

10. ANEXOS

ANEXO I: CRONOGRAMA

Sesión	Objetivos	Actividades	Recursos materiales	Recursos humanos
1ª Sesión Presentación	<ul style="list-style-type: none"> - Que los participantes se conozcan mutuamente, y se genere un sentimiento de pertenencia al grupo. - Realización del pre- test 	Presentación del programa y expectativas de los participantes		Grupos de familias junto con los pacientes Los cinco profesionales
		Pretest del programa	<ul style="list-style-type: none"> -Cuestionario de calidad de vida a cumplimentar por la familia (Anexo II.1) - Escala de la Calidad de Vida en la Esquizofrenia a cumplimentar por el usuario (Anexo II.2) 	Grupo de familias Grupo de pacientes Los cinco profesionales
		Actividad 1: ¿Y tú quién eres?	Anexo III	Grupos aleatorios
		Actividad 2: Ronda de nombres	Anexo III	Grupos aleatorios
		Actividad 3: Pelota al aire	Anexo III	Grupos aleatorios
2ª Sesión Psicoeducación	-Realización del pretest	Pretest de la fase II	Inventario de conocimientos a cerca de la esquizofrenia a cumplimentar por la familia (Anexo II.3)	Grupos de familias y dos psicólogos
3ª Sesión Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> -Tener una visión más realista de la EM. -Poder expresar las vivencias personales. 	<ul style="list-style-type: none"> -Definición de enfermedad mental -Definición de esquizofrenia -Etiología del trastorno 	Power point (Anexo IV) Proyector Ordenador	<ul style="list-style-type: none"> -Grupos de familias y 2 psicólogos -Grupo de pacientes y 2 psicólogos
4ª Psicoeducación	-Tener una visión más	Sintomatología	Power point (Anexo IV)	-Grupos de familias y 2 psicólogos

	realista de la EM. -Poder expresar las vivencias personales.		Proyector Ordenador portátil	-Grupo de pacientes y dos psicólogos
5ª Psicoeducación	-Tener una visión más realista de la EM. -Poder expresar las vivencias personales	-Estrategias psicoterapéuticas -Tratamiento -Habilidades para mejorar la convivencia	Power point (Anexo IV) Proyector Ordenador portátil	-Grupos de familias y 2 psicólogos -Grupo de pacientes y dos psicólogos
6ª Psicoeducación	-Tener una visión más realista de la EM. -Poder expresar las vivencias personales	-Recaídas: Fase prodrómica Síntomas prodrómicos Causas de la recaída	Power point (Anexo IV) Proyector Ordenador portátil	-Grupos de familias y 2 psicólogos -Grupo de pacientes y dos psicólogos
7ª Psicoeducación	-Tener una visión más realista de la EM -Saber actuar ante una crisis -Poder expresar las vivencias personales	-Recaídas: Actitudes hacia los pródromos Ingreso hospitalario Recomendaciones	Power point (Anexo IV) Proyector Ordenador portátil	Grupos de familias y 2 psicólogos
8ª Psicoeducación	Conocer la valoración del programa	Debate Dudas y preguntas Cuestionario de satisfacción	(Anexo II.4)	-Grupos de familias y 2 psicólogos -Grupo de pacientes y dos psicólogos
9ª Psicoeducación	-La familia pone en común lo aprendido -Conocer la utilidad del programa	Postest de la fase II	Inventario de conocimientos a cerca de la esquizofrenia a cumplimentar por la familia (Anexo II.3)	Familia junto con el paciente y 2 psicólogos Grupos de familias y dos psicólogos
10ª Competencias	-Realización del	Pretest de la fase	-Muestra de	Entrevista familiar sin el

emocionales	pretest -Conocer si algún miembro de la familia muestra EE.	III	habla de 5 minutos(Anexo II.5) -Prueba del nivel de emoción expresada (Anexo II.6)	paciente y 2 psicólogos
11ª Competencias emocionales	Mejorar la autoestima	Conciencia de uno mismo: Autoestima	Anexo V	-Grupos de familias y 2 psicólogos -Grupo de pacientes y dos psicólogos
12ª Competencias emocionales	Expresar lo que se desea de un modo adecuado	Conciencia de uno mismo: Asertividad	Anexo V	-Grupos de familias y 2 psicólogos -Grupo de pacientes y dos psicólogos
13ª Competencias emocionales	Trabajar hacia metas progresivas y realistas	Conciencia de uno mismo: tolerancia a la frustración	Anexo V	-Grupos de familias y 2 psicólogos -Grupo de pacientes y dos psicólogos
14ª Competencias emocionales	Identificar emociones en uno mismo y en los demás	Autorregulación: Identificar la emoción de la alegría	Anexo V	-Grupos de familias y 2 psicólogos -Grupo de pacientes y dos psicólogos
15ª Competencias emocionales	Identificar emociones en uno mismo y en los demás	Autorregulación: Identificar la emoción de la tristeza	Anexo V	-Grupos de familias y 2 psicólogos -Grupo de pacientes y dos psicólogos
16ª Competencias emocionales	Identificar emociones en uno mismo y en los demás	Autorregulación: Identificar la emoción del miedo	Anexo V	-Grupos de familias y 2 psicólogos -Grupo de pacientes y dos psicólogos
17ª Competencias emocionales	Identificar emociones en uno mismo y en los demás	Autorregulación: Identificar la emoción del asco	Anexo V	-Grupos de familias y 2 psicólogos -Grupo de pacientes y dos psicólogos
18ª Competencias emocionales	Identificar emociones en uno mismo y en los demás	Autorregulación: Identificar la emoción de la sorpresa	Anexo V	-Grupos de familias y 2 psicólogos -Grupo de pacientes y dos psicólogos
19ª Competencias emocionales	Trabajar para obtener algo por uno mismo	Autorregulación: autonomía	Anexo V	La familia con el paciente y 2 psicólogos
20ª Competencias emocionales	Escuchar para entender el estado de otra persona	Conciencia social: empatía	Anexo V	-Grupos de familias y 2 psicólogos -Grupo de pacientes y dos psicólogos
21ª Competencias emocionales	Atender, interpretar, responder y	Conciencia social: escucha activa	Anexo V	-Grupos de familias y 2 psicólogos -Grupo de pacientes y dos

	recordar el mensaje de los demás			psicólogos
22ª Competencias emocionales	Formar parte de un objetivo común	Conciencia social: cooperación	Anexo V	La familia con el paciente y 2 psicólogos
23ª Competencias emocionales	Valorar las consecuencias de las propias acciones	Conciencia social: responsabilidad	Anexo V	La familia con el paciente y 2 psicólogos
24ª Competencias emocionales	Ponerse en el lugar del otro	Gestión de las relaciones: conducta asertiva (I)	Anexo V	-Grupos de familias y 2 psicólogos -Grupo de pacientes y dos psicólogos
25ª Competencias emocionales	Ponerse en el lugar del otro	Gestión de las relaciones: conducta asertiva (II)	Anexo V	-Grupos de familias y 2 psicólogos -Grupo de pacientes y dos psicólogos
26ª Competencias emocionales	Conocer las diferentes alternativas y elegir aquella que solucione en mayor medida el problema	Gestión de las relaciones: resolución de conflictos	Anexo V	-Grupos de familias y 2 psicólogos -Grupo de pacientes y dos psicólogos
27ª Competencias emocionales	Ser consciente de las consecuencias de las decisiones	Gestión de las relaciones: tomar decisiones y asumir consecuencias	Anexo V	-Grupos de familias y 2 psicólogos -Grupo de pacientes y dos psicólogos
28ª Competencias emocionales	Repartir tareas Moverse hacia metas comunes	Gestión de las relaciones: trabajo en equipo	Anexo V	-Todos los grupos de familias junto con los pacientes -4 psicólogos y 1 terapeuta ocupacional
29ª Competencias emocionales	Conocer la valoración del programa	Debate Dudas y preguntas Cuestionario de satisfacción	(Anexo II.4)	-Grupos de familias y 2 psicólogos -Grupo de pacientes y dos psicólogos
30ª Competencias emocionales	La familia pone en común lo aprendido			Familia junto con el paciente y 2 psicólogos
31ª Competencias emocionales	Conocer la utilidad del programa	Postest de la fase III	-Muestra de habla de cinco minutos (Anexo II.5) -Prueba del	Entrevista familiar sin el paciente y dos psicólogos

			Nivel de Emoción Expresada (Anexo II.6)	
32ª Sobrecarga familiar	-Realización del pre- test -Conocer la salud física, psíquica, actividades sociales y recursos económicos de cada uno de los miembros de la familia.	Pretest de la fase IV	Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit a cumplimentar por la familia(Anexo II.7)	Grupos de familias y dos psicólogos
33ª Sobrecarga familiar	Reducir la carga familiar	Reparto de responsabilidades	Dinámica IX del Anexo III.	Familia con el paciente y 2 psicólogos
34ª Sobrecarga familiar	Reducir la carga familiar	Dedicarse un tiempo a uno mismo	Anexo VI	Grupo de familias y terapeuta ocupacional
35ª Sobrecarga familiar	Reducir la carga familiar	Trabajar la relación familiar (I)	Anexo VI	Familia con el paciente y 2 psicólogos
36ª Sobrecarga familiar	Reducir la carga familiar	Trabajar la relación familiar (II)	Anexo VI	Familia con el paciente y 2 psicólogos
37ª Sobrecarga familiar	Reducir la carga familiar	Potenciar la relación social (I)	Anexo VI	Grupos de familias con terapeuta ocupacional
38ª Sobrecarga familiar	Verificar los resultados	Potenciar la relación social (II)	Anexo VI	Grupos de familias con terapeuta ocupacional
39ª Sobrecarga familiar	Conocer la utilidad del programa Conocer la valoración del programa	Postest de la fase IV Cuestionario de satisfacción	Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit a cumplimentar por la familia (Anexo II.7) (Anexo II.IV)	Grupos de familias con 2 psicólogos
40ª Entrenamiento en solución de problemas	-Realización del pretest	Pretest de la fase V	Inventario de Solución de Problemas Sociales a cumplimentar por la familia y el paciente (Anexo II.8)	-Grupos de familias y 2 psicólogos -Grupo de pacientes y dos psicólogos
41ª Entrenamiento en	Creer que se es capaz de	Orientación al problema (I)	Anexo VII	-Grupos de familias y 2 psicólogos

solución de problemas	resolver el problema			-Grupo de pacientes y dos psicólogos
42ª Entrenamiento en solución de problemas	Creer que se es capaz de resolver el problema	Orientación al problema (II)	Anexo VII	-Grupos de familias y 2 psicólogos -Grupo de pacientes y dos psicólogos
43ª Entrenamiento en solución de problemas	Delimitar el problema	Formulación del problema	Anexo VII	-Grupos de familias y 2 psicólogos -Grupo de pacientes y dos psicólogos
44ª Entrenamiento en solución de problemas	Crear soluciones distintas	Generación de alternativas	Anexo VII	-Grupos de familias y 2 psicólogos -Grupo de pacientes y dos psicólogos
45ª Entrenamiento en solución de problemas	Elegir la alternativa más adecuada	Toma de decisiones	Anexo VII	-Grupos de familias y 2 psicólogos -Grupo de pacientes y dos psicólogos
46ª Entrenamiento en solución de problemas	Aplicar la elección escogida	Puesta en práctica	Anexo VII	-Grupos de familias y 2 psicólogos -Grupo de pacientes y dos psicólogos
47ª Entrenamiento en solución de problemas	Conocer la utilidad del programa Conocer la valoración del programa	Postest de la fase V Cuestionario de satisfacción	-Inventario de Solución de Problemas Sociales (Anexo II.8) -Cuestionario de satisfacción (Anexo II.9)	-Grupos de familias y 2 psicólogos -Grupo de pacientes y dos psicólogos
48ª Etapa final	Despedida Realización del postest	Resumen Sugerencias Agradecimientos Postest del programa	 -Cuestionario de Calidad de Vida a cumplimentar por la familia (Anexo II.1) -Escala de la Calidad de Vida en la Esquizofrenia a cumplimentar por el paciente(Anexo II.2)	Todas las familias junto con los pacientes Los 5 profesionales -Grupos de familias con dos psicólogos -Grupo de pacientes con dos psicólogos

ANEXO II

FICHAS DE CUESTIONARIOS

Anexo II.1 Cuestionario de calidad de vida

Características

Nombre: Cuestionario de calidad de vida (WHOQOL- BREF).

Autor: Organización Mundial de la Salud (2002).

Nº de ítems: 26 ítems

Tiempo aproximado de aplicación: 20 minutos.

Población a la que va dirigida: evalúa la calidad de vida percibida de un sujeto.

Codificación

Abarca un rango de dimensiones cuya contribución a la calidad de vida esté ampliamente aceptada, y al mismo tiempo están incluidas en la base teórica a partir de la cual se ha desarrollado el instrumento.

El total de ítems están agrupados en dos preguntas de salud general más 24 preguntas correspondientes a 4 dominios; salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. La escala de respuesta es tipo Likert de cinco puntos (1 = nunca, 2= casi nunca, 3=a veces, 4= bastantes veces, 5= casi siempre).

Propiedades psicométricas

Validez:

Se ha validado en varios países entre ellos España, en población con esquizofrenia, con una consistencia interna de 0.89 para la escala total y un rango de 0.65 a 0.68 para cada una de las dimensiones. También mostró una buena validez discriminante, de contenido y test-retes.

En cuanto a las ventajas que posee cabe citar que es fácilmente administrado y puntuado, de manera que supone escasa carga tanto para el paciente como para el evaluador. Por otro lado, es conocido y puntuado internacionalmente de tal manera que resulta muy útil para llevar a cabo estudios comparativos transculturales.

Referencias

Organización Mundial de la Salud. (2002). *The development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHO-QOL)*, 93.1, 153-59.

Anexo II.2 Escala de la Calidad de Vida en la Esquizofrenia

Características

Nombre: Escala de la Calidad de Vida en la Esquizofrenia (The Quality of Live Scale, QLS)

Autor: (Heinrichs, Hanlon y Carpenter, 1984)

Adaptación Española: (Rodríguez, Rodríguez, Jarne y Soler, 1995)

Nº de ítems: 21 ítems agrupados en 4 complejos sintomáticos.

Tiempo aproximado de aplicación: 45 minutos.

Población a la que va dirigida: personas con esquizofrenia no hospitalizados.

Codificación

Se evalúan cuatro áreas básicas: las funciones intrapsíquicas (cognición, comportamiento y afectividad), relaciones interpersonales (frecuencia e intensidad de los contactos personales), rol instrumental (trabajo, estudio o figura parental) y uso de objetos comunes y actividades cotidianas.

Las valoraciones específicas varían en cada ítem, pero por norma general las puntuaciones altas en cada apartado (5-6) reflejan un funcionamiento normal, mientras que los valores bajos (0-1), reflejan un deterioro severo en la función referida.

Posteriormente se suman todas las puntuaciones obtenidas en los diversos ítems de un complejo sintomático y se dividen por la puntuación máxima que la persona podría haber obtenido. Se obtendrá un número decimal entre el 0 y el 1. También se puede valorar cada escala y obtener una puntuación global de cada grupo sintomático.

Normas de aplicación: el entrevistador irá obteniendo la información requerida planteado las cuestiones adecuadas, ayudándose de las preguntas sugeridas en la escala.

Propiedades psicométricas

Validez:

Las correlaciones con la entrevista de Calidad de Vida de Lehman son 0.38 para la subescala de bienestar general; 0.34-0.75 para la subescala de contactos interpersonales; y 0.63 para la subescala de actividades diarias.

Fiabilidad:

El coeficiente de correlación intraclase para la puntuación total de la QLS es de 0.94 y para las diferentes subescalas oscila entre 0.91 y 0.97.

El coeficiente de correlación intraclase para los ítems individuales varía desde 0.58 a 0.98.

Referencias

- Heinrichs, D. W., Hanlon, T.E y Carpenter, W.T. (1984). The Quality of Live Scale: An Instrument of rating the squizohrenic deficit syndrome. *Squizohrenia Bulletin*, 10, 388- 399.
- Rodríguez-Fornells, A., Rodríguez -Martínez, A., Jarne, A., Soler, R. (1995). Estudio factorial y adaptación de la Escala de Calidad de Vida en la Esquizofrenia. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 48 (3) 353-365.

Anexo II.3 Inventario de conocimientos acerca de la esquizofrenia (KASI).

Características

Nombre: Inventario de conocimientos acerca de la esquizofrenia (KASI).

Autor: Barrowclough, Tarrier, Watts, Vaught, Bamrach y Freeman (1987).

Tiempo aproximado de aplicación: 15-20 minutos adaptado al familiar.

Población a la que va dirigida: familiares de pacientes con esquizofrenia.

Codificación

El objetivo del inventario es el de valorar la información que poseen los familiares más cercanos sobre la esquizofrenia y cómo influyen estos conocimientos en la conducta del familiar. Las preguntas comprenden diferentes aspectos de la esquizofrenia: diagnóstico, sintomatología, etiología, medicación curso y pronóstico y manejo del paciente.

Tiene la ventaja de evaluar el valor funcional que tiene la información, en el sentido de poder traducirse en comportamientos que ayuden a la rehabilitación del paciente.

Propiedades psicométricas

Fiabilidad

Consistencia interna: 0.71-0.85; fiabilidad test-retest: 0.68-0.91.

Referencias

Barrowclough C. Tarrier N, Watts S, Vaughn C, Bamrach JS, Freeman HL. (1987).
Assessing the functional value of relatives knowledge of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 151, 1-8.

Anexo II.4 Cuestionario de valoración de satisfacción del programa

Estimado usuario, con objeto de evaluar su grado de satisfacción con la fase del Proyecto de Intervención en el que ha participado y para mejorarlo en sucesivas ediciones le agradeceríamos que rellenara este cuestionario.

Por favor, conteste con sinceridad. Los cuestionarios son anónimos.

Indique su grado de acuerdo según la siguiente escala de valoración:

1=Nada adecuada 2=Algo adecuada 3=Bastante adecuada 4=Muy adecuada

¿Cómo valorarías los contenidos abordados en el programa? 1 2 3 4

De los contenidos trabajados ¿cuáles te han parecido más interesantes?

¿Qué otros contenidos te gustaría haber trabajado?

La preparación (capacitación) de los profesionales 1 2 3 4

El trato recibido por parte de los profesionales 1 2 3 4

Los profesionales se muestran accesibles para resolver dudas y preguntas 1 2 3 4

El tiempo de duración del programa 1 2 3 4

La estructura seguida me ha parecido clara y bien definida 1 2 3 4

He tenido en todo momento información suficiente sobre la programación, la coordinación y el calendario 1 2 3 4

Se toman medidas para solucionar las quejas e inquietudes que se transmiten 1 2 3 4

En su conjunto, el programa ha respondido a mis expectativas 1 2 3 4

Los recursos del centro necesarios para el desarrollo de las actividades son adecuados y suficientes.

Valora del 1 al 10 el programa: _____

Valora tu satisfacción del 1 al 10 hacia el programa: _____

OBSERVACIONES

--

Anexo II.5 Muestra de habla de cinco minutos

Características

Nombre: Muestra de habla (MH) de cinco minutos (Five Minutes Speech Sample-FMSS)

Autor: Magana, Goldstein, Karno, Miklowitz, Jenkins y Falloon (1986).

Este instrumento surge debido al tiempo excesivo de administración y corrección que presenta la Camberwell Family Interview (Brown, Quinton, Rutter y Vaughn, 1978).

Nº de ítems: -

Tiempo aproximado de aplicación: 5 minutos (pudiendo ser superior).

Población a la que va dirigida: va dirigida a los familiares de personas con enfermedad mental.

Codificación

Se incita al familiar a hablar durante cinco (o más) minutos sobre los pensamientos y sentimientos que el paciente suscita en él, así como de la relación que mantiene con este. Se codifica igual que la a Camberwell Family Interview (CFI): criticismo (comentarios críticos a cerca del comportamiento del paciente), hostilidad (rechazo manifiesto del paciente como persona) o sobreimplicación emocional (intentos de ejercer un control excesivo sobre la conducta del paciente, desesperanza, autosacrificio, sobreprotección y manifestación emocional intensa). El criterio para clasificar a una persona con alta emoción expresada es el mostrar al menos un comentario crítico u hostilidad o cualquiera de los componentes de la sobreimplicación emocional

Propiedades psicométricas

Validez:

La MH presenta una adecuada consistencia interna (superior de 0.80).

Fiabilidad:

La MH presenta una fiabilidad test-retest de 0.64.

Necesita ser corregida por expertos y tener fiabilidad interjueces de 0.80.

Referencias

Brown, G. W., Quinton, D., Rutter, M., y Vaughn, C. (1978). *Camberwell Family Interview: Notes on the rating of expressed emotion*. London: unpublished.

Magana, A., Goldstein, J., Karno, M., Miklowitz, D., Jenkins, J. y Falloon, I. (1986). A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 17, 203-212.

Anexo II.6 Escala del Nivel de Emoción Expresada

Características

Nombre: Nivel de Emoción Expresada (LEE-Level of Expressed Emotion)

Autor: Cole y Kazarian (1988)

Nº de ítems: 60

Tiempo aproximado de aplicación: 35 minutos.

Población a la que va dirigida: permite evaluar la emoción expresada desde el punto de vista familiar y además captar las percepciones de los pacientes del nivel de emoción expresada recibido.

Codificación

Se evalúan cuatro actitudes o estilos de respuesta: intrusividad, respuesta emocional, actitudes negativas hacia la enfermedad y tolerancia-expectativas hacia el paciente. Cada uno de estos cuatro componentes presenta 15 preguntas de verdadero-falso, ofrece una puntuación para cada escala y una puntuación total. El familiar presenta alta emoción expresada si sus puntuaciones están por encima de la mediana, con lo que ofrece un punto de corte.

Propiedades psicométricas

Validez:

La escala presenta consistencia interna (0.84–0.89).

Muestra validez predictiva para la puntuación total y la actitud de intrusividad.

Fiabilidad:

La escala presenta fiabilidad test-retest (0.67–0.82), e independencia de sexo, edad y cantidad de contacto familiar.

Referencias

Cole, J. D. y Kazarian, S. S. (1988). The Level of Expressed Emotion Scale: a new measure of expressed emotion. *Journal of Clinical Psychology* 44 (3), 392-397.

Anexo II.7 Escala de Zarit

Características

Nombre: Escala de Zarit. Escala de sobrecarga del Cuidador.

Autor: Zarit, Reeve y Bach (1989).

Adaptación al español: Martín, Salvadí, Miji, Rico, Lanz y Taussing (1996).

Nº de ítems: 22

Tiempo aproximado de aplicación: 15-20 minutos.

Población a la que va dirigida: en un principio, va dirigida a los cuidadores de los pacientes con demencia pero el contenido de sus preguntas y su sencillez la hacen adecuada para los familiares de pacientes con trastornos mentales severos, en especial para la esquizofrenia.

Codificación

Los ítems de esta escala se centran en las repercusiones negativas que en determinadas áreas de la vida tiene la prestación de cuidados, constituyendo un total de cuatro factores; salud física, salud psíquica, actividades sociales y recursos económicos.

La escala de respuesta es tipo Likert de cinco puntos (1 = nunca, 2= casi nunca, 3=a veces, 4= bastantes veces, 5= casi siempre).

Propiedades psicométricas

Fiabilidad y Validez:

La versión española (Martín et al., 1996) tiene una consistencia interna y fiabilidad test-retest altas. Las propiedades psicométricas de Zarit no han sido evaluadas en familiares de pacientes con esquizofrenia, sin embargo ha sido utilizada en algún estudio (Gutiérrez y Caqueo, 2007), demostrando sensibilidad al cambio.

Referencias

- Gutiérrez, J y Caqueo, A. (2007). Effectiveness of a psycho educational intervention for reducing burden in latinamerican families of patients with schizophrenia. *Qual Life Res*, 16, 739– 747.
- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L., Rico, J., Lanz, P. y Taussig, M.(1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview de Zarit. *Revista Gerontológico*, 6, 338– 346.
- Zarit, S., Reeve, K. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates feeling of burden. *Gerontologist*, 20, 649-655.

Anexo II.8 Inventario de Solución de Problemas Sociales

Características

Nombre: Inventario de Solución de Problemas Sociales (SPSI).

Nombre original: Social Problems Solution Inventory (SPSI).

Autores: D' Zurilla y Nezu (1990).

Adaptación española: Muñoz y Crespo

Nº de ítems: 70

Tiempo aproximado de aplicación: 15 minutos.

Población a la que va dirigida: adultos.

Codificación

El SPSI tiene 70 ítems agrupados en dos subescalas: a) escala de orientación al problema o componente motivacional (evaluación primaria y secundaria) compuesta por las subescalas: cognición, emoción y conducta; b) escala de habilidades de solución de problemas (organización de la acción), compuesta por las subescalas: definición y formulación del problema, generación de alternativas de solución, toma de decisiones e implementación/verificación de la solución.

Propiedades psicométricas

Fiabilidad:

Consistencia interna: 0,92-0,94 (total y escalas) y 0,65-0,90 (subescalas).

Fiabilidad test-retest: 0,83-0,88 (total y escalas) y 0,73-0,86 (subescalas).

Validez:

Muestras relaciones significativas con otras medidas de solución de problemas. En concreto, la correlación con el Inventario de Solución de Problemas (Heppner y Petersen, 1982) es de -0,71, y con el MEPS (Platts y Spivack, 1975) es de 0,73. También muestra relaciones significativas con otros constructos como estrés, síntomas somáticos, ansiedad, depresión, desesperanza y riesgo de suicidio. Predice el nivel de autoestima, satisfacción con la vida, extraversión, ajuste emocional y destrezas sociales

Referencias

D' Zurilla, T.J. y Nezu, A. (1990). Development and preliminary evaluation of the Social Problem Solving Inventory. *Psychological Assessment: A journal of Consulting and Clinical psychology*, 78, 107-126.

ANEXO III.

ACTIVIDADES DE PRESENTACIÓN

Actividad 1: ¿Y tú quién eres?

Para fomentar el conocimiento mutuo de los participantes que conforman el programa, se crearán grupos entre 8 y 10 miembros. Cada componente expondrá en voz alta los aspectos más importantes que cree que le caracterizan como por ejemplo habilidades, aficiones, o profesión.

Actividad 2: Ronda de nombres

Los participantes se dividirán en grupos entre 8 y 10 miembros y se colocarán formando un círculo. En ellos no puede haber dos miembros de la misma familia.

La actividad comenzará haciendo dos rondas en las que cada participante dirá su nombre.

Posteriormente se hará una cadena de nombres; el primer participante dirá su nombre, el segundo miembro tendrá que decir el nombre del participante anterior y el suyo, el tercero tendrá que decir el nombre del primero, segundo y el suyo, y así sucesivamente.

Actividad 3: Pelota al aire

Se seguirán manteniendo los grupos creados en la actividad anterior. Un participante dirá el nombre de un componente del grupo en voz alta y a continuación tirará una pelota al aire, siendo este último el que debe rescatar la pelota. Ahora será este participante el que tenga que decir el nombre de otro componente del grupo.

ANEXO IV.

POWER POINT PSICOEDUCACIÓN



Programa de psicoeducación

Salud mental

Estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida.

Trastorno

Presencia de síntomas acompañados de malestar, que limitan al individuo en alguna o algunas de las áreas de la persona (personal, relacional, laboral, social, ocio,...)

Trastorno Mental (Sartre)

-La enfermedad mental es la salida que el organismo libre, en su unidad total, inventa para poder vivir una situación no vivible.

-Completar una parte que se ha perdido, ADAPTATIVO.

1. ¿Qué es la esquizofrenia?

Enfermedad mental grave que afecta a:

- las emociones
- pensamiento
- comportamiento
- percepción de la realidad

2. Etiología de la esquizofrenia

- **La teoría vulnerabilidad- estrés:**

- Todas las personas tenemos una vulnerabilidad mayor o menor de sufrir una enfermedad mental.

- La enfermedad mental sólo se va a desencadenar cuando nos sometemos a un alto nivel de estrés que no podemos afrontar.

- El umbral de tolerancia al estrés es diferente en cada persona.

Teoría de la Vulnerabilidad- Estrés

- **¿Qué podemos hacer entonces?**

- Potenciar los recursos personales y sociales para poder afrontar de una forma exitosa de una situación estresante:

- Pertenecer a grupos de referencia
- Tener relaciones de confianza
- Poseer una identidad grupal
- Tener competencias emocionales

Teoría de la Vulnerabilidad- Estrés

RESUMEN:

- Es el ambiente estresante el desencadenante de la enfermedad.
- La familiar puede influir positiva o negativamente en el curso de la enfermedad.
- Evitar ideas culpabilizadoras que impliquen a la familia como causa de la enfermedad.

3. Los síntomas de la esquizofrenia

- Síntomas positivos:
 1. Delirios: creencias falsas que la persona sostiene y que son irreductibles a la lógica.

ALGUNOS EJEMPLOS:

“En casa me espían con cámaras”

“Cuando voy por la calle noto que alguien me sigue”

“Se que están montando un complot en mi contra”
“Hay gente que intenta envenenarme”
“Me siento elegido para hacer una misión”
“Me comunico directamente con Dios”
“Me escribo constantemente con el Rey de España”
“Me observan y están pendientes de todo lo que hago”
“Creo que algunas partes de mi cuerpo cambian de forma o de tamaño”
“Mi novia se está viendo con otro, encontré un pelo de otro en su chaqueta”

- Síntomas positivos:

2. Alucinaciones: percepciones donde la persona escucha, ve o siente cosas que se originan en su mente y que aunque él las vive como si fuesen reales no lo son.

ALGUNOS EJEMPLOS:

“Hay alguien que me habla y se dedica a comentar todo lo que hago”
“Oigo voces que me dictan lo que debo hacer”
“A veces oigo voces que se meten conmigo o me dicen lo que tengo que hacer”
“Noto hormigueos por los brazos y piernas”
“Cuando llego a casa huele a podrido”

“Noto un sabor a cemento cuando como”
“Veo un árbol moviéndose en mi habitación”

- Síntomas positivos:

3. Cambios en el pensamiento: pensamiento desorganizado, pérdida de la capacidad para asociar ideas o cambiar de un tema a otro sin conexión.

4. Cambios en la conducta: puede presentar conductas inadecuadas o extravagantes.

- Síntomas negativos:

1. Empobrecimiento de la personalidad sobre todo en el estado anímico y relaciones sociales.

- Síntomas cognitivos:

Deterioro de la atención, memoria y ciertas funciones ejecutivas.

-No confundir la enfermedad mental con el retraso mental.

*Es importante destacar la no intencionalidad del paciente sobre los síntomas, no es algo controlable por él.

4. Estrategias psicoterapéuticas como factores de protección

- Psicoeducación a pacientes y familias
- Terapia cognitiva para cambiar los esquemas disfuncionales
- Habilidades sociales, técnicas de afrontamiento de estrés, habilidades de comunicación, programas de reinserción ocupacional
- Terapia familiar, grupos multifamiliares

5. Tratamiento

- Tratamiento farmacológico siempre acompañado de terapia individual y familiar.
- El tratamiento debe mantenerse de una forma continuada durante un largo periodo de tiempo.
- El objetivo de la utilización de fármacos es:
 - Conseguir la dosis óptima para mejorar clínicamente
 - Con los menores efectos secundarios

-Utilización de antipsicóticos atípicos por su actuación sobre:

- los síntomas positivos, también sobre los negativos y cognitivos
- con menores efectos secundarios.

-La familia como impulsadora para el buen seguimiento de la medicación.

6. Habilidades para mejorar la convivencia en la familia

-Competencias emocionales y sociales

-Técnicas de solución de problemas

(Se trabajarán próximamente en las siguientes fase del programa)

7. Las recaídas

- Antes de la crisis se suele presentar una sintomatología inespecífica pero reconocible, llamada PRÓDROMOS.
- Su identificación nos ayuda a prevenir la crisis o a prepararnos para afrontarla.
- La fase de crisis se sigue de una de compensación.

7.1. Fase prodrómica

- Son los cambios de comportamiento que suelen experimentar la persona ante las crisis.
- Estos cambios en el humor y conducta indican que algo comienza a fallar y que debemos extremar los cuidados.
- Estos síntomas varían mucho de un sujeto a otro, e incluso en el mismo sujeto entre una crisis y otra; pero suelen ser cambios en la conducta habitual.

7.2. Síntomas prodrómicos

- Cambios en el ritmo del sueño y de la actividad.
- Adoptar actitudes suspicaces o reticentes.
- Mostrarse muy preocupado por circunstancias poco relevantes.
- Dar importancia inusual a comentarios y/o noticias de los medios de comunicación

7.3. Posibles causas de los pródromos

- El tratamiento no se está siguiendo de la forma pactada.
- Poca conciencia de enfermedad, pensando que la medicación no es necesaria.
- Consumo de tóxicos.
- Factores estresantes del día a día.

7.4. Actitudes ante los pródromos

-Ante la alerta de los pródromos se deben incrementar las precauciones para prevenir la crisis.

-Algunas actitudes útiles son:

- Asegurar la toma de la medicación
- Adelantar cita con psiquiatría
- Si se manifiesta suspicacia e irritabilidad, esperar a que se calme

- Escucharle aunque sean contenidos disparatados
- Atender al sentimiento más que al contenido (manifestar primero nuestra comprensión en lugar de rebatirle la irrealidad)
- Reforzarle y alabar positivamente sus esfuerzos

- Fundamental que la familia no sucumba ante la tensión que aparece ante estos indicadores.
- Las actitudes agresivas y autoritarias con el paciente no van a solucionar el problema de fondo. Y tampoco se debe consentir actitudes violentas por su parte.
- Los padres deben aprender a conocer sus límites y posibilidades como cuidadores y apoyarse mutuamente.

7.5. Ingreso hospitalario

- No se debe usar como una amenaza, sino como una situación de cuidados intensivos necesarios. Debe verlo como una oportunidad para librarse del sufrimiento que le provocan los síntomas.
- Programados: cuando es acordado con un plan prefijado con el psiquiatra y la familia.
- De urgencias: ante una situación crítica la familia puede solicitar el ingreso.
- Decidirá el psiquiatra de guardia.

7.6. Recomendaciones a la familia

Los días del ingreso deben servir a la familia a recomponer sus fuerzas y a reforzar su organización.

Al alta debe ser recibido como un miembro más, hacer planes realistas.

A veces puede haber una actitud de derrota ante la hospitalización.

COMENTARIOS FINALES

DEBATE

DUDAS Y PREGUNTAS

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

ANEXO V

ACTIVIDADES PARA TRABAJAR LA COMPETENCIA EMOCIONAL

Dinámica I. Autoestima. Ejercicio de la autoestima

Fases:

- Pregunta abierta sobre qué es la autoestima “la percepción evaluativa de uno mismo, incluye percepciones, pensamientos y sentimientos hacia uno mismo”.
- Vídeo “Bocetos de belleza real”: <https://www.youtube.com/watch?v=ZDEgPnwkZyM>
- Comentario sobre el vídeo.
- Se recuerdan situaciones que nos han herido durante esta semana, expresando que sentimos en ese momento.
- Se dicen cualidades positivas tanto físicas como psicológicas de cada uno de los participantes.
- Se escriben en un papel para poder leerlas cada día.
- Se resalta la idea de que la autoestima es una cualidad variable que depende de nosotros mismos y también del entorno.
- ¿Podemos hacer algo para aumentar la autoestima de las personas que nos rodean?

Dinámica II. Asertividad

En distintas situaciones se nos plantea la necesidad de usar formas correctas de comunicación que nos ayuden a resolver los conflictos de manera adecuada. Una comunicación correcta debe cumplir cuatro condiciones:

- Usar palabras y gestos adecuados
- Defender bien los propios intereses
- Tener en cuenta los argumentos y los intereses del otro
- Encontrar soluciones de compromiso razonables para ambas partes

Sin embargo, en nuestra comunicación con los demás, podemos reaccionar de tres formas:

1. Podemos ser ASERTIVOS:

- Decimos lo que pensamos y cómo nos sentimos
- No humillamos, desagradamos, manipulamos o fastidiamos a los demás
- Tenemos en cuenta los derechos de los demás
- Empleamos frases como: “Pienso que...”, “Siento...”, “Quiero...”, “Hagamos...”,
“¿Cómo podemos resolver esto?”, “¿Qué piensas”, “¿Qué te parece?”,...
- Hablamos con fluidez y control, seguros, relajados, con postura recta y manos visibles, utilizamos gestos firmes sin vacilaciones, miramos a los ojos

Conclusión: Actuar asertivamente significa expresar lo que se quiere y desea de un modo directo, honesto, y adecuado, indicando lo que se desea de la otra persona pero mostrando respeto por ésta, es decir, sin comentarios críticos u hostiles.

2. Podemos ser PASIVOS:

- Dejamos que los demás violen nuestros derechos
- Evitamos la mirada del que nos habla
- Apenas se nos oye cuando hablamos
- No respetamos nuestras propias necesidades
- Nuestro objetivo es evitar conflictos a toda costa
- Empleamos frases como: “Quizá tengas razón”, “Supongo que será así”, “Bueno, realmente no es importante”, “Me pregunto si podríamos...”, “Me da igual, mejor decide tú”...
- No expresamos eficazmente nuestros sentimientos y pensamientos

3. Podemos ser AGRESIVOS:

- Ofendemos verbalmente (humillamos, amenazamos, insultamos,...)
- Mostramos desprecio por la opinión de los demás
- Estamos groseros, rencorosos o maliciosos
- Hacemos gestos hostiles o amenazantes
- Empleamos frases como:
“Esto es lo que pienso, eres estúpido por pensar de otra forma”, “Esto es lo que yo quiero, lo que tú quieres no es importante”, “Esto es lo que yo siento, tus sentimientos no cuentan”, “Harías mejor en...”, “Ándate con cuidado...”, “Deberías...”

ACTIVIDADES

1. Simular mediante *role playing* una situación conflictiva ocurrida durante la semana.
2. Pregunta abierta: ¿Si se produce esta misma situación mañana cómo me gustaría reaccionar?
¿De la misma manera o de otra diferente?
3. Repetir el *role playing* reaccionando de forma asertiva, siguiendo los consejo vistos anteriormente y ayudándose del modelado del psicólogo.

Dinámica III. Tolerancia a la frustración

1. Recordar una situación pasada donde hemos experimentado que un deseo que teníamos no se ha cumplido.
2. Cómo nos hemos sentido y cómo hemos reaccionado.
3. La sensación de frustración es algo normal, hay que aceptar que algunas cosas son independientes de nuestra voluntad. Otras muchas, las podemos cambiar. Para ello es importante saber hacia dónde queremos ir y saber que recursos necesito para conseguirlo.

Qué quiero conseguir	¿Está bajo mi control?	Qué necesito para lograrlo

4. Conclusiones extraídas.

Dinámica IV. Emociones básicas

1. Se tratarán las seis emocionales básicas (una emoción por sesión) y se dibujará el siguiente cuadro diferenciando entre percibir y sentir. Posteriormente se comentarán las etapas de cada una de las emociones (una emoción por cada sesión) con la participación de todos los miembros.

PERCIBIR	SENTIR
Entusiasmo	Alegría
Pérdida	Tristeza
Daño, peligro	Miedo
Aversión	Asco
Incertidumbre, novedad	Sorpresa
Frustración	Ira

Etapas de cada emoción:

ALEGRÍA	TRISTEZA	MIEDO
Acercarse	Meterse en sí mismo Llanto	Fuga Ataque Paralización.
Compartir	Pedir consuelo	Pedir protección
Disfrutar con ello	Aceptar la realidad, los límites de la condición humana	Aceptar los propios límites
Aceptar la alegría de vivir		

ASCO	SORPRESA	IRA
Expresión gestual	Expresión gestual	Expresión gestual
Evitación	Paralización	Pedir que cese la conducta dañina
	Reacción	Pedir reparación
		Aceptar los límites del otro.

2. Vamos a recordar y escribir alguna vez que hemos sentido (cada una de las emociones), no hace falta que haya sido muy intensa, sino que simplemente recordemos el estamos anímico.

Se escribe la situación:

3. Ahora vamos a recordar cómo lo solucionamos entonces, en caso que no lo recordemos o creamos que no lo solucionemos de una forma que nos agrada, planteamos una nueva forma de solucionar cada situación.

4. Reflexión: todas las emociones son necesarias para la supervivencia, sin ellas no podríamos adaptarnos de forma exitosa a todas las demandas ambientales.

*NOTA: Durante la sesión no se categorizarán como emociones positivas o negativas si no como placenteras o displacenteras.

Dinámica V: Autonomía. “Yo decido”.

Objetivos:

Conocer los recursos personales para enfrentarse a las tareas con éxito.

Valorar la importancia de trabajar sin apoyo continuo.

1. Se reparte un folio a cada participante donde cada uno anota cuáles son las responsabilidades que tiene durante el día.
2. Se compara el número de tareas, el tiempo requerido y el esfuerzo que implicada cada una de ellas.
3. Puesta en común sobre si hay o no un reparto equitativo de las tareas.
4. En caso negativo, comentar el por qué sucede.
5. Mediante el diálogo llegar a una reorganización con la ayuda de un contrato de contingencias.
6. Dar especial importancia a las nuevas tareas que realizará el paciente, reforzándole.

Reflexión:

-Todos somos capaces de realizar nuevas actividades para que el sistema familiar funcione mejor.

-Si no se hace esa nueva tarea me tienen que enseñar.

-Al principio, me pueden supervisar hasta lograr una total autonomía.

Dinámica VI. Empatía “Ponte en mi lugar”

Consejos a utilizar cuando hablamos o escuchamos a una persona:

1. Establecer un adecuado contacto visual con la persona.
 - Estar atentos al *feedback* sobre las reacciones que suscita el mensaje a medida que se expone.
2. La expresión facial debe mostrar calma y simpatía para que la persona se sienta cómoda con nosotros.
3. La voz: la proyección y variación son las claves.
 - Recomendación: variar el tono y ritmo.
 - Uso de una voz clara.
4. Habla: un habla más dinámica, más fluida y una eficaz gestión de los tonos y el volumen, causa mejor impresión que un habla lenta, distante, monótona y volumen inflexible.
 - La ansiedad o inseguridad origina un habla más lenta, entrecortada o tartamuda.
 - Hablar despacio, con tranquilidad pero no con parsimonia.
 - Acompasar el habla a la respiración. Hacer breves pausas al finalizar una idea para recuperarse.
5. La postura del cuerpo comunica confianza, accesibilidad y receptividad, o todo lo contrario.
 - Los gestos: utilizar las manos para dar dinamismo y complementar el significado de los mensajes.

ACTIVIDADES

Se pondrá en práctica todo lo dicho hasta ahora mediante la realización de un *role- playing* con voluntarios que se ofrezcan a participar.

Posteriormente se comentará ¿qué pensamos de la expresión facial, postura corporal...? ¿Qué se ha dicho?, Cómo ha sonado su voz? ¿Cómo reaccionaríais ante situaciones futuras similares?

Dinámica VII. Escucha activa “Ejercicio de feedback”

Sentados en sillas formando un círculo, uno de los participantes que se ofrezca voluntario, comienza a hablar sobre una situación problemática vivida la semana pasada y cómo intentó resolverla.

Al finalizar los demás deben expresar mediante un breve resumen los puntos principales de la situación mostrando que se le ha prestado atención.

Se puede insertar el siguiente formato “Parece que te sientes.... porque...”

Se propondrán distintas alternativas de solución a la utilizada por la persona, en caso de coincidir, se explicarán los motivos del por qué se considera la mejor solución.

“Si fuera tú... yo intentaría hacer...”

Dinámica VIII. Cooperación

- Se reparte un folio a cada miembro de la familia junto con un par de revistas.
- Cada uno de ellos debe poner su nombre, recortar y pegar en el folio palabras o dibujos que simbolicen cosas de sí mismo, de su situación, sus pensamientos o emociones.
- Cuando terminen, cada persona entregará su folio al familiar de la derecha y este seguirá completando el folio con recortes de la revista.
- Se seguirá pasando el folio hasta que todos los miembros de la familia hayan participado en todos los folios.
- Se reparte cada “*collage*” a la persona que lo comenzó.

Reflexión:

Cada “*collage*” muestra un poco de cada uno de los miembros de la familia.

Cada uno tiene pensamientos, emociones y conductas distintas, lo que resulta enriquecedor ya que así el collage resulta creativo, rompe la monotonía.

Gracias a la participación de todos, hemos conseguido que un folio en blanco se convirtiese en un “*collage*”.

El “*collage*” es como una familia, todos somos responsables del buen funcionamiento o no de ésta. Si alguien decide no hacer su parte de la actividad queda un hueco que no puede ser rellenado por otro miembro.

Dinámica IX: Responsabilidad

Esta actividad se realizará por medio de un contrato de contingencias, donde todas las partes implicadas negociarán activamente las acciones que están de acuerdo a realizar y las consecuencias del cumplimiento o no del acuerdo.

Para ayudar en la elaboración se puede seguir el formato siguiente: “Si... entonces...”

Se pueden incluir varios tipos de responsabilidades, tales como la alimentación y paseo de animales, tirar la basura, limpiar una parte de la casa, ayudar en la preparación de la comida, conversar durante la cena... Cada semana, el cuadro debe rotar para que todos sean responsables de una tarea nueva y puedan percibir el esfuerzo que los demás realizan.

FAMILIA	CONDUCTAS A CAMBIAR	REFUERZOS
Mujer		
Marido		
Hija		

Dinámica X. Conducta asertiva “Mensajes –YO”:

Se recuerdan los puntos tratados en la dinámica número II sobre la conducta asertiva, agresiva y pasiva.

Se leerán las siguientes situaciones y se comentará cual es una conducta asertiva, agresiva o pasiva.

Situación 1:

Estás en una estación, esperando el autobús que viene con retraso. Cuando llega, alguien te empuja para subir antes que tú.

Conducta 1: «Entiendo que el autobús viene con retraso, pero podemos subir todos sin necesidad de empujones».

Conducta 2: «Pasa, que viene con retraso y llegaremos tarde».

Conducta 3: «Eh, eh, eh tú tranquilo que yo estaba antes para subir, si tienes tanta prisa, haber salido antes de casa».

Situación 2:

Una persona va a comprar pan y le dan cambio de menos. Cuando se da cuenta le dice a quien le ha dado mal el cambio:

Conducta 1: «Me has dado cambio de menos, te he pagado con un billete de 10 euros y me has dado cambio de 5 euros, no te preocupes, todos nos podemos equivocar».

Conducta 2: «Perdona, me parece que me has dado cambio de menos, aunque no estoy seguro si te he pagado con un billete de 10 o era de 5 euros, así que no pasa nada»

Conducta 3: «Oye, que te has equivocado, te he pagado con un billete de 10 euros, ¿podrías estar más atenta de lo que haces? Mira que equivocarte con algo tan ridículo ».

Situación 3: Unos padres le dicen a su hijo que esta noche le toca lavar los platos, sin embargo, en el organigrama de la agenda semanal le toca al otro hijo:

Conducta 1:

HIJO: Yo los lave ayer, en la agenda semanal le toca a (hermano/hermana).

PADRE: Creo que tienes razón. Pensaba que ella/él los había lavado ayer por la noche.

HIJO: No, lo hice yo. ¿Puedo irme a ver la tele ya?

PADRE: Muy bien. Vete.

Conducta 2:

HIJO: “¡No! ¡Yo no los voy a lavar! ¡Ya puedes buscarte a otro para que lo haga!”.

PADRE: “¡A mí no me hables así!”

HIJO: “¡Ya está bien! ¡No es justo! Siempre me hacéis lavar los platos a mí!”.

PADRE: “¡Deja de exagerar y lávalos!” “No tengo nada más que decir”.

ACTIVIDADES PARA PRACTICAR

Por parejas o tríos, elaborar un guión de respuesta asertiva en cada una de estas situaciones:

Situación 1. Un amigo te pide que le hagas un favor: que le lleves en tu coche al pueblo este fin de semana ya que su moto está reparándose en el taller. Este fin de semana tú no puedes ya que tienes una comida familiar.

Situación 2. Al pagar en el bar te devuelven 2.5 euros de menos.

Situación 3. Tu monitor te dice que el dibujo está bien pero que lo podrías haber hecho mucho mejor. Tú consideras que te has esforzado mucho.

Situación 4. Tu vecina con la que tienes una buena relación te pide que cuides de su nieto esta tarde ya que ella tiene que ir al médico. A ti no te va bien ya que has quedado para pasear con tu marido.

Situación 5. Tu madre te dice que vayas a comprar, sin embargo tienes que ir al centro de día a realizar la actividad de Educación para la Salud.

Situación 6. Hace tiempo que no hablas con una amiga y decides llamarla para quedar un rato.

Dinámica XI. Resolución de conflictos “La historieta”

1. Se cuenta una situación en la que hay que tomar una decisión:

“A Damián le han ofrecido un trabajo como jardinero en una empresa de las afueras de la ciudad. Es la primera vez que le dan la posibilidad de trabajar de forma remunerada tras haber realizado el curso de cuidado de jardines en el centro de rehabilitación psicosocial.

A pesar de haber estado esperando durante mucho tiempo esta oportunidad, cuando su psicólogo le comentó la buena noticia sintió un gran temor. Tenía miedo a no saber coger el autobús correcto o a bajarse en una parada equivocada, miedo a no saber realizar correctamente el trabajo, a lo que pensarían sus compañeros, a caer mal al jefe, a decírselo a su familia...

Mañana tiene que firmar el contrato y todavía no sabía si aceptar el trabajo o renunciar a él.”

2. Al finalizar la historia, se piden sugerencias a los miembros sobre cómo resolverlo.

3. Se incorpora una o más de las sugerencias en la historia, y se llega a una conclusión.

4. Se pregunta a los participantes si esto satisface realmente las necesidades del protagonista.

5. Adaptar la situación a un problema que haya ocurrido recientemente. ¿La solución se podrá aplicar en nuestro caso?

Dinámica XII. Tomar decisiones y asumir consecuencias

El material que se utilizará en esta dinámica será la historieta expuesta en la actividad anterior (XI). Se llegará a un acuerdo sobre qué decisión tomar; si Damián acepta o rechaza el trabajo.

Tras la toma de la decisión se analizarán en una tabla las consecuencias tanto a corto y a largo plazo que en la vida de Damián y su familia tiene la decisión elegida.

Posteriormente, se escribirán las consecuencias que tendría el haber escogido la otra opción.

Se compararán las consecuencias positivas y negativas de haber cogido el trabajo y haberlo rechazado.

Ahora que habéis reflexionado sobre las consecuencias que tiene el aceptar o no el trabajo, ¿continuaríais eligiendo esa opción? ¿Por qué?

Aceptar el trabajo		Rechazar el trabajo	
Ventajas	Desventajas	Ventajas	Desventajas

Reflexión:

El realizar una tabla similar a la anterior nos puede ayudar a ver los pros y contras antes de tomar una decisión importante en nuestra vida.

Tomarse un tiempo para pensar es fundamental para elegir que quiero ser o hacer.

Dinámica XIII. Trabajo en equipo

El deporte, las actividades al aire libre y los juegos de mesa, puede ser un buen aliado a la hora de unir a la familia por lo que se puede organizar un encuentro con todos los grupos de familias donde se realicen torneos de distintas actividades según las habilidades e intereses de los participantes.

Reflexión:

Se podrá percibir la importancia de la unidad para la consecución de una meta común, la cooperación, sintiéndose necesarios, útiles y comprometidos por algo.

ANEXO VI

ACTIVIDADES PARA REDUCIR LA SOBRECARGA FAMILIAR

Sesión I.

Consultar Dinámica IX del Anexo V.

Sesión II. Aprender a dedicarnos un tiempo para el desarrollo personal

1. Cada participante hace memoria sobre lo que le gustaba hacer en su tiempo libre antes de que a su familiar le diagnosticasen la enfermedad y lo escribe en un folio.
2. Se pone en común con los demás miembros del grupo.
3. Después, se proporciona un tiempo de reflexión donde cada uno escribe en el folio cuales son las actividades que más le gustaría hacer hoy en día.
4. Posteriormente se escribe que se podría hacer para conseguirlo. Se puede comenzar un debate a modo de “*brainstorming*”.
5. Por último, la persona se compromete a dedicarse un tiempo a ella misma:

Yo _____, me comprometo a dedicar como mínimo dos horas a la semana a realizar actividades que me produzcan bienestar.

Testigo _____

Fecha: __/__/____

Firmado:

Sesión III. Trabajando las relaciones familiares.

PARTE A)

El participante tiene que escribir las personas de su familia con las que pasa la mayor parte del tiempo cada semana. Las tiene que ordenar de acuerdo con la cantidad de tiempo que pasa con ellas, empezando con quien pasa más tiempo.

1.	4.
2.	5.
3.	6.

Es posible que haya familiares con los que le gustaría pasar más tiempo durante la semana, del que en realidad pasa. En la siguiente tabla hay que anotar los familiares con los que le gustaría pasar más tiempo.

1.	3.
2.	4.

Tarea de la semana: sacar tiempo para dedicarle a los miembros de la familia con los que me gustaría tener una mayor relación.

PARTE B)

Cada miembro de la familia vuelve a completar las tablas propuestas anteriormente.

Se comparan con las tablas de la semana pasada. ¿Se percibe algún cambio?

Puesta en común sobre el transcurso de la semana y si se ha conseguido el objetivo planteado.

Si no se ha conseguido se trabajará con el participante el cumplimiento de metas concretas propuestas por él, que tienen como finalidad dedicar más tiempo a una persona.

Por ejemplo:

- Darle los buenos días
- Ayudarle a recoger la habitación
- Decirle lo buena que estaba la comida
- Darle las gracias por ir a buscar el pan
- Acompañarle a comprar

Se prevé que poco a poco la persona vaya instaurando estas y otras conductas en su repertorio comportamental gracias a los reforzadores que irá consiguiendo.

Sesión IV. Potenciar las relaciones sociales.

- Según el interés personal el participante piensa que actividades puede realizar en grupo.
- Se fomenta un debate para que las posibles alternativas sean mayores.
- Cada uno escoge las más atractivas para él.
- Buscar información sobre los pasos a seguir para apuntarse a ellas.
- Llevar a cabo la acción y verificación de resultados el próximo día.

ANEXO VII:

TÉCNICAS DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Fase I. Orientación al problema

-Aprender a identificar las situaciones problema:

Los usuarios cumplimentarán una lista del problemas personales, en ellas se enuncian posibles conflictos frecuentes en distintos ámbitos de la vida diaria, la tarea será señalar aquellos que resulten un problema para él. A partir de aquí será más sencillo formular problemas personales con lo que cada uno se enfrenta.

Problemas potenciales en áreas relevantes

Grado en que me afecta

SALUD	0	1	2	3	4
Tengo problemas alimenticios					
Estoy descontento con mi cuerpo					
Me preocupa mi salud					
TRABAJO	0	1	2	3	4
Mi trabajo me aburre					
Estoy descontento con mi sueldo					
Me gustaría trabajar pero no encuentro nada					
RELACIONES SOCIALES	0	1	2	3	4
Me gustaría salir más con amigos					
Creo que soy aburrido					
Mis amigos no me tienen en cuenta					
FAMILIA	0	1	2	3	4
Me siento sobreprotegido por mi familia					
Mi opinión nunca se tiene en cuenta					
Tengo demasiadas responsabilidades					

-Pensar en la causas de forma objetiva, evitando culpabilizaciones.

Esta fase se realizará mediante la técnica de las dos columnas: Se divide una hoja en dos, se coloca en el lado izquierdo la interpretación problemática que se da a un acontecimiento y en el otro las interpretaciones alternativas que pueda generar la familia. Por ejemplo:

Interpretación actual	Interpretaciones alternativas
Se me ha quemado la comida, no sirvo para nada.	Se me ha quemado la comida porque... -estaba haciendo muchas otras cosas a la vez -me han llamado -todos tenemos algún despiste

-Para enseñar a no responder de forma impulsiva ante una situación, se trabajará la técnica de respiración profunda.

Se enseñará la posición correcta para llevar a cabo la respiración, es decir, sentados en una silla con la espalda apoyada en el respaldo, las rodillas flexionadas, los pies tocando el suelo y las dos manos sobre el abdomen.

El procedimiento consiste en tomar aire por la nariz, haciéndolo llegar hasta el abdomen, a continuación se expulsa por la boca haciendo un ruido suave y relajante.

Para conseguir la generalización a otros ambientes se mandará como tarea para casa la práctica en relajación.

-Para conseguir una actitud facilitadora a la hora de resolver problemas, enseñaremos a los usuarios a controlar el pensamiento y emociones negativas a la hora de enfrentarse a un problema.

La técnica utilizada será la parada del pensamiento. Este procedimiento consistirá en que cada vez que nos venga un pensamiento de incapacidad a la mente, nos diremos a nosotros mismos una palabra como “¡stop!” “¡vale!” y seguidamente daremos una palmada. Tras la práctica repetida la palabra se habrá asociado a la palmada y será suficiente con decir la palabra, progresivamente la palabra la diremos de forma subvocal.

Fase II. Formulación y definición del problema

Los participantes contestarán a una serie de preguntas formuladas por el terapeuta, estas se irán adaptando a la dinámica de la interacción pero pueden ser las siguientes:

¿Quién está implicado?, ¿Qué sucede?, ¿Dónde?, ¿Cuándo? , ¿Cómo?, ¿Por qué sucede?, ¿Cómo me siento?, ¿Qué te gustaría conseguir?

Con estas preguntas se pretende conseguir toda la información relacionada con el problema, especificar operacionalmente el problema en cuanto a antecedentes y consecuentes, identificar las variables relevantes, determinar las causas que favorecen la aparición del problema y fijar objetivos realistas.

Fase III. Generación de alternativas

Se les pide a los miembros de la familia que propongan posibles soluciones resaltando los tres principios básicos:

- Principio de cantidad: cuantas más alternativas con más probabilidad se encontrará una solución eficaz.
- Principio de aplazamiento del juicio: no se valoran las consecuencias de las alternativas en esta etapa. Cualquier opción resultará válida.
- Principio de variedad: hay que proponer soluciones distintas y hacer combinaciones entre ellas.

Fase IV. Toma de decisiones

- Se tachan aquellas alternativas que no pueden llevarse a la práctica por falta de medios o que se esperan que conlleven consecuencias negativas.
- Valoración de las ventajas e inconvenientes de cada una de las alternativas mediante una tabla de dos columnas.
- Se seleccionan las opciones que tengan más ventajas y menos inconvenientes.
- Se valoran las alternativas resultantes en criterios de: en qué medida resuelve el conflicto, cuánto se va a disfrutar con esa opción, cuánto esfuerzo y tiempo se va a exigir y bienestar social.

Fase V. Puesta en práctica de la decisión tomada y verificación de resultados

Para que las personas puedan observar con la máxima eficacia posible su conducta y los resultados de sus acciones se entrenará en la cumplimentación de autorregistros como este;

Pensamiento anterior	Emoción anterior	Ejecutar la solución seleccionada	Pensamiento posterior	Emoción posterior	Resultado obtenido

Si el resultado obtenido es similar al esperado, la persona obtendrá refuerzo mediante la solución del problema, también con autoverbalizaciones, tiempos de descanso y ocio.