiar
de pacientes con trastorno neurótico

Autor/es

Andrea Elorri Crespo

Raquel Vera Pardillos

Director/es

Santiago José Boira Sarto

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

2014

TABLA DE CONTENIDO

Trabajo Fin de Grado	1
TABLA DE CONTENIDO	2
ÍNDICE DE TABLAS	5
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	6
1. INTRODUCCIÓN	7
2. METODOLOGÍA	11
2.1 FUENTES PRIMARIAS.....	12
2.2 FUENTES SECUNDARIAS	14
3. FUNDAMENTACIÓN.....	15
3.1 MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA.....	15
3.1.1 NEUROSIS. TIPOS DE TRASTORNO NEURÓTICO	15
3.1.2 RELACIONES EN EL NÚCLEO FAMILIAR	31
3.1.3 LOS CUIDADOS DESDE DENTRO Y FUERA DEL HOGAR	36
3.1.4 MARCO LEGAL	41
3.2 NECESIDADES SOCIALES, ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN, PERTINENCIA.....	43
3.2.1 PROGRAMA DE ASESORAMIENTO Y FORMACIÓN (ASAENES)	43
3.2.2 PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR (ASAPME).....	45
3.2.3 ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	46
3.2.4 PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA 2008- 2013	48
3.3 ANÁLISIS DEL CONTEXTO	50
4. DISEÑO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN	52

4.1 MARCO INSTITUCIONAL. ÁMBITO TERRITORIAL DE ACTUACIÓN. DELIMITACIÓN TEMPORAL	52
4.2 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	55
4.2.1 OBJETIVO GENERAL	55
4.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	55
4.3 BENEFICIARIOS	58
4.4 ACTUACIONES Y ACTIVIDADES	59
4.4.1 PSICOEDUCACIÓN	60
4.4.2 MANEJO DE EMOCIONES.....	61
4.4.3 CONVIVENCIA	62
4.4.4 HABILIDADES DE COMUNICACIÓN	63
4.5 METODOLOGÍA	66
4.5.1. PSICOEDUCACIÓN	66
4.5.2 MANEJO DE EMOCIONES.....	67
4.5.3 CONVIVENCIA	68
4.5.4. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN	68
4.6 EVALUACIÓN	71
4.6.1 PSICOEDUCACIÓN	71
4.6.2 MANEJO DE EMOCIONES.....	71
4.6.3 CONVIVENCIA	72
4.6.4 HABILIDADES DE COMUNICACIÓN	73
4.7 RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS	74
4.7.1 RECURSOS MATERIALES	74
4.7.2 RECURSOS HUMANOS	75
4.7.3 RECURSOS TÉCNICOS	77

4.8 ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO	79
4.9 PRESUPUESTO. FUENTES DE FINANCIACIÓN.....	82
5. CONCLUSIONES	85
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
7. ANEXOS	90
ANEXO I	90
ANEXO II.....	91
ANEXO III	93
ANEXO IV	94
ANEXO V	95
ANEXO VI	97

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Relación de objetivos, metas y actividades. Fuente: Elaboración propia	57
Tabla 2. Ámbitos de desarrollo de las actividades. Fuente: Elaboración propia.	58
Tabla 3. Descripción ámbitos y actividades correspondientes.....	59
Tabla 4. Presupuesto final. Fuente: Elaboración propia.	83

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Personas que han acudido a los Servicios Sociales Comunitarios	50
Ilustración 2. Gráfico Marco Institucional. Fuente: Elaboración propia .	54
Ilustración 3. Cronograma general. Fuente: Elaboración propia.....	65
Ilustración 4. Cronograma específico. Fuente: Elaboración propia.	65
Ilustración 5. Diagrama de Gantt. Fuente: Elaboración propia.....	65
Ilustración 6. La ventana de Johari. Fuente: Elaboración propia.	70

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, el término "enfermedad mental" ha respondido a un enfoque asistencial restringido, centrado en el diagnóstico clínico y la duración, obviando todos los parámetros relacionados con el desempeño social. Los trastornos mentales así entendidos, presentan un enorme impacto en cuanto a la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familiares, por lo que resulta imprescindible otorgar a los mismos un mínimo grado de psicoeducación y medidas de apoyo social, dirigidas a la reinserción en su sentido más amplio (Salud, 2006:11-14).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los sistemas de salud en todo el mundo se enfrentan ante enormes desafíos con el fin de lograr procurar atención y protección a las personas con trastornos mentales y neurológicos. Los recursos con los que se cuenta resultan insuficientes (la mayoría de los países asigna menos del 2% del presupuesto de salud a salud mental), no están distribuidos con igualdad y su uso es ineficiente (Organización Mundial de la Salud, 2010:3). Como consecuencia de ello, una gran parte de la población con este tipo de trastorno, no recibe una atención especializada.

Así, cabe destacar la gran incidencia actual de la enfermedad mental sobre la población mundial en general.

"Es difícil saber si las enfermedades mentales, en su conjunto, han tenido históricamente tanta incidencia relativa sobre la población mundial como parecen tenerla actualmente. Lo que sí es nuevo es la atención que la sociedad dedica, en los países avanzados, a este dramático problema, sobre cuya relevancia está claro que se ha producido una notable toma de conciencia."

(Díaz, 2003:13)

Atendiendo a la estadística otorgada por el Sistema Nacional de Salud se estima que unos 450 millones de personas en todo el mundo padecen un trastorno mental, lo que representa la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa.

De igual forma se conoce en España que el 9% de la población padece trastorno mental en la actualidad, más del 15% lo padecerá a lo largo de su vida, y que estas cifras se verán incrementadas de manera considerable en un futuro no muy lejano (Organización Mundial de la Salud, 2010: 3).

Los trastornos neuróticos y neurológicos se constituyen como uno de los principales factores de riesgo para otros problemas de salud, y se encuentran asociados a la pobreza, desventaja social y marginalización (Organización Mundial de la Salud, 2010:6). Del mismo modo, interfieren de manera directa con la capacidad de aprendizaje y funcionamiento en el entorno familiar, laboral y social, presentándose como una problemática que precisa de un aumento de la capacidad del sistema de salud de atención primaria. Esta circunstancia implica la necesidad de otorgar una serie de servicios asistenciales a través de la capacitación, el apoyo y la supervisión de los entornos que proporcionan ayudas no profesionales.

En la mayor parte de los ocasiones, es el núcleo familiar quien debe desarrollar la función de cuidador y quien está más próxima a la problemática, convirtiéndose así, en un grupo en situación de riesgo y tendente a la vulnerabilidad, cuya caída provocaría un "efecto dominó" (Asociación Española del Síndrome de Rett, 2009:72) en el paciente, transmitiendo energía negativa al entorno familiar con problemas de salud mental.

La convivencia diaria con una persona que padece un trastorno mental supone una fuente importante de conflictos y dificultades. Por ello, se propone una intervención dirigida a los cuidadores no profesionales, que conviven en el núcleo familiar, de personas con trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos y la problemática que ello plantea, tratando de abordar dicha temática desde un punto de vista tanto teórico como práctico.

Así, en este Trabajo de Fin de Grado se diseña un proyecto de intervención que proporciona asesoramiento a las familias y allegados sobre la red de recursos disponibles, información sobre los aspectos más destacados del trastorno neurótico y, a su vez, les permite participar en grupos de información y ayuda que incremente la comprensión sobre la enfermedad en su aspecto social.

El proyecto va destinado a suplir las necesidades de los familiares que conviven con un enfermo neurótico y que día a día tienen que afrontar diferentes situaciones difíciles de controlar sin una formación profesional básica.

Del mismo modo, se pretenden suplir las carencias en la intervención de otros proyectos ya existentes y centrados en esta tarea, tales como la "Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud" y el "Plan Integral de Salud Mental" de determinadas

Comunidades Autónomas, los cuales se desarrollan a lo largo de la fundamentación teórica de nuestro proyecto, todo ello con la finalidad de conseguir una atención integral tanto al paciente como a los cuidadores no profesionales.

Finalmente, la intervención está centrada en crear una dinámica familiar personalizada que permita reasignar los roles, de manera que no exista un sólo cuidador que desempeñe toda la tarea.

2. METODOLOGÍA

La metodología de la investigación utilizada para el desarrollo del proyecto presenta carácter cualitativo fundamentalmente, debido a que el objetivo consiste en conocer la intervención que se les está ofreciendo actualmente a los familiares ante el cuidado de una persona con trastorno neurótico, para poder plantear un proyecto que dé lugar a suplir las posibles carencias.

Por ello, se utilizan técnicas de recogida y elaboración que permiten el análisis de una realidad subjetiva y la obtención de información contrastada procedente de diferentes fuentes primarias y secundarias.

Por un lado, la técnica más utilizada es la elaboración de entrevistas debido a que la temática en cuestión lo precisa, de la misma manera que la percepción de los profesionales de los que se ha obtenido la información cambia de unos a otros.

Además es la técnica idónea porque ofrece la oportunidad de establecer un contacto interpersonal con el profesional de referencia, y al mismo tiempo, la libertad de crear tus propias conclusiones, así como de guiar el camino hacia el que se dirige la intervención.

Por otro lado, también se han utilizado la búsqueda bibliográfica y el análisis de la información para la construcción de este documento con información sintetizada.

2.1 FUENTES PRIMARIAS

En primer lugar, con respecto a las fuentes primarias, este proyecto se nutre de entrevistas directas con profesionales, tanto Trabajadores Sociales como Psicólogos, pertenecientes a las siguientes asociaciones e instituciones relacionadas con la atención directa a pacientes con Trastorno Mental Grave:

1. Centro de Salud de Torre Ramona

- Entrevista a Trabajador Social. Se centra en conocer las necesidades de las familias, las cuales no están íntegramente contempladas en la intervención que se llevan a cabo.
- Entrevista en profundidad con Psicólogo, complementada con la observación participante en una de las actividades para familiares que se llevan a cabo los jueves, llamada "Escuela de familias".

2. Departamento de Planta de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

- Entrevista a Trabajadora Social, en la cual se recoge la intervención de manera muy genérica con las familias de pacientes neuróticos.
- Entrevista a Trabajadora Social, centrada en conocer las funciones y objetivos más comunes en la terapia a familias que están al cuidado de pacientes neuróticos.

3. Centro de día Infanto-Juvenil de Salud Mental Movera

- Entrevista a Trabajadora Social complementada con la observación participante en la actividad "Buenos días"

destinada a pacientes con enfermedad mental grave de edades comprendidas entre 8 y 12 años.

- Entrevista a Maestra-Pedagoga: la idea general y más destacada es que la enfermedad mental grave es muy abstracta y dificulta un diagnóstico específico. Por otro lado, la finalidad última del centro es promover la reinserción social pero aplicarlo a la realidad es complicado debido a los requerimientos específicos en los diferentes ámbitos.

4. Centro Punto de Apoyo y Rehabilitación Psicosocial Comunitaria

- Entrevista a Trabajadora Social, se centra en la importancia y la necesidad de trabajar con los cuidadores no profesionales el acercamiento a los usuarios con este tipo de trastornos, y ofrecer técnicas de relajación y autocontrol de manera que, sepan establecer límites y acuerdos con los que padecen el trastorno.

5. Asociación de Trastornos Depresivos de Aragón

- Entrevista a Trabajador Social, en la que se obtiene la disposición de la asociación a contextualizar la intervención en ella, y se conocen los cuatro ámbitos principales sobre los que se necesita incidir: psicoeducación, manejo de emociones, convivencia y habilidades de comunicación.

Por último, en lo que se refiere a las técnicas y habilidades utilizadas para la recogida de información, se han puesto en práctica, de manera generalizada, la escucha activa y empatía, con el fin de obtener la máxima cantidad de datos posible. Del mismo modo, mediante el uso de preguntas abiertas y cerradas en las diferentes entrevistas realizadas, se ha dado libertad de comunicación y expresión a la

población objeto, haciendo uso al mismo tiempo de la asertividad y el parafraseo y, en alguna ocasión, se ha otorgado feedback para lograr establecer una relación (Trevithick, 2001:202).

2.2 FUENTES SECUNDARIAS

Por otro lado, las *fuentes secundarias* se encuentran basadas en la búsqueda bibliográfica de diferentes autores y de estudios base ya existentes, referente a trastornos neuróticos.

- Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2013
- Estrategias en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

Esta parte también ha sido esencial para conocer de manera más cercana el carácter relativo de la salud mental, y para plantear un plan de intervención en función de los diferentes enfoques que ofrecen los autores de referencia. A su vez, la documentación analizada demuestra que existen carencias en la sociedad hacia este colectivo que no se encuentran cubiertas y que podrían ser objeto de intervención.

3. FUNDAMENTACIÓN

3.1 MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA

3.1.1 NEUROSIS. TIPOS DE TRASTORNO NEURÓTICO

"Las neurosis constituyen padecimientos psíquicos extraordinariamente frecuentes que no comprometen gravemente la captación de la Realidad Interna y Externa. Ello significa que el neurótico posee una buena capacidad auto y heterocrítica. La sintomatología que el neurótico muestra posee una raíz eminentemente afectivo-instintiva, expresada fundamentalmente a través del sistema nervioso vegetativo."

(Díaz, 2003:17)

Debido a la ambigüedad del término *neurosis*, éste no se incluye como "principio fundamental de la Organización Mundial de Salud (OMS)" en la Clasificación Internacional para la Psiquiatría (Organización Mundial de la Salud, 2000:F40-49)

Algunos autores lo identifican como un trastorno clínico dentro del grupo de neurosis, sobre todo por la conexión de algunos de ellos con motivos psicológicos como tienen: los trastornos de ansiedad, los disociativos o de conversión, los trastornos especiales "de adaptación", trastornos depresivos no claramente "orgánicos", "mayores" o "melancólicos", y por último, trastornos "somatomorfos", hipocondríacos y de fatiga o de dolor.

William Cullen (1710-1790) designó con el nombre de "neurosis" a un conjunto de trastornos de carácter nervioso en los que no cabía lesión orgánica alguna, ni existencia demostrable. Así, en toda persona con trastorno neurótico puede encontrarse una predisposición

psicosomática y una fragilidad psicofísica que le hace especialmente vulnerable, dado que en la dinámica de los trastornos neuróticos no todo es psicogenético, sino que también existen factores de naturaleza biológica.

Por otro lado, según la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2000:F40-49), encargada de establecer los criterios diagnósticos que se tienen en cuenta en España, los trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos se incluyen en un grupo general debido a su relación histórica con el concepto de neurosis.

En asistencia primaria se pueden encontrar las formas más leves de este tipo de trastornos, en las que son frecuentes las mezclas de síntomas.

3.1.1.1 TRASTORNO SOMATOMORFO

Definición

El trastorno somatomorfo se caracteriza por síntomas físicos sin causa detectable, como cefaleas o dolor de espalda, otorgándoles una importancia exagerada y llegando a constituirse como un temor irracional a padecer una enfermedad. Este trastorno afecta entre un 0'5 y 1 por ciento de la población general, en sondeos realizados por profesionales de la salud mental.

Dicho trastorno lo padecen personas que presentan otros trastornos de ansiedad o depresión sin presencia de sintomatología psicológica, sino física (somatización). Constituyen un grupo de enfermedades psiquiátricas, caracterizadas por la ausencia de causa orgánica demostrable, atribuyéndose a una mezcla de factores genéticos y ambientales.

Su importancia viene determinada por tres aspectos principalmente (Díaz, 2003:129).

- Elevada prevalencia. Más del 10% de los pacientes que acuden a Atención Primaria presentan este tipo de trastorno.
- Escasa calidad de vida.
- Elevados costes sanitarios. Supone el 10% del gasto sanitario total.

Categorías

Existen cinco categorías generales de trastornos somatomorfos, basadas en la sintomatología o en situaciones que los provocan, caracterizadas todas ellas por problemas crónicos que precisan de atención de por vida (Díaz, 2003:129-130).

Somatización: caracterizada por molestias físicas sin explicación médica, el individuo presenta numerosos trastornos somáticos alegando que hace tiempo que los padece. Suele ir acompañado de depresión y ansiedad.

Se trata de una condición crónica que suele iniciarse en la primera fase de la adolescencia o de la edad adulta, con diversos factores psicológicos que contribuyen a la aparición, duración y severidad del dolor sobre el que gira el trastorno somatomorfo.

Conversión: anomalía o déficit de un sistema motor o sensorial sin causa física, cuyo origen se atribuye a un tipo de estrés o de acontecimiento del entorno. La sintomatología es producida de forma involuntaria por el individuo.

El diagnóstico queda establecido tras un exhausto reconocimiento médico o neurológico en el que se no se detectan

causas médicas. También se tiene en cuenta la aparición de sintomatología posterior a un conflicto psicológico identificable, o un episodio de tensión.

Dolor somatomorfo: trastorno caracterizado por dolor persistente que provoca tensión, incapacidad o ambas cosas. El dolor suele localizarse en más de un punto.

Hipocondría: se trata de una forma de somatización caracterizada por un temor irracional y persistente por la creencia de poseer una enfermedad grave en concreto. Se trata de una variedad de trastorno somatomorfo que suele iniciarse al principio de la edad adulta (tiene una incidencia del 4 al 9% entre la población general), y es crónico.

Trastorno dismórfico corporal: preocupación morbosa por un supuesto defecto físico o deformidad corporal. Conocido también como dismorfobia, se trata de una preocupación excesiva por alguna parte del cuerpo, iniciándose en la adolescencia y con carácter crónico. Suele ir acompañado de depresión, delirios, trastorno obsesivo compulsivo o trastornos alimentarios.

3.1.1.2 TRASTORNO DISOCIATIVO

Definición

El trastorno disociativo se conforma como una desconexión entre el individuo y las dimensiones principales de su personalidad, como quién es, antecedentes, y dónde se encuentra.

Dicha disociación puede producirse en circunstancias normales; sin embargo, el trastorno disociativo posee una naturaleza extrema en el sentido de que el paciente se perturba gravemente, impidiéndole la actividad cotidiana estándar.

Se calcula que la incidencia de los trastornos disociativos es de aproximadamente el 1% de la población general (Nathan, Gorman y Salkind, 2002:132-133).

Categorías

Amnesia disociativa o psicógena. Se trata de la incapacidad para recordar datos personales importantes. Siendo el más común de los trastornos disociativos, se llega a su diagnóstico descartando diversos trastornos físicos y psíquicos.

La mayoría de los casos de amnesia disociativa responden a dos tipos, en función de la antigüedad del trauma desencadenante: a) Amnesia disociativa aguda, asociada a un trauma más reciente; y b) Amnesia disociativa crónica, asociada a pacientes que experimentaron un acontecimiento traumático tiempo atrás de la pérdida de memoria (Nathan, Gorman y Salkind, 2002:133).

Fuga disociativa o psicógena, caracterizada por la ausencia de memoria acompañada de una alteración de la capacidad para

recordar el pasado, se conforma como el trastorno disociativo con menos explicación. La diferencia con el anterior se basa en que en la fuga disociativa, los pacientes no son conscientes de que no pueden recordar, y la nueva identidad les trae nuevos recuerdos. Así, una vez establecida la nueva identidad, no existe vinculación entre ésta y la anterior, siendo asumida por el individuo como normal.

Trastorno de ansiedad disociativo o de personalidad múltiple. Se define por la presencia de dos o más personalidades/estados de personalidad alternantes en la conducta del paciente.

Aquí, el individuo pasa de una personalidad a otra en cuestión de segundos, sin que exista una evidencia clara del factor desencadenante del trastorno, y con una presentación entre dos y cuatro personalidades en el momento del diagnóstico.

El paciente presenta una personalidad primaria que asume el nombre auténtico del mismo.

Trastorno de despersonalización. Caracterizado por sentimientos de extrañeza del propio yo, se asemeja a "una experiencia de estar fuera del cuerpo", en la que el paciente siente como si pudiera observar su propio comportamiento. Existen indicios de que dicho trastorno puede tener su origen en anomalías anatómicas cerebrales, similares a las causantes de la epilepsia (Nathan, Gorman y Salkind, 2002:134-138).

3.1.1.3 TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Definición

Se trata de un trastorno de ansiedad en el que la persona revive una experiencia traumática en forma de flashback, pesadillas o pensamientos desagradables, todos ellos debilitantes.

La experiencia traumática es considerada cualquier acontecimiento que implique daño físico real, cuya reacción desencadene miedo intenso o desamparo.

Se caracteriza por una respuesta diferida a un acontecimiento de estrés provocando una sensación de malestar generalizado, entre las que cabe destacar violaciones, torturas, catástrofes naturales, accidentes, tortura, terrorismo, etc.

Posee una incidencia del 15% en la población general, con carácter crónico, lo que daría un total de 20 millones de casos. Son las mujeres las que experimentan con mayor frecuencia el trastorno, pese a que los hombres se dan índices más altos de exposición a acontecimientos traumáticos (Nathan, Gorman y Salkind, 2002:194).

Los síntomas del trastorno de estrés postraumático se dividen en tres grupos:

- *Síntomas desagradables*, en los que se recuerda un acontecimiento traumático provocando la interrupción de las actividades de la vida cotidiana, ya que el individuo reacciona como si estuviera experimentando el trauma nuevamente.
- *Síntomas de evitación*, en los que el individuo evita todo parecido del trauma, rehuyendo establecer vínculos

emocionales con familiares y amigos por posibilidad de recuerdo al episodio traumático. Afectan severamente a diversos aspectos de la vida diaria de la persona.

- *Síntomas de hiperexcitación*, que incluyen reacción explosiva a detalles relacionados con el episodio traumático, falta de concentración, insomnio, miedo constante, y exposición a la pérdida de nervios e irritación (Nathan, Gorman y Salkind, 2002:195).

Categorías

Cabe destacar la posibilidad de posterior aparición de Trastornos de Adaptación, definidos en la CIE-10 como "estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que suelen interferir con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación". (Díaz, 2003:102-103)

Dichos trastornos adaptativos pueden presentar diversas formas:

- *Reacción depresiva breve*. La sintomatología afectiva no excede la duración de un mes.
- *Reacción depresiva prolongada*, también definida como "estado depresivo moderado". Su duración no excede los dos años.
- *Reacción mixta de ansiedad y depresión*. Sintomatología de ansiedad y depresión.
- *Con predominio de alteraciones de otras emociones*. Sintomatología de ansiedad y depresión, unida a tensión, preocupación, ira y similares (Díaz, 2003:103-104).

3.1.1.4 TRASTORNO DE ANSIEDAD CRÓNICA

Definición

Según Díaz (2003), la ansiedad es un estado afectivo que de manera subjetiva provoca intranquilidad, desasosiego e inquietud sin tener una razón lógica fundamentada que explique dicho malestar.

Como consecuencia, el paciente que no tiene problemas especiales y cuya vida transcurre con normalidad, siente la necesidad de proyectar una actitud aprensiva pesimista e injustificada sobre su bienestar personal y el de los suyos, tratando de responder de manera anticipada a una amenaza o situación de peligro.

En términos generales, la angustia y la ansiedad son de intensidad ligera con una función adaptativa. Sin embargo, en pacientes neuróticos se manifiestan provocando una inquietud motora o impaciencia, así como fatigabilidad fácil; y algunos desarrollan síntomas cognitivos como dificultad para poder concentrarse o pérdida de memoria, que son fundamentalmente subjetivos y funcionales.

A nivel motor, la tensión muscular persistente que produce la *ansiedad* se manifiesta en cuadros dolorosos como cefalea tensional, cervicalgia y dorsalgia con mayor frecuencia, y siendo también el motivo de *alteraciones osteoarticulares degenerativas* si esta tensión se mantiene durante muchos meses. Frecuentemente, los pacientes presentan dificultades de conciliación del sueño (insomnio de conciliación) o de sensación de

no haber descansado lo suficiente o de estar más cansados que cuando se echaron.

El estado de alerta constante puede complicar la ansiedad con episodios de *depresión* más o menos profundos a lo largo de la enfermedad; *fobias* que originan bloqueos e inhibiciones en la vida cotidiana de los pacientes; y en otros casos, los pacientes utilizan el alcohol, abusan de hipnóticos o tranquilizantes por automedicación o indicación médica para diluir la ansiedad (Díaz, 2003:59).

Las manifestaciones somáticas de la ansiedad son múltiples y variopintas, dependientes de modificaciones en el sistema nervioso autónomo. Así, podemos encontrar taquicardia e hipertensión arterial, sensación de falta de aire con disnea, hiperventilación y necesidad de suspirar, vértigos, mareos, hormigueos en extremidades (parestesias), alteraciones de la sudoración (hiperhidrosis), alteraciones sexuales especialmente pérdida del interés sexual, necesidad imperiosa de orinar frecuentemente (*poliuria*), inefable sensación de visión borrosa, dolorimiento muscular, etc.

Este trastorno se caracteriza por la presencia de *ansiedad crónica* y pueden llegar a deteriorar también los rendimientos y adaptaciones sociales, laborales, familiares y otras facetas de la vida y de la actividad del paciente.

Se trata de un trastorno bastante frecuente en la población general, un 3% de la población presentaría manifestaciones clínicas suficientemente significativas como para poder considerarlas como afectas de un *Trastorno por Ansiedad Generalizada*.

Especialmente incide en adultos jóvenes (entre 25 y 35 años), más prevalente en el sexo femenino (2 mujeres por cada hombre) y más frecuente en personas que se enfrentan a una situación trágica y de mucho estrés: separados, divorciados, viudos, desempleados por incapacidad laboral o por jubilación anticipada (Díaz, 2003:61).

3.1.1.5 TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Definición

Freud (1948), en su obra Obsesiones y fobias y desde un punto de vista psicoanalítico, plantea que la enfermedad era asociada al carácter sádico anal en dos modalidades: la agresividad y la compensación que se encuentran en continua conflictividad.

El paciente expresa la agresividad sádica anal frente a la educación esfinterina mediante conductas como la suciedad sistemática y el sadismo inherente a sus comportamientos. Frente a esta agresividad, el paciente desarrolla comportamientos compensadores motivados por la acción fuertemente represora de su Súper Yo como la excesiva limpieza, la escrupulosidad física y moral, temores al contagio, lavados rituales y frecuentes.

Genéticamente, existe una mayor frecuencia de padecer esta enfermedad, casi la cuarta parte, entre familiares de primer grado.

La ideación obsesiva se caracteriza por cuatro aspectos fundamentales (Díaz, 2003:68).

- Lo absurdo: guarda relación por un lado, con la persistencia de las ideas obsesivas formales que provocan que el paciente no pueda concentrarse en su trabajo y le lleve más

tiempo hacer una tarea determinada. (ejemplo “¿por qué los bolígrafos han de tener más o menos una determinada longitud y no ser mucho más largos?”). Por otro lado, las ideas obsesivas de validez en las que lo absurdo se encuentra en el propio contenido del pensamiento (ejemplo: “persona que camina evitando pisar las cruces de las baldosas de la calle porque se le mete en la cabeza que podría estar como pisando cruces”).

- La duda: la decisión se aplaza para las cosas más absurdas.
- La repetición: el pensamiento obsesivo no concluye nunca, salvo por agotamiento.
- La angustia: el paciente siente disconformidad ante la imposición de la idea obsesiva, y a su vez, desarrolla otro sentimiento contrario como es la culpa por no llevar a cabo determinadas acciones obsesivas por muy absurdas que sean.

El obsesivo vive sus síntomas como fruto conflictivo de sus propias tendencias, y no las atribuye a una intervención exterior. De manera que, para vencer a su mundo hostil utiliza medios o caminos mágicos para realizar las acciones más simples en la realidad física (comidas, defecación, aseo, trabajo...), transformando dichas acciones en rígidas y tiránicas reglamentaciones que le oprimen de su libertad y pasa a ser esclavo de sus propias maquinaciones interiores.

Categorías

La Clasificación Americana DSM-IV (1995) recoge dos criterios de diagnóstico:

Obsesiones y compulsiones.

Obsesiones: "se trata de la aparición de ideas, pensamientos, impulsiones o representaciones recurrentes y persistentes, contra las cuales lucha el paciente continuamente, reconociendo la procedencia interior de las mismas y su carácter absurdo".

Compulsiones: "se trata de comportamientos repetitivos y estereotipados como respuesta a una obsesión, sea lavarse las manos una y otra vez, comprobar lo ya varias veces comprobado, llevar una conducta ritual...etc. Con ello se intenta neutralizar a la idea obsesiva o al sentimiento obsesivo a pesar de que una vez más el enfermo tiene conciencia de lo absurdo de estas conductas pero no puede escapar de ellas"

Pérdida de tiempo: la vida personal y social del individuo (familia, trabajo, ocio) se ve trastocada porque dedica mucho tiempo, más de una hora diaria, a sus obsesiones y compulsiones. La presencia de ambas, obsesiones y compulsiones, conformarían un cuadro especialmente grave.

Sin embargo, el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2000:F42) distingue entre: a) el Trastorno Obsesivo Compulsivo con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas; b) el Trastorno Obsesivo-Compulsivo con predominio de actos compulsivos del tipo de los rituales obsesivos y c) las formas

mixtas de Trastorno Obsesivo-Compulsivo que presentan tanto obsesiones como compulsiones.

3.1.1.6 TRASTORNO FÓBICO

Definición

Según Marks (1969:78), no es fobia cuando padecemos un temor excesivo y persistente, relacionado con un objeto, situación o conducta que objetivamente se acepta por todos como normal o que no representa peligro real o grave para nuestra vida.

Se consideraría fobia a "tengo miedo a los toros bravos por ello, evito pasear por el campo, visitar zoológicos...", sin embargo, "tengo miedo a los toros, nunca iré a un encierro" no porque es más razonable, existe una situación de peligro.

Entonces, una fobia tiene lugar cuando:

- Nuestro temor es desproporcionado a la situación que lo crea: hablar en público.
- No es razonable: es exagerado
- Incontrolable: no podemos evitarlo aunque sepamos que es exagerado.
- Evitable: nos anticipamos a una situación de tal forma que ya no volvemos a enfrentarnos a nuestro miedo. Por ejemplo: no viajar en avión.

Freud (1948), describe la neurosis fóbica con el término de "histeria de angustia" para distinguirla de la neurosis obsesiva y de la histeria de conversión.

Comparte la idea de Marks nominando como "fobias comunes" al miedo que es considerado normal por todos (soledad)

y "fobias específicas" al miedo desmedido que no causa temor al hombre sano (agarofobia y las fobias de locomoción).

En la misma línea, relaciona las fobias con las neurosis de angustia, cuya etiología serían de "origen sexual". En 1926, en su segunda teoría, lo percibe como un "conflicto intrapsíquico" (un conflicto entre los impulsos instintivos del "ello", las prohibiciones del "superyo" y las demandas reales externas ("ego"). Por ejemplo: lavarse las manos cien veces al día, y abrir los pestillos de las puertas con los codos para no ensuciarse las manos.

Por otro lado, la neurosis de ansiedad vista como un Trastorno de Ansiedad Generalizada, se basa en la angustia existencial del ser humano ante las fobias y su consecuente conducta ansiosa y evitativa.

Categorías

Fobias simples: fobias específicas o aisladas. Son fobias restringidas a situaciones muy específicas, tales como la proximidad a un animal, las alturas, la oscuridad... Son: acrofobia, zoofobia, claustrofobia (Díaz, 2003:83).

Clasificación de fobias simples: a animales, cinofobia (perros), pájaros, aracnofobia (arañas), serpientes, a entornos naturales y fenómenos climáticos, alturas, agorafobia de tipo situacional (de espacios abiertos), de tipo corporal y a la práctica médica (sangre, inyecciones, o nosofobia: temor a las enfermedades) y otras formas de fobia en relación con la corporalidad.

A continuación, las dos fobias más frecuentes son:

- *Agorafobia*: conducta fóbica de tipo situacional que se da en lugares dónde escapar es complicado o donde no se puede disponer de ayuda, y que cierra el círculo de autonomía del paciente en el caso de crisis de pánico recidivantes.
- *Fobia social*: trastorno que presenta alta comorbilidad, graves restricciones sociales y que tiene una gran relevancia en la salud pública. A menudo es confundido con timidez excesiva, personalidad evitativa y "neurosis de ansiedad". La prevalencia de por vida se sitúa en torno al 10 y el 16%, según estudios comunitarios (R.E. Hales y Colabs; 1999: 93); por lo que se infravalora y queda sin tratar. Es muy frecuente en el sexo femenino y en familiares de primer grado con un 26,4% frente a un 2,7% de familiares sanos. Se manifiesta mediante un temor intenso, ansiedad excesiva (ruborización, miedo a vomitar) y conductas evitativas a situaciones sociales (comer o hablar en público), en pequeños grupos (fiestas, reuniones de trabajo) o en situaciones de escenario (charlas). Se localizan en un tipo concreto de relaciones sociales: personas del sexo contrario o con personas de estatus y rol superior; y muchas veces da por pérdidas sus metas sociales.

3.1.2 RELACIONES EN EL NÚCLEO FAMILIAR

3.1.2.1 MODELO SISTÉMICO

Existen diferentes corrientes de Terapia Familiar integradas dentro del llamado *Encuadre Conceptual Referencial Operativo* en Psicoterapia y Salud Mental (Juan, 2006:11). Se trata de modelos teóricos que orientan en sus intervenciones prácticas a todos los profesionales de las ciencias humanas y sociales: psicopatológico clásico (biofísico), psicoanalítico, conductista, cognitivo, humanista y sistémico.

Todos los modelos citados se basan en un diagnóstico y tratamiento individual, exceptuando el modelo sistémico que se centra en el individuo como "sistema".

Se asienta en la premisa de que *toda conducta es comunicación*, es decir, el síntoma como fragmento de conducta ejerce efectos profundos sobre todos los que rodean al paciente; y tiene la función de mantener en equilibrio el sistema. Por ello, la terapia va dirigida a intervenir activamente en el sistema para modificar las secuencias comunicativas defectuosas (Juan, 2006:12).

Sintéticamente, el modelo sistémico plantea que lo que comúnmente denominamos síntoma, trastorno, problema conductual o enfermedad mental es el resultado del funcionamiento defectuoso o disfuncional de las familias o grupos primarios a los que pertenecen los sujetos sintomáticos o pacientes identificados. La consecuencia lógica de la comprensión sistémica de la patología mental nos obliga a ampliar nuestro campo perceptual y nuestro análisis, pasando del paciente rotulado como "enfermo" (en cuyo caso buscaríamos la explicación del problema "dentro" de él, tomando al contexto sólo como referencia, con un segundo o tercer orden de importancia) a la familia como factor (Juan, 2006:18).

Dos autores pertenecientes al enfoque psicoanalítico, Sullivan y Fromm-Reichmann, son pioneros en el estudio de las relaciones interpersonales. Sin embargo, fueron autores como Ludwig von Bertalanffy y Claude Shannon, los que promovieron el desarrollo del modelo sistémico o interaccional a partir de sus contribuciones científicas (Juan, 2006:18).

Ludwig von Bertalanffy fue el encargado de acuñar la denominación "Teoría General de Sistemas" (TGS) al mecanismo de integración entre las ciencias naturales y sociales, y como instrumento básico para la formación y preparación de científicos.

La Teoría General de Sistemas, como paradigma científico, tiene una perspectiva holística e integradora que prioriza las relaciones y los conjuntos que a partir de ellas emergen. En la práctica, esta teoría ofrece un ambiente adecuado para la interrelación y comunicación fecunda entre especialistas y especialidades (Arnold y Osorio, 1998:2).

Esta teoría consta de dos estrategias para la investigación; por un lado, distingue la perspectiva de sistemas como una relación entre el todo (sistema) y sus partes (elementos) y por otro lado; la perspectiva de sistemas en los procesos de frontera (sistema/ambiente).

En el primer caso, existe una interdependencia entre las partes que integran un sistema y el orden que subyace a tal interdependencia. Mientras que en el segundo caso, coexisten corrientes de entradas y de salidas que establecen una relación entre el sistema y el ambiente. Ambos enfoques son ciertamente complementarios.

Posteriormente bajo esta misma dirección surgió una nueva tendencia basada en la *cibernética*, término que abarca el ámbito de los

procesos de control y de comunicación (retroalimentación) tanto en máquinas como en seres vivos (Arnold y Osorio, 1998:4).

Por último Claude Shannon, desarrolló la teoría matemática de la comunicación. Se trata de una teoría de la información, que puede ser aplicable a cualquier mensaje, para él lo que importa no es el contenido sino la cantidad de información de un mensaje en función de la capacidad del medio. Se basa para ello en cinco elementos: una fuente, un transmisor, un canal, un receptor, un destino. Dentro de este modelo incluimos el ruido, que aporta una cierta perturbación (Arnold y Osorio, 1998:1).

En la misma línea, de acuerdo con Smith (1995), una familia puede considerarse como sistema debido a que presenta una serie de características comunes a lo establecido anteriormente. Así, los miembros de una familia son considerados partes interdependientes de una totalidad, afectando la conducta de cada uno de ellos al resto de miembros, al mismo tiempo que presentan límites permeables que las distinguen como grupo social único. Del mismo modo, la familia en su conjunto debe cumplir una serie de tareas tales como el mantenimiento físico y económico, la reproducción, socialización de roles y cuidado emocional, con el fin de sobrevivir.

3.1.2.2 LA FAMILIA COMO SISTEMA

Así, se conoce que el área de salud mental en general, y los trastornos neurótico secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos en particular, precisan la incorporación de recursos intermedios que trabajen desde la particularidad del trastorno, ya que la dotación inicial de recursos resulta escasa.

¹Desde un planteamiento sistémico urge, en primer lugar, una conciencia social que siente las bases de extinción del rechazo social existente hacia la enfermedad mental, alcanzando un nivel de integración social que facilite el trabajo dirigido al ámbito de salud mental. Del mismo modo, se parte de la base de que el mecanismo de defensa principal utilizado por las familias es la “negación de la realidad”: no se acepta la implicación en la problemática en una situación en la que el núcleo familiar debe ajustarse a varias demandas por parte de los pacientes.

Por otro lado, partiendo de la base de la existencia, muy observable, de cierto grado de disfuncionalidad en la mayoría de las familias, la predisposición general a la flexibilidad y adaptabilidad debe ser trabajada de manera directa con dicho colectivo, con el fin de lograr un reconocimiento de la enfermedad que propicie el tratamiento desde un contexto de relación.

No cabe duda de que, en la misma línea, una vez diagnosticada la problemática, se debe pasar por una fase de duelo, ya que se rompe el ideal de concepción de un hijo y el estrés tanto interno como externo, influye en el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria. Así, cabe destacar la necesidad de observar la particularidad de cada familia (tanto nuclear, como extensa) para lograr una predisposición general que propicie un abordaje más precoz, rompiendo la línea causa-efecto.

Finalmente, se precisa un reconocimiento generalizado de la labor de los cuidadores principales (profesionales y no profesionales) que dé lugar a un trabajo eficaz en la comunidad.

¹ Información obtenida durante la entrevista realizada a Trabajadora Social del Centro Infanto-Juvenil de Salud Mental Movera.

Con todo ello, se plantea una intervención dirigida a la actividad con el núcleo familiar del paciente que favorezca el reconocimiento de la problemática, para poder desarrollar un trabajo efectivo que mejore la calidad de vida de los cuidadores no profesionales.

En conclusión, se trata de dar respuesta a la escasez de recursos existente en relación a los pacientes con trastorno neurótico y su círculo directo de relación, trabajando desde la particularidad de cada caso y a través de un modelo sistémico que respalde una visión psicosocial dirigida al trabajo en la comunidad.

3.1.3 LOS CUIDADOS DESDE DENTRO Y FUERA DEL HOGAR

En la mayoría de los casos de personas con trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (y limitadas por alguna discapacidad en general), resulta precisa la ayuda prestada por otras personas para poder realizar actividades básicas de la vida diaria.

En dos terceras partes, son los parientes más próximos quienes se encargan de esta ayuda dentro del propio hogar, entre los que entran la madre y el padre en caso de descendientes, los cónyuges o los hijos/as cuando se trata de personas de edad avanzada (Pereda, Prada y Actis, 2012:83).

Por otro lado, se encuentra el cuidado proporcionado a cargo de empleadas y empleados internos (en caso de existencia), así como los cuidadores no residentes en el hogar, los cuales cubren el tercio restante de ayuda proporcionada. Sin embargo, en el caso de estos últimos, la mayor parte también son parientes: hijos, hermanos, nueras, nietos, y similares.

Dichos cuidados son proporcionados en una progresión en la que el género importa, ya que de forma mayoritaria son las mujeres las que se hacen cargo de la ayuda procedente de cuidadores no residentes en el hogar.

"La mínima incidencia de los amigos y vecinos ha sido confirmada recientemente por una encuesta aplicada por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) en Marzo de 2011, según la cual sólo el 4,4% de adultos (4,9% mujeres y 3,8% hombres) había realizado algún trabajo voluntario, sin remuneración, en los últimos doce meses para personas con discapacidad que no fueran de su familia."

(Pereda, Prada y Actis, 2012:84)

El 99,9% de los pacientes que precisan de cuidado para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria tiene parientes, con la mayoría de los cuales mantiene relación habitual mediante convivencia, llamadas telefónicas o correo postal y electrónico; esto es, gran parte del colectivo posee una amplia cobertura de relaciones con otros miembros de la familia.

Según la EDAD-2008, "1,5 millones de parientes que viven bajo el mismo techo desempeñan esta función, en la que destacan el cónyuge, la madre o el padre y las hijas e hijos, en función de la edad de la persona con limitaciones" (Pereda, Prada y Actis, 2012:91).

Así, de estas relaciones familiares se obtiene la ayuda prestada al paciente para que pueda resolver esas actividades cotidianas, teniendo en cuenta que más de 600.000 parientes que no viven en el núcleo familiar cooperan diariamente en estas tareas (hijos y hermanos).

En conjunto, el 85% de las personas que brindan asistencia son parientes, sobre todo mujeres.

3.1.3.1 TAREAS MÁS HABITUALES DEDICADAS A LOS CUIDADOS

Las tareas más habituales se relacionan con diversas tareas domésticas como preparar la comida, hacer la compra y otras tareas del hogar, así como las relativas al control médico como ir al médico y tomar la medicación.

De los diversos tipos de persona cuidadora, los parientes de la misma generación o superior respecto al beneficiario son los que experimentan menos problemas en la relación de ayuda, siendo los cuidadores y cuidadoras no parentales los que plantean mayor tasa de problemas y mayor dificultad.

En la misma línea, se ha comprobado que, en ocasiones, las familias de pacientes que precisan la ayuda de cuidadores, priorizan sus intereses sobre los del beneficiario, apartando la posibilidad de establecer una reflexión sobre asuntos relacionados con el acceso a una vida independiente como, por ejemplo, cuestiones relativas a relaciones sexuales y afectivas (Fundación CIREM 2004: 187).

Concluyendo, de la múltiple problemática que genera la ayuda a pacientes con trastornos neuróticos, son los cuidadores de la propia familia los que menos problemas apuntan a que dicha ayuda conlleva, haciendo hincapié en la desigualdad que presenta el género femenino, quienes se sienten más afectadas negativamente en temas de salud, empleo, relaciones personales y familiares, tiempo libre, etc., a causa de los cuidados que deben proporcionar, al exhibir que su vida personal queda condicionada por estos mismos (Pereda, Prada y Actis, 2012: 95).

3.1.3.2 CUIDADOS PARA EL CUIDADOR

La ²Asociación Española del Síndrome de Rett (Valencia) destaca como función principal de un cuidador, cubrir las necesidades de la persona vulnerable. Sin embargo, el problema principal es que no es posible proporcionar a alguien todo lo que necesita cuando las necesidades básicas propias del cuidador no están cubiertas.

La frase más escuchada de los cuidadores es "no tengo tiempo" para recuperar las emergencias perdidas, ya que el cuidado de una persona requiere muchas horas. Como consecuencia, se hallan en una situación inestable emocionalmente a las que hay que dar salida de alguna forma; pero no tienen las habilidades básicas o las herramientas suficientes que les permitan gestionar estas emociones; ya que, a veces es duro mirar más allá de la tristeza y el dolor.

En todo proceso, el cuidador primeramente tiene que enfrentarse a la aflicción que se da como respuesta natural a la "pérdida" de un ser querido. Así que, necesitan tiempo y tienen que permitirse entender que están inmersos en una gama de emociones que se prolongan desde la alegría a la desesperación. Este es el momento en el que los familiares se dan cuenta de que esta situación es inevitable, que los sueños que la persona dependiente se propuso nunca serán cumplidos, o que tendrán que aspirar hacia otras expectativas que se adapten a su nueva situación.

Lo mejor en estos casos es lamentar la pérdida con naturalidad y compartir los sentimientos con los familiares; además de saber controlar la furia de manera constructiva.

² Página web de la Asociación Española del Síndrome de Rett www.rett.es

Gestionar mal la situación puede llevar al agotamiento, la depresión y resentimiento; es necesario que las necesidades del cuidador estén en primer lugar.

Formas diversas para enfrentar la situación:

1. Crear equilibrio: tratar de ver las cosas de manera positiva y adaptar una actitud favorable; cuente todo lo bueno que tiene.
2. Poner límites: dejar que otros familiares o amigos se ocupen también de los cuidados antes de que la crisis se vaya consolidando; y establecer límites entre lo que se tiene que hacer y lo que se quiere hacer.
3. Evitar el perjuicio: asegurarse de que el cuidado a la otra persona, no interfiere en su propio cuidado.
4. Invertir acertadamente: distribuir el tiempo que se dedica al cuidado del cuidador es muy importante.
5. Encontrar el momento oportuno para discutir las necesidades con el familiar más cercano o tu pareja.
6. Parar, mirar, escuchar y hablar: es importante que entre la pareja exista comunicación y expresen sus sentimientos.
7. Tener fe en uno mismo: aprender a ver que el cuidado que se está ofreciendo es el correcto y permitirse cometer errores.
8. Hacer algo diferente: encontrar una actividad saludable para evadirse y eliminar el sentimiento de culpabilidad por permitirse hacerlo.
9. Escaparse sólo: hacer un viaje y considerarlo una necesidad, no un lujo.
10. Aprender a ser temporalmente incompetente: los familiares se permanecen a un lado cuando ven que el "trabajo" se está haciendo perfectamente.

11. Conservar su identidad personal: el sentido del humor es a veces, sinónimo de supervivencia; es importante distinguir lo que es importante de lo que no es.

3.1.4 MARCO LEGAL

3.1.4.1 LEY 14/1986, DE 25 DE ABRIL, GENERAL DE SANIDAD

En el artículo 1 de la presente ley, queda establecido que "tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud".

Del mismo modo, en el artículo 3 de los principios generales, se establece "los medios y actuaciones del sistema sanitario están orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades".

Haciendo referencia a salud mental, objeto de la intervención, en el artículo 20 (capítulo III), "la atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel de ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización".

Así, en dicha ley quedan reguladas las acciones encaminadas a la protección de la salud establecida en el artículo 43 de la Constitución Española, conformándose como una ley reguladora del Sistema Nacional de Salud.

3.1.4.2 LEY 39/2006, DE 14 DE DICIEMBRE, DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

En el artículo 1 de la Ley 39/2006, se expone que la misma "tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia".

Se crea con el objetivo de atender las necesidades de quienes, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanos.

Como alusión al tema tratado, el cuidado no profesional en el entorno familiar, la ley configura en el artículo 18 una "prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales".

Dicha prestación constituye el mayor impacto de la mencionada Ley, ya que pretende facilitar que el paciente pueda permanecer en el núcleo familiar y recibir en él la ayuda y cuidados que precise. Del mismo modo, establece condiciones específicas con el fin de quedar garantizado el bienestar de la persona en situación de dependencia, así como de los cuidadores.

Según García (2008) se trata de una prestación excepcional, que requiere que se acrediten condiciones adecuadas de convivencia y habitabilidad de la vivienda, por parte de los profesionales que valoren la situación de dependencia y quienes elaboren la propuesta de Programa Individual de Atención (PIA).

Del mismo modo, dicha ley diferencia a los cuidadores en el núcleo familiar de otros profesionales:

- Cuidadores familiares. Relación familiar hasta el tercer grado (incluido) con la persona beneficiaria de los cuidados.
- Otros cuidadores no profesionales.

3.2 NECESIDADES SOCIALES, ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN, PERTINENCIA

En diferentes ciudades de España existen una serie de asociaciones que dan respuesta a la necesidad social de proporcionar ayuda a pacientes y familiares con trastorno mental grave. Antes de desarrollar el programa que aquí se presenta puede resultar interesante repasar otras propuestas de intervención orientadas en la misma dirección. Algunos de los más importantes son los siguientes:

3.2.1 PROGRAMA DE ASESORAMIENTO Y FORMACIÓN (ASAENES)

Se trata de un programa llevado a cabo en la Asociación de Familiares, Allegados y Personas con Trastorno Mental Grave³ (Sevilla) que surge a raíz de los conflictos y dificultades que plantea la convivencia en el núcleo familiar con una persona que padece trastorno mental grave. Pretende que las familias y allegados de estas personas, puedan estar asesorados sobre la red de recursos disponibles, aspectos destacados relativos a la enfermedad mental en general, participación en grupos de información y autoayuda y se abran canales de comunicación y mayor comprensión de cara a la sociedad, tratando de atenuar el estigma social existente.

³ Página web de Asociación de Familiares, Allegados y Personas con Trastorno Mental Grave (ASAENES) www.asaenes.org

El programa se divide en dos áreas fundamentales como base del movimiento asociativo de familiares y allegados a personas con trastorno mental grave: a) Información, asesoramiento y formación y b) Sensibilización social.

Por un lado, el programa de orientación familiar funciona a través de atención telefónica, en la asociación y página web.

Por otro lado, el programa de escuela de familias se crea con personas que manifiestan la necesidad de obtener más información sobre la enfermedad, o precisan apoyo por una situación de estrés. Posee un formato psicopedagógico y cada sesión cuenta con unos 10-15 familiares; se desarrolla por parte de un profesional de la asociación.

Finalmente, cabe destacar los objetivos generales y específicos principales planteados en el programa, enumerados a continuación:

1. Orientar, asesorar y formar a familiares de usuarios con trastorno mental severo.
 - Detectar necesidades en familiares y allegados.
 - Creación de grupos que participen en programas de psicoeducación familiar o escuelas de familias.
 - Crear y formar grupos de autoayuda.
 - Colaborar en la búsqueda de soluciones a los problemas planteados
2. Sensibilizar a la sociedad sobre la problemática de este colectivo, facilitando una mejor comprensión y cambio de actitudes.
 - Contactar con Asociaciones, Centros Cívicos, Centros de Servicios Sociales, Comunitarios, etc., e informar sobre ASAENES y sobre la Enfermedad Mental.
 - Participar en los medios de Comunicación.

- Organizar una campaña de Sensibilización Social durante el Día Mundial de la Salud Mental.

Por otro lado, incluido en la ⁴Asociación Aragonesa Pro Salud Mental (ASAPME) establecida en Zaragoza, se destaca el siguiente programa dirigido a la familia.

3.2.2 PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR (ASAPME)

Se trata de un programa dirigido a familiares de personas que padecen trastorno mental grave. Posee un enfoque principal educativo, y da respuesta a tres necesidades básicas: información, formación y apoyo.

El programa, cuyo objetivo es "afrontar eficazmente la enfermedad y mantener al paciente en su entorno social y familiar", queda dividido en tres niveles:

- *Nivel I.* Aborda la comprensión de la enfermedad tanto desde el punto de vista clínico como emocional, con el objetivo de prevenir recaídas y mejorar el proceso evolutivo de la enfermedad, así como facilitar la convivencia familiar, minimizando el estrés.
- *Nivel II.* Aporta estrategias efectivas de afrontamiento de los problemas cotidianos que genera la convivencia con las personas afectadas; previene el síndrome del cuidador incrementa las habilidades de comunicación entre paciente y familia; mejora la convivencia y aporta respiro familiar.
- *Nivel III.* Dirigido a familiares que ya han participado en los niveles anteriores. La finalidad de este grupo es que los participantes puedan debatir acerca de sus experiencias y expectativas.

⁴ Página web de la Asociación Aragonesa Pro Salud Mental www.asapme.org

A través de la muestra de estos dos programas, se otorga una visión generalizada de los objetivos que persiguen la mayoría de los programas actuales dirigidos a familias de pacientes con trastorno mental grave. Con ello, como consecuencia de la inclusión de los trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos en la designación global "Trastorno Mental Grave", se observa la necesidad principal de dar respuesta a las demandas que presentan las familias establecidas en diferentes ámbitos al formativo e informativo, planteados anteriormente en la justificación.

Finalmente, cabe destacar la existencia de dos estrategias de intervención nacionales, enmarcadas en el ámbito de la Salud, que se configuran como marco de referencia en el desarrollo del proyecto.

3.2.3 ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Basada en la filosofía y contenidos de la Declaración de Helsinki en Salud Mental, beneficiada por la Oficina Regional Europea de la OMS y suscrita por España en 2005, se constituye como un texto de apoyo para la coordinación en todo el país de los planes o programas de promoción de salud mental para una atención integral y continuada de las personas con trastornos mentales.

La elaboración de la "Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud", tiene en cuenta como objetivo estratégico principal del Ministerio de Sanidad y Consumo la mejora de la atención a la salud mental en España. Así, adopta un enfoque integrado que combina la promoción de la salud mental, prevención de trastornos mentales, diagnóstico y tratamiento de los pacientes, coordinación inter e intra-institucional, y adopción de medidas para fomentar la inserción laboral y

social de pacientes que padecen estos trastornos. Entre sus principales objetivos se encuentran:

- Potenciar la investigación en salud mental
- Crear herramientas que permitan evaluar el avance del conocimiento en este campo, así como los avances y retrocesos que se detecten en su desarrollo.

Se trata de una estrategia elaborada por expertos de todas las disciplinas relacionadas con salud mental, en la que han participado técnicos de las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad y Consumo. Igualmente, se basa en las actuaciones y planes llevados a cabo tanto en España como en la Unión Europea y la OMS.

Con ello, supone un instrumento de utilidad para los servicios de salud, profesionales y pacientes, para la mejora de la salud de la población en general, y de las personas con trastornos mentales en particular.

Finalmente, el documento cuenta con dos partes: una primera parte de aspectos generales en la que se aborda la justificación de la Estrategia y la situación general de la epidemiología de la salud mental en España, y una segunda parte con los objetivos de la Estrategia en Salud Mental del SNS aprobados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de Diciembre de 2006, en la que se detallan los objetivos, recomendaciones y sistema de evaluación de la Estrategia.

3.2.4 PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA 2008-2013

El Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012 tiene como objetivo principal involucrar a las personas usuarias, familias y otros allegados para que cooperen con los servicios de salud en el proceso de autogestión de aspectos relacionados con la atención de la salud mental (Consejería de Salud, 2008: 73).

En este sentido, el Sistema Sanitario Público ofrece una atención de calidad en salud mental. A su vez, también destaca como esencial para que la atención sea efectiva una alianza entre los profesionales y familiares. Sobre estos pilares se construye el proyecto "*AL LADO*"⁵ que dicho documento presenta; sin olvidar que se fundamenta en el valor que aporta la ayuda mutua entre iguales y el respeto a los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental. E incluye también, el derecho a decidir sobre aquellos aspectos que repercuten en su trayectoria de vida.

Este proyecto trata de ofrecer un itinerario, una especie de camino para que las personas afectadas y sus familiares puedan afrontar día a día diferentes situaciones que se puedan presentar de forma genérica y habitual; y que responda lo mejor posible a sus propias necesidades.

Además, también ofrece una serie de recursos y una red asociativa, y de experiencias de colaboración disponibles en Andalucía. A lo largo del texto, hace especial referencia al papel potenciador de la ayuda mutua, entendida como un sistema complejo de relaciones interpersonales de apoyo entre servicios públicos y asociaciones.

⁵ Página web que contiene el Proyecto www.juntadeandalucia.es

Esto significa que en determinados problemas relacionados con la salud la ayuda mutua tiene un papel fundamental en la atención y potencia el valor, la eficacia y la calidad de la respuesta a las situaciones desfavorables para la salud. Desde el punto de vista de la salud mental, el II Plan Integral de Salud Mental tiene como objetivo ofrecer una mejor calidad en la atención centrándose en la asistencia, los niveles de promoción y rehabilitación integral con la perspectiva de la recuperación, a través de la ganancia efectiva en salud.

3.3 ANÁLISIS DEL CONTEXTO

La Asociación de Trastornos Depresivos de Aragón (AFDA) se encuentra situada en el barrio San Pablo de la ciudad de Zaragoza. Dicho barrio creció más de un 17% por la llegada de población inmigrante (especialmente entre 17 y 64 años), situándose como el grupo de edad más numeroso. Del mismo modo, se destaca la existencia de gran cantidad de población menor de 15 años, lo que sitúa al entorno de la Asociación en una media de edad adulta (Ayuntamiento de Zaragoza, 2005-2012:17).

Por otro lado, atendiendo a la situación social del contexto, se obtiene un 44% de población sin problemas sociales relevantes frente a un 6,9% de familias con grandes dificultades para su integración social (Ayuntamiento de Zaragoza, 2005-2012:27). En relación al tema que nos concierne para nuestro proyecto, un total de 458 usuarios en el área hacen uso de “Servicios de apoyo al cuidador”, observando a través de la *TABLA 1* la cantidad de personas que, desde el año 2004, han sido atendidas por los Servicios Sociales Comunitarios en tema de programas y prestaciones.

CMSS	N.º EXPEDIENTES	N.º USUARIOS	N.º MIEMBROS UNIDAD FAMILIAR
San Pablo	3.126	3.890	6.786
La Magdalena	1.986	2.188	4.017
TOTAL			
ZARAGOZA	5.112	6.078	10.803

Ilustración 1. Personas que han acudido a los Servicios Sociales Comunitarios. Fuente:
(Renovación del Plan Integral del Casco Histórico de Zaragoza 2005-2012:27)

En cuanto a la población mayor, presenta un peso superior (10,63%) comparado con la media municipal (Hernández et al., 2009-2011:2).

Por otro lado, haciendo referencia al nivel de vida existente en el contexto social, la tasa de paro existente en el barrio en el año 2011 asciende a un 18,60%, junto a un 16,95% de tasa de paro juvenil, calificándose como elevadas y superiores a las medias municipales respectivas. Los principales problemas percibidos por la propia población son la delincuencia y la escasez de recursos (Hernández et al. 2009-2011:3).

Atendiendo al aspecto físico del barrio de San Pablo es característico de un centro histórico en avanzado estado de degradación, cuyas viviendas manifiestan un estado cercano a la ruina. Posee gran cantidad de solares pertenecientes a viviendas que han sido demolidas, constituyendo una zona muy deteriorada físicamente. Al mismo tiempo, se asienta como un área cuyo nivel socioeconómico de población resulta muy bajo (Secretaría de Estado de Vivienda y Actuaciones Urbanas, 1991:1).

Finalmente, a la Asociación acude una gran diversidad de edades comprendidas entre los 15 y los 88 años de edad, siendo relevante la edad adulta (40-60 años) tal y como se observa en el predominio del barrio San Pablo.

4. DISEÑO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

4.1 MARCO INSTITUCIONAL. ÁMBITO TERRITORIAL DE ACTUACIÓN. DELIMITACIÓN TEMPORAL

El proyecto “Una intervención sistémica en el núcleo familiar de pacientes con trastorno neurótico” se contextualiza en la asociación AFDA cuyas siglas hacen referencia a la Asociación de Trastornos Depresivos de Aragón, situada en la C/San Blas, nº 37.

Se trata de una asociación sin ánimo de lucro cuya atención va dirigida a pacientes que padecen depresión y ansiedad, y hacia sus familiares. Para ello, ofrecen servicios especializados e individualizados con un carácter psicoterapéutico adaptado a las necesidades de sus pacientes; y cuyo efecto se extienda al mismo tiempo, a sus familiares y amigos.

En este sentido las finalidades de la asociación son:

1. Aumentar el bienestar de las personas con depresión y/o ansiedad y de sus familias/amigos, favoreciendo la relación y la integración social.
2. Ofrecer tratamientos psicoterapéuticos y psicosociales, trabajar en prevención y fomentar la inserción de las personas con trastornos depresivos.
3. Concienciar a la sociedad sobre la problemática de los trastornos depresivos.

En esta misma línea, encontramos los siguientes principios:

1. Mejora de la salud anímica mediante tratamientos psicoterapéuticos

2. Participación como método para mejorar la atención.
3. Transparencia en actuaciones.
4. Solidaridad encaminada hacia el bien común
5. Conocimiento social para favorecer la salud mental.

Con respecto a su financiación, está subvencionada con fondos públicos y privados, y según su asignación varían los presupuestos anuales. También, las cuotas de asociados y tarifas se destinan íntegramente a la continuidad de los proyectos.

Teniendo en cuenta dicha financiación, las actividades y actuaciones que se van a desarrollar en el proyecto se encuentran subvencionadas por la propia asociación, por lo que tienen un carácter gratuito para los socios de la misma (y sus familiares).

La delimitación temporal queda establecida de Septiembre a Junio del año 2014-2015, especificada en el Cronograma disponible en el proyecto.

En cuanto al ámbito territorial de actuación queda generalizado en la ciudad de Zaragoza, provincia de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Finalmente, el organigrama de la Asociación queda visualizado de la siguiente manera:

Organigrama

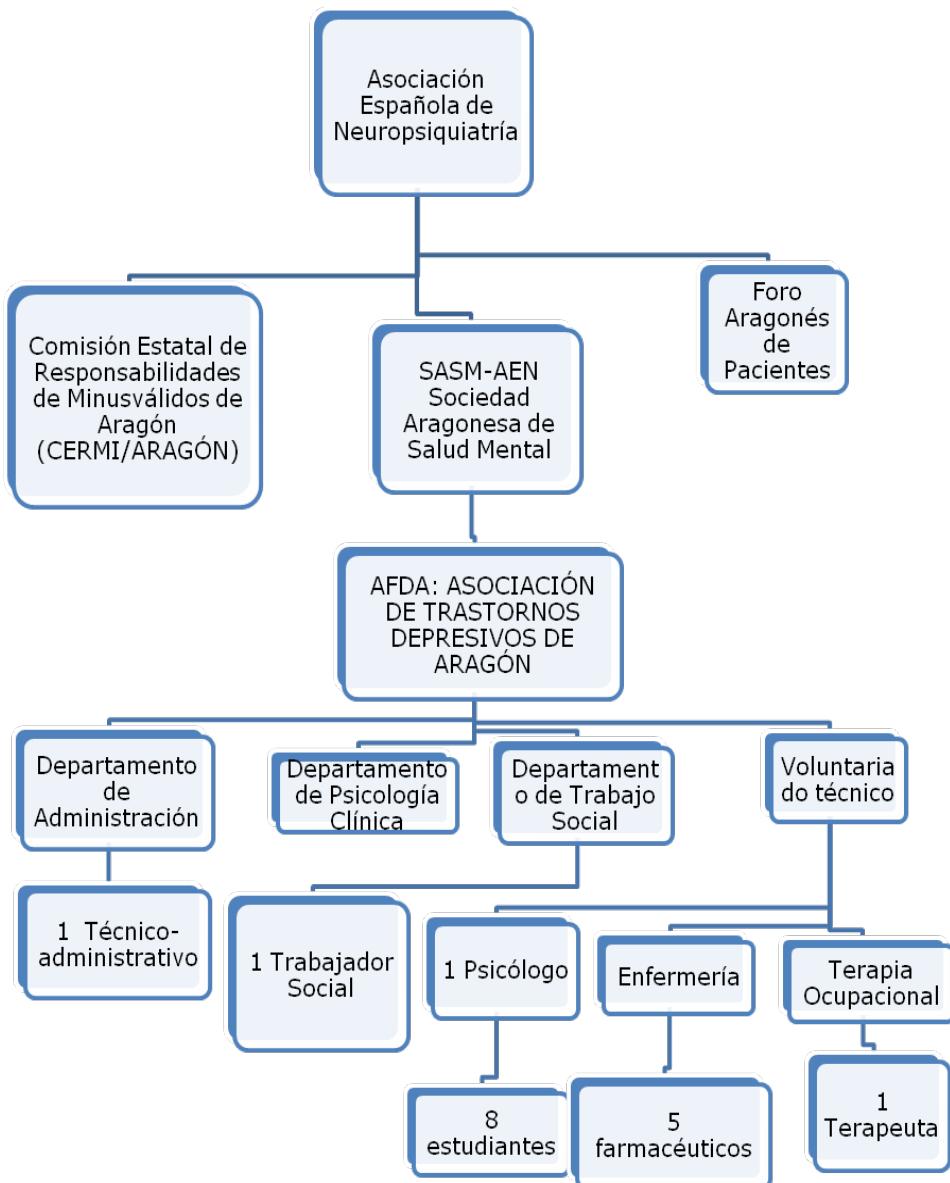


Ilustración 2. Gráfico Marco Institucional. Fuente: Elaboración propia

4.2 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

4.2.1 OBJETIVO GENERAL

Crear estrategias psicoeducativas y de comunicación para mejorar la calidad de vida de los cuidadores no profesionales de pacientes con trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

4.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Proporcionar información sobre el proceso de la enfermedad para lograr la aceptación y comprensión del núcleo familiar.
 - 1.1 Incluir a la familia en el proceso en un ambiente de orientación que permita una intervención directa.
 - 1.2 Ofrecer información dirigida a través de la impartición de cursos formativos que giran en torno a la temática planteada.
2. Desarrollar técnicas y habilidades psicoeducativas para conseguir la adaptación de la familia a la nueva situación del paciente.
 - 2.1 Establecer un círculo de convivencia y autoayuda que promueva la comunicación y el autodesarrollo en el proceso de adaptación a la enfermedad.
3. Enseñar a la familia técnicas y estrategias de afrontamiento que mejoren la evolución de la enfermedad y prevengan la aparición de nuevos brotes.
 - 3.1 Otorgar un espacio de entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación que mejore la vida diaria en el núcleo familiar.

Crear estrategias psicoeducativas y de comunicación para mejorar la calidad de vida de los cuidadores no profesionales de pacientes con trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METAS	ACTIVIDADES
Proporcionar información sobre el proceso de la enfermedad para lograr la aceptación y comprensión del núcleo familiar.	<p>Incluir a la familia en el proceso en un ambiente de orientación que permita una intervención directa.</p> <p>Ofrecer información dirigida a través de la impartición de cursos formativos que giran en torno a la temática planteada.</p>	Psicoeducación: cursos formativos
Desarrollar técnicas y habilidades psicoeducativas para conseguir la adaptación de la familia a la nueva situación del paciente.	Establecer un círculo de convivencia y autoayuda que promueva la comunicación y el autodesarrollo en el proceso de adaptación a la enfermedad.	Manejo de emociones: taller de expresión emocional. Convivencia: ludoterapia.

Enseñar a la familia técnicas y estrategias de afrontamiento que mejoren la evolución de la enfermedad y prevengan la aparición de nuevos brotes.	Otorgar un espacio de entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación que mejore la vida diaria en el núcleo familiar.	Habilidades de comunicación: taller de entrenamiento en habilidades.
--	--	--

Tabla 1. Relación de objetivos, metas y actividades. Fuente: Elaboración propia

4.3 BENEFICIARIOS

La población objeto de la intervención se caracteriza por una edad media entre 40 y 55 años, dando respuesta al perfil que muestra la Asociación de Trastornos Depresivos de Aragón (AFDA).

Aquí, acuden personas desde los 15 hasta los 88 años, sin una diferencia excesiva de género, pero predominando el porcentaje del género femenino. Con ello, debido a que la intervención va dirigida de manera directa a las personas que conforman el núcleo familiar de los usuarios, destacando padres y hermanos, se trabaja de manera generalizada con la media de edad destacada en las primeras líneas.

Durante el desarrollo del proyecto, las actividades quedan contextualizadas en cuatro ámbitos diferentes en los que participarán fundamentalmente los familiares.

ÁMBITOS	PARTICIPANTES
PSICOEDUCACIÓN	NÚCLEO FAMILIAR
MANEJO DE EMOCIONES	NÚCLEO FAMILIAR
CONVIVENCIA	NÚCLEO FAMILIAR
HABILIDADES DE COMUNICACIÓN	NÚCLEO FAMILIAR + USUARIO

Tabla 2. Ámbitos de desarrollo de las actividades. Fuente: Elaboración propia.

Así, como se puede observar en la tabla 1, los ámbitos de "Psicoeducación", "Manejo de emociones" y "Convivencia", tendrán un predominio de un porcentaje de edad medio, ya que van dirigidos únicamente a los familiares y, sin embargo, el módulo de "Habilidades de Comunicación" contará con la presencia de los usuarios junto a las familias, lo que aumenta la media de edad desde los 15 hasta los 88 años (porcentaje presente en la Asociación, como ya se ha comentado anteriormente).

4.4 ACTUACIONES Y ACTIVIDADES

Las actuaciones quedan enmarcadas en cuatro ámbitos contextualizados en la Asociación de trastornos depresivos de Aragón, sobre los que resulta necesaria de manera más directa la intervención. Del mismo modo, las actividades tendrían lugar de Septiembre a Junio en la propia Asociación, tal y como queda reflejado en el marco institucional.

En la siguiente tabla aparecen los diferentes ámbitos con una breve descripción de los mismos y se concreta la actividad que se realiza en cada uno. A su vez, la duración de las sesiones y la frecuencia de las actuaciones varían de una a otra en función de los cuatro ámbitos que las diferencian.

	DESCRIPCIÓN	ACTIVIDAD
PSICOEDUCACIÓN	Intervención dirigida a la educación que ofrece apoyo emocional, resolución de problemas y técnicas dirigidas al entrenamiento en Psicología Educativa.	CURSOS FORMATIVOS 3 HORAS SEMANALES CADA 15 DÍAS
MANEJO DE EMOCIONES	Intervención dirigida a proporcionar estrategias sobre el manejo de las emociones personales y regulación del autocontrol emocional.	REUNIÓN DE TERAPIA GRUPAL 2 HORAS SEMANALES CADA 15 DÍAS
CONVIVENCIA	Espacio destinado a la vida social en conjunto de las familias que conforman el proyecto.	LUDOTERAPIA 2 HORAS MENSUALES EN HORARIO DE FIN DE SEMANA
HABILIDADES DE COMUNICACIÓN	Instrucción en el aprendizaje de técnicas y habilidades, tanto comunicativas como sociales, a desempeñar en la vida diaria.	TALLER DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES 1 HORA Y MEDIA CADA 3 SEMANAS

Tabla 3. Descripción ámbitos y actividades correspondientes.

Fuente: elaboración propia

4.4.1 PSICOEDUCACIÓN

Cursos formativos

A través de los cursos formativos, se pretende otorgar a las familias información y orientación básica, ya que la mayoría se encuentran desorientadas por la extrañeza de los síntomas, el desconocimiento de lo que implica un trastorno mental y las creencias erróneas asociadas.

Así pues, la meta final de esta actividad es proporcionar información a las familias para que sean conocedoras íntegramente del desarrollo, proceso y efectos de la enfermedad.

El profesional encargado de desarrollar los módulos de los cursos formativos será el psicólogo clínico, y el trabajador social.

Ficha de actividad

1. Temporalización: 3 horas semanales, cada 15 días
2. Materiales: 1 ordenador para cada persona, pantalla eléctrica, material escolar
3. Número de usuarios: 20
4. Desarrollo

La estructura del programa de formación consta de 3 módulos (ver ANEXO V y ANEXO VI):

- Módulo uno "Introducción a la salud mental y al trastorno neurótico": consiste en explicar el proceso más común del desarrollo del trastorno.

Duración: tres meses (octubre-diciembre)

- Módulo dos "Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos": se plantea el mismo esquema de estructuración que en el anterior.

- Módulo tres "Práctica en situaciones de emergencia". Consiste en preparar a los familiares en la actuación en posibles casos de emergencia durante el proceso del trastorno.

4.4.2 MANEJO DE EMOCIONES

Taller de expresión emocional

Se ofrece apoyo personal con otros familiares de manera que se cree un espacio de comunicación, que permita aliviar tensiones, dudas y sentirse arropados.

La meta final es lograr que expresen sentimientos y emociones en torno a la problemática que se les plantea.

El profesional a cargo de dicha actividad es el trabajador social junto al psicólogo clínico, con ayuda de estudiantes de psicología (voluntariado técnico) como labor de acompañamiento.

Ficha de actividad

1. Temporalización: 2 horas cada 15 días (semana en la que no hay curso formativo)
2. Materiales: sillas, ordenador y material escolar
3. Número de usuarios: 12
4. Desarrollo:

La estructura del programa de terapia grupal es la siguiente:

- Introducción: reflexión inicial de 15 minutos llevada a cabo por el usuario a cargo, en la que se desarrolla un tema que difiere cada sesión en torno a la convivencia familiar.
- Desarrollo: 1 hora y 30 minutos de terapia grupal. En ésta el profesional será el encargado de dinamizar la sesión utilizando la técnica de observación participante. Esto es, los

asistentes a la reunión serán los que se involucren de forma activa en su desarrollo, con la posible participación del profesional, en caso de ser necesario.

El taller girará en torno a las problemáticas que vayan surgiendo durante su desarrollo, creando un espacio en el que los familiares sean capaces de expresar sus experiencias e inquietudes.

- Conclusión: 15 minutos de conclusión por parte del profesional en función de la temática que se ha desarrollado. Elección del usuario que desarrollará la reflexión inicial en la siguiente sesión de la actividad.

4.4.3 CONVIVENCIA

Ludoterapia

A través del juego y la actividad lúdica, se ponen en práctica los conocimientos adquiridos en un ambiente que sea propicio para la diversión y aprendizaje simultáneos y de convivencia.

La meta final es alcanzar un óptimo grado de interacción y de convivencia entre los cuidadores mediante un contexto lúdico.

Los profesionales a cargo de manejar dicha actividad serán el trabajador social y el terapeuta ocupacional (voluntariado técnico), los cuales desarrollarán los módulos que se tratarán en cada sesión.

Ficha de actividad

1. Temporalización: 2 horas mensuales en horario de fin de semana.
2. Materiales: sillas, colchonetas y material lúdico
3. Número de usuarios: 20

4. Desarrollo:

La estructura del programa en ludoterapia es la siguiente:

- Introducción: los primeros 10 minutos de la sesión irán destinados a la presentación de la actividad que se va a desarrollar. Dicha presentación será realizada por el profesional a cargo.
- Desarrollo: la terapia se hará en grupo. Cada sesión será formulada hacia una actividad deportiva, con intervalos de actividades dinámicas. El desarrollo común de todas ellas tendrá una duración de 1 hora y 30 minutos con descanso de 10 minutos en caso de ser necesario, durante la cual se ejecutará la propuesta.
- Conclusión: 10 minutos de puesta en común de las experiencias más destacadas de la actividad por parte de los usuarios.

4.4.4 HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

Taller de entrenamiento en habilidades

Se pretende otorgar un entrenamiento en habilidades básicas que favorezcan un desarrollo óptimo de la vida en el núcleo familiar, así como de comunicación interna que fomente la confianza.

La meta final es favorecer el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria en el núcleo familiar a través de la proporción de una serie de habilidades de comunicación.

Los encargados de desarrollar las sesiones de la actividad serán el trabajador social y el terapeuta ocupacional (voluntariado técnico), cada uno en la rama profesional específica de su conocimiento.

Ficha de actividad

1. Temporalización: 1 hora y media cada 3 semanas.
2. Materiales: material escolar
3. Número de usuarios: 10
4. Desarrollo:
 - Introducción: presentación de la dinámica durante 10 minutos.
 - Desarrollo: la actividad tendrá una duración de 1 hora. En la asociación, se llevará a cabo la actividad mediante dinámicas que refuerzen las capacidades y habilidades de los familiares de cara a desenvolverse más fácilmente en el núcleo familiar.
Las dinámicas irán dirigidas al entrenamiento de los usuarios del proyecto, mediante la reflexión y el aprendizaje que éstas ofrecen, tutorizadas por el profesional.
 - Conclusión: el cierre de la sesión será de 20 minutos mediante un feedback en el que se otorgará una reflexión personal, tanto por parte del profesional como del usuario, que dará pie a una mejora en la siguiente sesión y al reforzamiento del núcleo familiar.

CRONOGRAMA

En el siguiente cronograma se reflejan la duración de las diferentes actividades a lo largo de los 9 meses en las que tendrán lugar.

CRONOGRAMA					
ÁMBITOS	ACTIVIDAD	FECHA DE INICIO	DURACIÓN (meses)	FECHA A TERMINAR	NÚMERO DE SESIONES
ÁMBITO 01	CURSOS FORMATIVOS	18/09/2014	270	15/06/2015	18
ÁMBITO 02	REUNIÓN DE TERAPIA GRUPAL	24/09/2014	270	21/06/2015	18
ÁMBITO 03	LUDOTERAPIA	04/10/2014	240	01/06/2015	8
ÁMBITO 04	TALLER DE ENTRENAMIENTO EN HHSS	21/10/2014	240	18/06/2015	8

Ilustración 3. Cronograma general. Fuente: Elaboración propia.

ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN	
ÁMBITO 01	PSICOEDUCACIÓN
ÁMBITO 02	MANEJO DE EMOCIONES
ÁMBITO 03	CONVIVENCIA
ÁMBITO 04	HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

ACTIVIDADES POR ÁMBITO DE INTERVENCIÓN	
ÁMBITO 01	CURSOS FORMATIVOS
ÁMBITO 02	REUNIÓN DE TERAPIA GRUPAL
ÁMBITO 03	LUDOTERAPIA
ÁMBITO 04	TALLER DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES

Ilustración 4. Cronograma específico. Fuente: Elaboración propia.

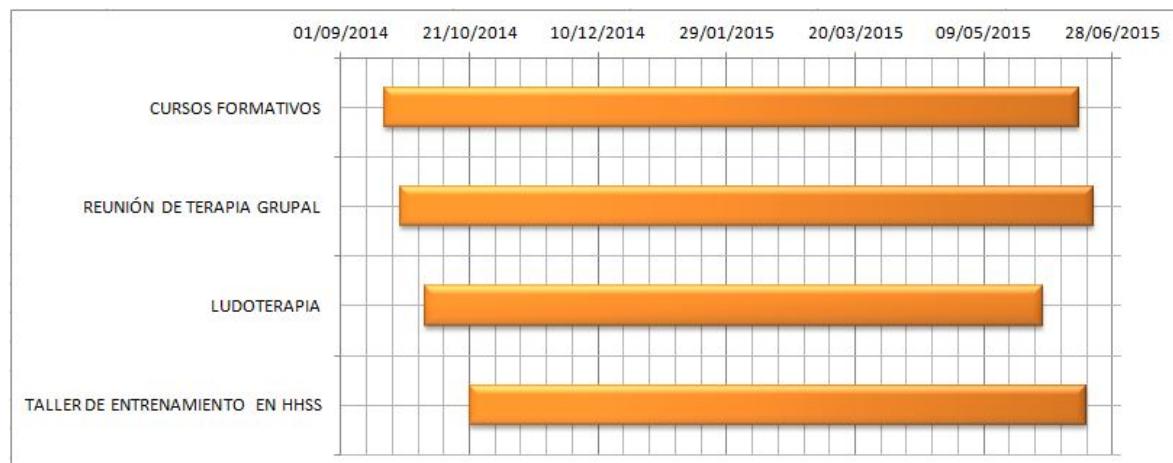


Ilustración 5. Diagrama de Gantt. Fuente: Elaboración propia.

4.5 METODOLOGÍA

La metodología de este proyecto se compone de una serie de técnicas que serán utilizadas por los profesionales para el desarrollo de las actividades. La finalidad de las mismas es facilitar su organización y desarrollo, de manera que procuren una atención efectiva y de calidad a los usuarios. Además también van encaminadas a generar interés entre estos y la predisposición de los usuarios hacia el aprendizaje.

Se configuran como un modelo común a seguir en el desarrollo de las diferentes sesiones.

4.5.1. PSICOEDUCACIÓN

En este ámbito para llevar a cabo la actividad de curso formativo se utilizan los siguientes tipos de técnicas para la enseñanza y la puesta en práctica.

4.5.1.1 TÉCNICAS DE ENSEÑANZA

Las técnicas de enseñanza se utilizan en los tres módulos por su carácter teórico.

1. EXPOSICIÓN: consistente en proveer una explicación de una manera simple sobre conceptos relacionados con la salud mental en general, y los diferentes trastornos neuróticos de manera específica. El objetivo es que los usuarios entiendan cómo se manifiestan dichos trastornos y que puedan formar sus propias conclusiones.
2. DEMOSTRACIÓN: mediante esta técnica se demuestran los conceptos desde una perspectiva práctica para que los usuarios asimilen los conceptos de manera más sencilla y puedan inquirir los mismos.

Del mismo modo en la teoría del aprendizaje social de Bandura, la técnica de aprendizaje por observación o modelos, utiliza el mismo procedimiento y consta de cuatro procesos: atención, retención, reproducción motora y motivación. Aquí, las personas aprenden directamente de las consecuencias de éstas, siendo mayor cuando tienen efectos beneficiosos (Bandura y Walters, 1974:136).

3. ACCIÓN: el objetivo de la misma es involucrar a los usuarios en las tareas que tienen más significado para ellos (Rodríguez, 2001:10-64).

4.5.1.2 ROLE-PLAYING

Esta técnica será utilizada exclusivamente en el módulo 3 debido a su carácter práctico. El objetivo consiste en ofrecer a los usuarios la posibilidad de verse involucrados en una simulación sobre una determinada situación real. De esta manera, los participantes podrían llevar a la práctica los diferentes estilos de afrontamiento a situaciones de emergencia que han sido desarrollados durante el curso formativo.

Así pues, la conducta o comportamiento modelo sería interiorizada por los cuidadores no profesionales; proporcionándoles apoyo para afrontar de la mejor forma posible sus miedos.

4.5.2 MANEJO DE EMOCIONES

4.5.2.1 OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

Está basada en ofrecer una actividad dinámica en la que recae de manera total la participación en los usuarios; logrando un espacio de comunicación entre ellos en el que puedan interactuar e intercambiar opiniones sobre diversos temas relacionados con la convivencia familiar. Además favorece que los usuarios expresen sus sentimientos durante

el tiempo que consideren necesario; y bajo su supervisión en caso de que surgiera alguna dificultad.

Mientras se lleva a cabo la actividad, el profesional hace un análisis y una observación exhaustiva del contexto en el que se desarrolla la actividad, así como de las reacciones y de las dificultades que tienen los participantes para desenvolverse en grupo. Al mismo tiempo se involucra en la actividad junto a los integrantes con el fin de generar una reflexión común con la que todos sean partícipes.

4.5.3 CONVIVENCIA

4.5.3.1 LUDOTERAPIA

Se constituye como una técnica psicoterapéutica que emplea el juego como medio capaz de lograr que el individuo adquiera una mejor comprensión de sí mismo, así como de los de su alrededor, a través de la descarga de sentimientos. Es muy común el uso en adultos como herramienta terapéutica y para el tratamiento de las enfermedades mentales. Aquí, el profesional propone una terapia a través del juego en la que se puede observar el comportamiento real de las personas en un contexto social normalizado, como es el tiempo libre con el círculo de iguales.

4.5.4. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

4.5.4.1 ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES

El profesional se encarga de ofrecer habilidades de comunicación en el núcleo familiar para fomentar la confianza entre ellos, de forma que puedan utilizarlas de manera provechosa en sus interacciones. Una buena gestión de la comunicación favorece un ambiente de cohesión entre los familiares y la persona con neurosis; además de que promueve la capacidad de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria de manera conjunta y coordinada.

4.5.4.2 ESTILOS DE COMUNICACIÓN

Existen diferentes situaciones de comunicación que necesitan ser gestionadas de manera adecuada por las personas para evitar posibles discusiones o confusiones. Esto se debe a que cada persona tiene un estilo propio de comunicación que varía según el contexto en el que se da:

- *Pasividad*: estilo mediante el cual las personas evitan mostrar sus sentimientos o pensamientos por temor a ser rechazados, incomprendidos o a ofender a otras personas y dan mayor mérito a los demás.
- *Agresividad*: a través de este estilo, las personas hacen valer sus derechos, deseos personales, expresan opiniones y sentimientos de manera irresponsable e irrespetuosa.
- *Asertividad*: decidida voluntad de una persona de hacer valer sus derechos, de expresar sus opiniones cuando le parezca oportuno, pero lo hace de un modo claro, sincero, directo, sin violar los derechos de su interlocutor (Van der Hofstadt, 2003).

En el desarrollo de la actividad descrita en el ANEXO VI, se llevan a la práctica mediante role-playing dichos estilos porque asegura en el núcleo familiar la coexistencia de respeto entre ellos.

4.5.4.3 LA VENTANA DE JOHARI

La ventana de Johari, denominada así por sus inventores José Luft y Harry Ingham (Poch, 2010) es uno de los modelos más útiles para describir el proceso de la interacción humana que permite la comunicación a través de cuatro clases de contenidos reflejados en el cuadro:

		YO	
		CONOZCO DE MI	NO CONOZCO DE MI
LOS DEMAS	CONOCEN DE MI	YO ABIERTO	YO CIEGO
	NO CONOCEN DE MI	YO OCULTO	YO DESCONOCIDO

YO ABIERTO:
Las ideas que manifiesto.
Las actividades, conscientes...
Los sentimientos que comunico.
Los proyectos que todos saben.
Cualidades y defectos externos.

YO CIEGO:
Todas las formas de mecanismos no controlados, pero que los demás descubren en mí.
Algunas facetas de nuestra personalidad y estilo de comunicación: miedos inconscientes, manías, limitaciones...

YO OCULTO:
Sentimientos escondidos.
Secretos de mi actuación.
Todo lo que no quiero que sepan de mí.

YO DESCONOCIDO:
Mecanismos de defensa y motivaciones inconscientes.
Represiones, fobias.
Toda una serie de actos inconscientes que no vemos ni yo ni los demás.

Ilustración 6. La ventana de Johari. Fuente: Elaboración propia.

Estas cuatro ventanas representan cuatro distintas personalidades de individuos en función de su equilibrio en el modo de dar o recibir feedback o retroalimentación. A través de esta técnica lo que se ofrece a los usuarios es un espacio de reflexión sobre cómo definirse a sí mismos y a los demás. Para ver el desarrollo global de la actividad, ver ANEXO VI.

4.6 EVALUACIÓN

4.6.1 PSICOEDUCACIÓN

En el ámbito de Psicoeducación, a la hora de llevar a cabo la evaluación se tendrán en cuenta los siguientes indicadores.

1. Número de usuarios que han acudido al curso formativo.

Resultado esperado: 60% de usuarios.

Se mide mediante la asistencia a las sesiones con las que cuenta el curso.

2. Nivel de conocimientos adquiridos al finalizar el curso.

Resultado esperado: 50% de preguntas acertadas.

Se mide mediante la encuesta de 15 preguntas a los usuarios (ver ANEXO I).

3. Nivel de satisfacción de los asistentes al curso.

Resultado esperado: al menos en la valoración general un 35% de usuarios otorguen una puntuación de 6 al curso.

Se mide mediante una ficha de valoración en la que cada pregunta plantea una puntuación del 1 al 10, donde uno sería muy insatisfecho y 10 muy satisfecho (ver ANEXO II).

4.6.2 MANEJO DE EMOCIONES

En el ámbito de manejo de emociones, a la hora de llevar a cabo la evaluación se tendrán en cuenta los siguientes indicadores.

1. Número de usuarios que han acudido a los talleres de expresión emocional.

Resultado esperado: 60% de asistencia.

Se mide mediante la asistencia a las sesiones con las que cuenta la actividad de terapia grupal.

2. Nivel de satisfacción de los asistentes a la actividad.

Resultado esperado: al menos en la valoración general un 35% otorgue una puntuación de 6 al curso.

Se mide mediante una ficha de valoración en la que cada pregunta plantea una puntuación del 1 al 10, dónde uno sería muy insatisfecho y 10 muy satisfecho (ver ANEXO III).

3. Nivel de participación durante las sesiones de terapia grupal.

Resultado esperado: al menos, cada uno de los usuarios debe realizar la reflexión inicial 2 veces.

Se mide mediante la tarea de preparación de la reflexión inicial que se lleva a cabo en el comienzo de cada una de las sesiones.

4.6.3 CONVIVENCIA

En el ámbito de convivencia, a la hora de llevar a cabo la evaluación se tendrán en cuenta los siguientes indicadores.

1. Número de usuarios que han acudido a los encuentros en ludoterapia.

Resultado esperado: 75% de asistencia.

Se mide mediante la asistencia a las sesiones de dicha actividad.

2. Nivel de satisfacción de los asistentes a la actividad.

Resultado esperado: al menos en la valoración general un 50% de asistentes otorguen una puntuación de 7 a la actividad.

Se mide mediante una ficha de valoración en la que cada pregunta plantea una puntuación del 1 al 10, dónde uno sería muy insatisfecho y 10 muy satisfecho (ver ANEXO III).

3. Nivel de conocimiento adquirido sobre los compañeros que interactúan en las actividades.

Resultado esperado: al menos un 50% de los asistentes sean capaces de responder 8 preguntas de 10.

Se mide mediante un cuestionario de 10 preguntas sobre las relaciones establecidas durante el desarrollo (ver ANEXO IV).

4.6.4 HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

En el ámbito de habilidades de comunicación, a la hora de llevar a cabo la evaluación se tendrán en cuenta los siguientes indicadores.

1. Número de usuarios que han acudido al taller de habilidades de comunicación.

Resultado esperado: 50% de asistencia.

Se mide mediante la asistencia a las sesiones de dicha actividad.

2. Nivel de satisfacción de los asistentes a la actividad.

Resultado esperado: en la valoración general, al menos un 50% otorgue una puntuación de 6 a la actividad.

Se mide mediante una ficha de valoración en la que cada pregunta plantea una puntuación del 1 al 10, dónde 1 sería muy insatisfecho y 10 muy satisfecho (ver ANEXO II).

4.7 RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

El proyecto de intervención se contextualiza en la Asociación de Trastornos Depresivos de Aragón, tal y como se ha hecho referencia en el apartado del marco institucional, por lo que algunos de los recursos materiales y humanos que se necesitan para llevar a cabo este proyecto son prestados por la misma.

A continuación se escribe un listado con los recursos materiales, humanos y técnicos que son necesarios para el desarrollo de las actividades, diferenciando los prestados de aquellos que necesitan ser adquiridos.

4.7.1 RECURSOS MATERIALES

RECURSOS DE LA ASOCIACIÓN

1. Material lúdico (juegos de mesa, material de dinamización)
2. Mobiliario: local cedido por la Asociación la cual dispone de las siguientes instalaciones:
 - Despacho de Trabajo Social
 - Despacho de Psicología
 - Recepción administrativa
 - 2 aseos
 - Sala de Juntas
 - Aula en la que se realizan las diferentes actividades y que consta de sillas y mesas.
3. Material escolar (cartulinas, temperas carboncillo, pasteles, acuarela/temperas, tintas y collage)

RECURSOS NECESARIOS

1. Material lúdico: colchonetas, vestuario para disfraces, pelotas de goma espuma, y otros materiales de dinamización de actividades.
2. Material audiovisual: pantalla eléctrica y ordenadores.

4.7.2 RECURSOS HUMANOS

La mayoría de los recursos humanos que se utilizan para el desarrollo de las actividades ya pertenecen a la asociación, por lo que al sueldo mensual de los mismos, se les incrementaría un porcentaje de acuerdo al número de horas que inviertan en las actividades del proyecto.

En el organigrama presentado en el marco institucional aparecen todos los profesionales disponibles en la asociación, sin embargo se necesitan exclusivamente los servicios del trabajador social, psicólogo clínico, técnico administrativo y algún voluntario técnico para la realización de las actividades del proyecto.

Profesionales como el trabajador social y el técnico administrativo de la asociación no tienen funciones específicas dentro del proyecto que aquí se plantea, sin embargo, son la puerta de entrada por la que los beneficiarios pueden tener acceso a las actividades del proyecto.

- Trabajador Social: responsable de realizar el informe social de los usuarios. Diseño, organización, gestión y justificación de los proyectos sociales.
- Técnico administrativo: recogida de datos personales y registro de los usuarios.

El resto de profesionales de la asociación (psicólogo clínico y voluntariado técnico) junto a un trabajador social y un terapeuta ocupacional (éste se desprende exclusivamente de su papel de voluntario técnico en la asociación para el desarrollo de las actividades del proyecto) que se constituyen como personal contratado, se distribuyen en función de los cuatro ámbitos en las que se enmarcan las actividades:

PSICOEDUCACIÓN: CURSOS DE FORMACIÓN

1. Psicólogo clínico: responsable del aprendizaje de los familiares de los contenidos sobre los trastornos neuróticos.
2. Trabajador social: responsable de llevar a cabo la técnica de role-playing explicada en el apartado de la metodología para el desarrollo del módulo 3 “práctica en situaciones de emergencia”.
3. Función común de estos profesionales: entrevistarse con los familiares cuando lo crean necesario y realizar la ficha de actividad.

MANEJO DE EMOCIONES: REUNIÓN DE TERAPIA GRUPAL

1. Psicólogo clínico: responsable del seguimiento psicológico de los usuarios y de la evaluación del progreso de los mismos.
2. Trabajador social: se encarga del seguimiento social de los usuarios y de la evaluación del progreso de los mismos.
3. Función común de estos profesionales junto a psicólogos pertenecientes al voluntariado técnico: encargados de llevar a cabo la observación participante y de la ficha de actividad.

CONVIVENCIA: LUDOTERAPIA

1. Trabajador social: encargado de hacer el seguimiento social de los beneficiarios y de la evaluación del progreso de los mismos.
2. Terapeuta ocupacional (voluntariado técnico): encargado de llevar a cabo funciones terapéuticas.
3. Función común: realizar la ficha de actividad de las actividades y desarrollar la dinámica a través de la técnica de ludoterapia.

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN: TALLER DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

1. Trabajador social: encargado de hacer seguimiento social de los beneficiarios y de la evaluación del progreso de los usuarios.
2. Terapeuta ocupacional (voluntariado técnico): encargado de funciones terapéuticas.
3. Función común de estos profesionales: encargados de ofrecer mediante la técnica de entrenamiento de habilidades de comunicación, así como de la evaluación de la actividad.

4.7.3 RECURSOS TÉCNICOS

El material técnico de los profesionales y necesario para el desarrollo del proyecto comprende:

Informe social: este recurso es utilizado por el Trabajador Social que establece el primero contacto con el usuario y que se encarga de realizar el diagnóstico de la situación social.

Ficha de actividad: antes de las sesiones se realiza una ficha de actividad en la que se recojan los siguientes apartados: nombre, fecha, hora, responsables, desarrollo, objetivos, evaluación y observaciones. Dicha evaluación recoge si se han cumplido los objetivos propuestos en

el desarrollo de la actividad. Sirve como mero instrumento de organización diario que utilizan los profesionales.

Ficha de seguimiento y evaluación: permite el seguimiento social y psicológico de los usuarios; así como el registro de la evolución de los usuarios en función de los cambios que se han producido desde que empezó a formar parte del proyecto.

4.8 ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO

En la organización del equipo de trabajo queda reflejada la forma en la que se van a coordinar los distintos componentes del mismo, y es concebida como el medio a través del cual se logrará la consecución de los objetivos y de los resultados comunes propuestos.

Para que la organización del equipo de trabajo sea eficaz, se analiza desde un punto de vista general en el que se engloba a todos los miembros del equipo y otra más específica en la que existe coordinación entre los profesionales encargados de realizar las actividades.

De forma genérica, es necesario llevar a cabo una distribución adecuada de las funciones, las cuales quedan resumidas en el apartado de los recursos humanos.

De acuerdo con dichas funciones, el equipo administrativo situado a la entrada de la asociación, se encarga de presentar las instalaciones de la asociación y de concertar la cita de los usuarios con el Trabajador Social, con el objetivo de diagnosticar las necesidades y las carencias de los mismos mediante el informe social. En el caso de que no cumplan los requisitos se les deriva a otros recursos que puedan satisfacer mejor sus necesidades, mediante la coordinación telefónica o vía email con otras instituciones ofreciéndoles los datos más importantes del mismo.

Todas las personas que se entrevisten con el profesional quedarán registrados en el ordenador como: demandante de información, usuario participante en alguna actividad o usuario pendiente de un plan de intervención.

De esta forma, en la reunión de equipo mediante consenso se decide cómo se van a distribuir a los beneficiarios en las diferentes

actividades, en función del modo en que las mismas puedan suplir sus carencias.

A partir de este momento, se concreta una cita con el familiar para comunicarle el plan de intervención que se espera hacer con él y se le informa de que se necesita su previo consentimiento para continuar. Si se da el caso de que el usuario se muestra participativo y está de acuerdo con la decisión, se requieren al beneficiario los diferentes documentos médicos y sociales del paciente neurótico y de la familia en cuestión para una posible coordinación con otras instituciones. Además se le comunica que todo el equipo de trabajo está coordinado y que se respeta en todos los términos la confidencialidad.

En lo que se refiere a la organización más específica existe una coordinación para la realización de las fichas de actividad y la distribución de responsabilidades para contar con los recursos necesarios. A esto se le añade que dependiendo del número de los participantes y del carácter de la actividad, se requiere más personal voluntario o menos, quienes también mantienen una relación coordinada con los profesionales y trabajan en la misma dirección, tratando así de encaminarse de manera conjunta hacia la consecución de los objetivos propuestos para esa actividad específica. Cabe destacar que las actividades serán medidas a través de los indicadores de evaluación concretados en dicho apartado.

Después de cada actividad, los profesionales anotan en la ficha de seguimiento y de evaluación los aspectos más importantes de los diferentes participantes para poder comprobar o controlar más adelante la evolución de los mismos. En caso de que existiese algún problema que dificulte la evolución de los demás familiares, los encargados de la

actividad prestan especial atención a esta situación con el objetivo de mejorarla.

En adición, se incluye una entrevista personal con el Trabajador Social para conocer cómo se encuentran dentro del plan de intervención, y se les comunica las posibles modificaciones que se puedan a llevar a cabo en el mismo, previa reunión con el equipo.

4.9 PRESUPUESTO. FUENTES DE FINANCIACIÓN

El presupuesto consta de tres partes, en función de los recursos que se precisan para desarrollar el proyecto, detallados en el apartado anterior.

De manera general, el presupuesto que se otorga a las partes profesionales que conforman el proyecto queda resumido de la siguiente manera:

- Al trabajador social se le otorga una cantidad de 15 euros la hora. Realiza una actividad laboral total de 13 horas y 30 minutos al mes, lo que efectúa un total de 202,50€/mes.
- Al psicólogo clínico se le otorga una cantidad de 13,50 euros la hora. Realiza una actividad laboral de 10 horas al mes, lo que efectúa un total de 135€/mes.
- Al terapeuta ocupacional se le otorga una cantidad de 13,50 euros la hora. Pese a tratarse de un voluntariado técnico, se le otorga una compensación por el ejercicio terapéutico desempeñado y necesario para la realización del proyecto. Desempeña una actividad técnica de 3 horas y 30 minutos al mes, lo que efectúa un total de 48€/mes.

PRESUPUESTO	
PROFESIONALES	GASTO ANUAL BRUTO (9 mensualidades)
TRABAJADOR SOCIAL	$202,50 \times 9 = 1822,50\text{€}$
PSICÓLOGO CLÍNICO	$135 \times 9 = 1215\text{€}$
TERAPEUTA OCUPACIONAL (V)	$48 \times 9 = 432\text{€}$
TOTAL PROFESIONALES	3469,50€ (brutos)
RECURSOS MATERIALES	
GASTO TOTAL	
MATERIAL ESCOLAR	150 €
MATERIAL LÚDICO:	
- COLCHONETAS (10)	
- PELOTAS DE	$22,50 \times 10 = 225 \text{ €}$
GOMAESPUMA	20 €
- VESTUARIO	150 €
MATERIAL AUDIOVISUAL	
- ORDENADORES (10)	$438,95 \times 10 = 4389'50 \text{ €}$
- PANTALLA ELÉCTRICA	270 €
TOTAL MATERIAL	5204,50 €
CUANTÍA PRESUPUESTO TOTAL	8674 €

Tabla 4. Presupuesto final. Fuente: Elaboración propia.

El presupuesto total, por otro lado, es susceptible de ser minorado con las subvenciones o colaboraciones que pudieran dar lugar, de la propia Asociación.

Del mismo modo, se trata de un presupuesto provisional, debido a que en caso de aumento de demanda y éxito del proyecto, junto con la consecución de objetivos planteados de manera inicial, la cantidad de actividades se vería incrementada y, de manera consiguiente, el presupuesto general también.

5. CONCLUSIONES

El apartado final de nuestro proyecto de intervención, va enfocado a la dinámica desarrollada a lo largo de todo el proceso, desde sus comienzos hasta el acuerdo final.

La hipótesis inicial sobre cómo enfocar una intervención desde la profesión del Trabajo Social en el ámbito de la salud mental y sus complejidades, que responda a una problemática y necesidad social específica sobre trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, concluye en un proyecto dirigido a la intervención con el núcleo familiar desde la teoría sistémica.

El camino hasta aquí se materializa extenso, debido a que han ido surgiendo numerosas complicaciones y dificultades a lo largo del mismo, siendo preciso llevar a cabo una investigación cualitativa en todo momento. Se ha necesitado la puesta en práctica de técnicas y herramientas propias del Trabajo Social, destacando la entrevista y la observación participante en diversas actividades, así como el desarrollo de una búsqueda bibliográfica extensa junto con un análisis de la realidad en materia de salud mental.

El punto de partida nace en una puesta en común sobre las inquietudes y experiencias de las creadoras del proyecto, como consecuencia de la inmersión en una realidad social compleja durante el "Practicum de Intervención". Con ello, se observa la necesidad de tener en cuenta al núcleo familiar del usuario en la intervención, dado que se trata de una parte muy importante y directa a lo largo de todo el proceso profesional, y un objeto de estudio muy olvidado.

Del mismo modo, durante todo el proceso se conoce la falta de recursos existentes en el ámbito tratado, desde una visión general de la

salud mental hasta el marco específico de las neurosis. Una problemática que cada día cuenta con mayor número de víctimas y que precisa de una atención compleja.

Con ello, se enfocan los obstáculos a la hora de realizar una intervención social dirigida a una población indefensa, que ha permitido dar a conocer la necesidad de profundizar en el funcionamiento de nuestro sistema social como realidad.

Por otro lado, se acentúa la toma de contacto con la Asociación de Trastorno Depresivo de Aragón (AFDA) en la que se contextualiza dicha intervención. Durante las entrevistas llevadas a cabo con el trabajador social, así como el intercambio de información con el mismo, se observó la gran labor desempeñada con la población objeto a la que va dirigida y, al mismo tiempo, la falta de actuaciones dirigidas a los círculos externos más directos de dicha población.

Con todo ello, gracias a la gran aceptación de nuestro proyecto y la respuesta obtenida desde el primer momento por parte de AFDA, se decidió contextualizar en ella lo que, en la actualidad, se configura como nuestro Trabajo Fin de Grado: el resultado de nuestro esfuerzo, dirigido a la población que, bajo nuestro punto de vista, se conforma como vulnerable en la actualidad.

Finalmente, cabe destacar nuestra percepción del Trabajo Social, materia sobre la que se conforma nuestro proyecto, como disciplina sobre la que es necesario aunar y continuar colaborando con el fin de promover sus valores y destacar su importancia en la sociedad, más aún, en la realidad actual que se nos brinda conocer y sobre la que debemos intervenir de manera profesional.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arnold, M. y Osorio, F. (1998). *Introducción a los Conceptos Básicos de la Teoría General de Sistemas*. Chile: Departamento de Antropología. Universidad de Chile.
- Asociación Aragonesa Pro Salud Mental (s.f.). Obtenido de www.asapme.org
- Asociación de Familiares, Allegados y Personas con Trastorno Mental Grave (s.f.). Obtenido de www.asaenes.org
- Asociación Española del Síndrome de Rett (2009). *Capítulo 4. Cuidados para el cuidador*. Obtenido de <http://www.rett.es/gestion/archivosges/1332138609.pdf>
- Bandura, A. y Walters, R. H. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Cantallops, M. A. (2014). *Las enfermedades mentales deberían tratarse fuera de prisión*. El Mundo.
- Consejería de Salud (2008). *Plan Integral de Salud Mental de Andalucía*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- DSM-IV (1995): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Freud, S. (1948). *Obras completas. Tres tomos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Juan, L. C. (2006). *Introducción a la Sistémica y Terapia Familiar*. Alicante: Club Universitario.

Nathan, P. E., Gorman, J. M. y Salkind, N. J. (2002). *Tratamiento de trastornos mentales. Una guía de tratamientos que funcionan.* Madrid: Alianza Editorial.

Organización Mundial de la Salud (2000). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos.* Editorial Panamericana.

Organización Mundial de la Salud (2010). *Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada.* Suiza: Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental.

Pereda, C., Prada, M. Á. y Actis, W. (2012). *Discapacidades e inclusión social* (Vol. Colección Estudios Sociales 33). Barcelona: Obra Social "la Caixa".

Poch, M. (2010). *La "ventana de Johari" ayuda a analizar la dinámica de las relaciones interpersonales.* Obtenido de <http://mireiapoch.wordpress.com/2010/04/05/la-ventana-de-johari-ayuda-a-analizar-la-dinamica-de-las-relaciones-interpersonales/>

Rodríguez, D. (2001). *Manual de orientación al maestro.* (P. Puertorriqueñas, Ed.) 8.

Salud, C. d. (2006). Trastorno Mental Grave. *Trastorno Mental Grave: Proceso Asistencial Integrado.* Sevilla, España: Junta de Andalucía. Consejería de Salud.

Seva Díaz, A. (2003). *Las neurosis. Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfas*. Zaragoza: Caja de Ahorros de la Inmaculada de Aragón.

Tratamiento de trastornos mentales. Una guía de tratamientos que funciona (s.f.).

Trevithick (2001). *La entrevista. Técnicas y herramientas básicas de la entrevista*. 202.

Van der Hofstadt, C. (2003). *El libro de las habilidades de comunicación*. Díaz de Santos.

7. ANEXOS

ANEXO I

Evaluación cursos formativos de la actividad de Psicoeducación

<u>Nombre:</u>	<u>Fecha:</u>	<u>Hora:</u>
<u>Responsable(s):</u>		
<u>Desarrollo:</u> <i>A continuación, deberá desarrollar las siguientes preguntas sobre los cursos formativos a los que ha asistido.</i>		
<u>Evaluación:</u> <ol style="list-style-type: none">1. Definición término "neurosis"2. Tipos de trastorno neurótico secundario a situaciones estresantes y somatomorfas3. Trastorno obsesivo compulsivo4. Tipos de trastorno de ansiedad5. Cantidad de módulos desarrollados en el curso6. Actividades prácticas realizadas7. Nombre del encargado de dar la formación8. Horario en el que ha sido impartido el curso9. Objetivo general perseguido por el curso formativo10. Lugar en el que se lleva a cabo el desarrollo de las actividades integrantes del curso		

ANEXO II

Ficha de valoración

Otorga a cada pregunta una puntuación del 1 al 10, siendo 1 nada satisfecho y 10 muy satisfecho.

1. Opina sobre el desarrollo del curso

- La organización del curso ha sido
- El nivel de los contenidos ha sido
- La utilidad de los contenidos aprendidos
- La utilización de casos prácticos
- La utilización de medios audiovisuales
- La utilización de dinámicas de grupo
- La comodidad del aula
- El ambiente del grupo de asistentes
- La duración del curso ha sido
- El horario realizado ha sido
- El material entregado ha sido
- En general, el curso te ha parecido

2. Opina sobre tu participación en este curso

- Mi motivación ha sido
- Mi participación ha sido
- La asimilación de contenidos
- La aplicación en mi vida diaria será

3. Opina sobre los profesionales encargados de desarrollar el curso

- Ha utilizado expresiones teóricas
- Ha realizado prácticas
- Ha fomentado el trabajo en equipo
- Tiene buena capacitación técnica
- Ha propiciado buena comunicación
- Ha sabido motivar al grupo
- Ha cumplido los objetivos propuestos
- Si lo deseas, puedes explicar a continuación tu valoración acerca del profesional a cargo, con carácter general

4. Finalmente, si has echado algo de menos o te gustaría proponer alguna mejora, coméntalo a continuación, de manera breve.

ANEXO III

Ficha de valoración de la actividad de convivencia

<u>Nombre:</u>	<u>Fecha:</u>	<u>Hora:</u>
<u>Responsable(s):</u>		
<u>Desarrollo:</u> <i>A continuación, deberá responder a las siguientes preguntas sobre la actividades correspondientes al módulo de convivencia.</i>		
<u>Evaluación:</u> <ol style="list-style-type: none">1. ¿Han cubierto las reuniones sus expectativas?2. ¿Han comenzado las reuniones, en general, a la hora estipulada?3. ¿Han concluido las reuniones, en general, a la hora estipulada?4. ¿Se han cubierto todos los temas a debatir?5. ¿Ha tenido la oportunidad de participar activamente en la reunión?6. ¿Y el resto de los asistentes, considera activa su participación?7. En su opinión, ¿han acudido los asistentes debidamente documentados sobre su finalidad a las reuniones?8. Las reuniones...<ul style="list-style-type: none">• Se han desarrollado de manera eficiente• Se han desarrollado razonablemente bien• No han sido una pérdida de tiempo• ¿Algún comentario sobre las reuniones y/o sugerencias para futuras reuniones?9. Finalmente, otorgue una puntuación global del 1 al 10.		

ANEXO IV

Conocimiento de grupo. Actividad de convivencia.

<u>Nombre:</u>	<u>Fecha:</u>	<u>Hora:</u>
<u>Responsable(s):</u>		
<u>Desarrollo:</u> <i>A continuación, deberá desarrollar las siguientes preguntas sobre algún compañero con el que haya mantenido relación durante la realización de la actividad.</i>		
<u>Evaluación:</u> 1. ¿Cuál es su color favorito? 2. ¿A qué se dedica actualmente? 3. Lugar de procedencia 4. Razón por la que participa en el programa 5. ¿Qué actividades le gusta realizar en su tiempo libre? 6. Número de hermanos/as 7. Descripción personal 8. Edad 9. Último lugar al que ha ido de vacaciones 10. Estado civil		

ANEXO V

Módulo uno. "Introducción a la Salud Mental y al Trastorno Neurótico". Consiste en explicar el proceso más común del desarrollo del trastorno.

Duración: tres meses (Octubre-Diciembre)

Estructura de la sesión:

1. Presentación: los primeros 15 minutos serán empleados para resolución de posibles dudas.
2. Desarrollo:
 - 1 hora y 15 minutos de explicación teórica del temario correspondiente al módulo.
 - Descanso: 10 minutos
 - A continuación 1 hora y 10 minutos de actividad práctica en el ordenador correspondiente a los conceptos teóricos adquiridos durante la sesión.
3. Conclusión: Los últimos 10 minutos irán destinados a hacer una breve introducción a la sesión siguiente.

Módulo dos. "Trastornos Neuróticos Secundarios a situaciones estresantes y somatomorfás". Se plantea el mismo esquema de estructuración que en el anterior

Duración: tres meses (Enero-Marzo)

Estructura de la sesión:

1. Presentación: los primeros 15 minutos serán empleados para resolución de posibles dudas.

2. Desarrollo:

- 1 hora y 15 minutos de explicación teórica del temario correspondiente al módulo.
- Descanso: 10 minutos
- Posteriormente, 1 hora y 10 minutos de actividad práctica en la que a través de la visualización de un vídeo-documental, queden asentados los conocimientos anteriormente expuestos.

3. Conclusión: Los últimos 10 minutos irán destinados a hacer una breve introducción a la sesión siguiente.

Módulo tres. "Práctica en Situaciones de Emergencia". Consiste en preparar a los familiares en la actuación en posibles casos de emergencia durante el proceso del trastorno.

Duración: tres meses (Abril-Junio)

Estructuración:

1. Presentación: los primeros 15 minutos serán empleados para resolución de posibles dudas.

2. Desarrollo:

- 1 hora y 15 minutos de explicación teórica del temario correspondiente al módulo.
- Descanso: 10 minutos
- Posteriormente, 1 hora y 10 minutos de puesta en práctica de los conocimientos adquiridos durante la sesión mediante la técnica "role-playing", consiste en simular una posible situación que puede darse en la vida real.

3. Conclusión: 10 minutos. Introducción sesión próxima.

ANEXO VI

Ámbito de habilidades de comunicación. Desarrollo de taller de entrenamiento de habilidades sociales.

INTRODUCCIÓN

(10 minutos) Número de usuarios: 9 (3 familias)

"Buenos días somos Raquel y Andrea, Trabajadora Social y Terapeuta Ocupacional de la asociación AFDA.

Hemos creado esta actividad con la finalidad de ofreceros habilidades comunicativas que ayuden a que reforcéis las relaciones interpersonales entre vosotros.

Este taller va estar formado sólo por 9 personas porque queremos que tengáis el mayor protagonismo posible, además si nos fijamos los participantes sois cuidadores no profesionales y pacientes neuróticos para poder trabajar la comunicación dentro del núcleo familiar.

La duración de cada sesión será de 1 hora y media y tendrán lugar cada 3 semanas, es decir que son 9 sesiones en total que se distribuyen a lo largo de los 9 meses de Septiembre a Junio.

Hoy por ejemplo vamos a hacer hincapié en los diferentes estilos de comunicación y en el proceso de interacción humana, que explicaremos a continuación.

Para ello, vamos hacer dos actividades y cada una tendrá una duración de 35 minutos. Así podremos cerrar la sesión con una conclusión final de 20 minutos.

¿Tenéis alguna pregunta? Si no tenéis ninguna duda, comenzamos".

DESARROLLO

(1 hora)

Estilos de comunicación

"En esta actividad os vamos a dar un papel en el que aparecerá escrito una determinada situación que se puede dar en la vida real sobre un tema en concreto. Pensaréis sobre esa situación 10 minutos y para hacerlo más divertido, el grupo que empiece primero escogerá aquella ropa de ese vestuario que hay a la izquierda del aula con la que vuestro rol se identifique. A continuación escenificaréis la situación delante de vuestros compañeros durante 8 minutos.

Bueno ahora va a comenzar el grupo 1, pero los otros dos grupos tenéis hacer una observación no participante de dicha escenificación e identificar el rol que están desempeñando".

Escenificación 1

"Antonio está enfadado con sus amigos Felipe y Pablo porque no quieren ir a su fiesta de cumpleaños que lleva planeando durante dos semanas. Además en vez de avisarle con antelación, se lo han comunicado 1 día antes de la celebración. Felipe y Pablo saben que es muy importante para su amigo pero prefieren ir a un concierto de su grupo de música favorito.

En dicha escenificación tenéis que hacer tres representaciones en función de las tres posibles conductas de Antonio: PASIVA, AGRESIVA, ASERTIVA".

- PASIVA: Bueno no pasa nada chicos porque va a venir más gente, ya me contaréis qué tal os lo pasáis.

- AGRESIVA: No me lo puedo creer... os aviso con dos semanas de antelación y aún así no vais a venir a mi cumpleaños. No sé qué clase de amigos sois, me habéis decepcionado y no me lo esperaba de vosotros.
- ASERTIVA: He preparado todo con mucho entusiasmo y ahora me siento muy mal conmigo mismo y con vosotros. No es la primera vez que me lo hacéis y no sé qué pensar ya, sólo os pido que la próxima vez me aviséis antes porque ya había comprado la cena.

Escenificación 2

"Carlota come antes que Martina porque se tiene que ir a trabajar a las primeras horas de la tarde. Martina está enfada porque después de completar su jornada laboral tiene que lavar los platos de su compañera de piso. La otra compañera de piso Juana siempre se mantiene al margen de esta situación conflictiva".

Conducta de Martina:

- PASIVA: Llega a casa y lava los platos como siempre.
- AGRESIVA: deja sin lavar los platos y cuando vuelve a casa le dice a su compañera Carlota que está harta de ella y de su manía de dejar los platos sin lavar, que ella no tiene la culpa de que se levante tarde y de que tenga que comer antes. También aprovecha para decirle a Juana que también ella podría lavar los platos para cuando ella llegue a casa.
- ASERTIVA: lava los platos y cuando vuelve a casa Carlota, les dice a sus dos compañeras de piso que a menudo tiene que lavar los platos y que quiere poner remedio a esta situación que se repite

todos los días. Además de eso propone una hoja de tareas en la que se distribuyen las tareas del hogar.

Escenificación 3

"Juan Carlos está enfadado con sus compañeras de trabajo porque ni Sara ni Leticia recogen nunca la mesa. Él siempre llega antes al trabajo y limpia la mesa antes de empezar de nuevo su jornada de trabajo".

Conducta de Juan Carlos:

- PASIVA: llega al trabajo y vuelve a recoger como cada día la mesa.
- AGRESIVA: deja sin recoger la mesa y cuando llegan sus compañeras les dice que no va a volver a recoger la mesa y que directamente irá al jefe a quejarse de su comportamiento.
- ASERTIVA: recoge la mesa y cuando llegan sus compañeras les comunica lo que ocurre de manera tranquilizada tratando de llegar a un acuerdo; pero al mismo tiempo resalta que se siente utilizado y que no quiere buscar soluciones precipitadas.

CONCLUSIÓN

(10 minutos)

"Con esta actividad os hemos querido transmitir que existen distintas formas de expresar y de comunicar a los demás cómo nos sentimos en un momento específico. Hay que tener en cuenta siempre que se comportarán con nosotros según cómo nos comportemos nosotros con los demás. Como habéis visto, el estilo de comunicación asertivo permite buscar una solución positiva en la que todos podamos

sentirnos cómodos. Por todo ello, una manera de hacer las cosas bien es acordarnos de quiénes somos y de quiénes quieren lo mejor para nosotros".

Proceso de interacción humana

"La siguiente actividad tiene una parte más individual de 15 minutos y otra más grupal en la que interactuareis entre vosotros cuidadores-pacientes neuróticos.

La parte individual consiste en que cada uno dibuje o escriba en una cartulina los sentimientos que tiene hacia los diferentes miembros de su "familia" presentes en el taller, así como los rasgos de la personalidad del otro. El dibujo puede ser abstracto, o un objeto que identifique a la persona en cuestión. A su vez, deberá poner en la cartulina una definición de sí mismo.

A continuación en la parte grupal, deberéis explicar a cada uno de vuestros familiares lo que habéis puesto en la cartulina y también escuchar lo que ellos tienen que deciros a vosotros".

Cuando todos se hayan expresado, los profesionales se encargarán de que cada miembro sepa definirse y colocar las diferentes características que le definen en función de la VENTANA DE YOHARI.

CONCLUSIÓN

(10 minutos)

"La finalidad de esta actividad cómo habéis visto refleja la autoestima que cada uno tiene de sí mismo. Algunas personas no saben quiénes son ni cómo son, otras siempre tienden a destacar sus virtudes, en cambio otros, destacan sus defectos. En cualquier caso, es importante conocernos a nosotros mismos y mostrarnos hacia los demás

tal y como somos, al mismo tiempo que debemos aceptar nuestros defectos y los defectos de los demás, puesto que nadie es perfecto. Esperamos que os hayamos ayudado con esta actividad, y que recordéis esta ventana en los momentos de enfado y de confusión”.