

ANEXOS

TFG PROGRAMA ATENCIÓN PRECOZ EN PSICOSIS
NURIA ANDREU MORENO Y SERGIO SIURANA LÓPEZ

Anexo 1. Tablas resumen de estrategias, objetivos.

Tabla A1. Línea estratégica 1. Detección temprana y acceso rápido a servicios de salud mental comunitarios especializados. Fuente: AEN. Consenso sobre atención temprana a la psicosis

OBJETIVOS	ACTIVIDADES
<p>DETECTAR LO ANTES POSIBLE A LAS PERSONAS QUE PRESENTEN CARACTERÍSTICAS DE ALTO RIESGO DE DESARROLLO DE PSICOSIS (“ULTRA HIGH-RISK” [UHR] O ESTADOS MENTALES DE ALTO RIESGO [EMAR]) O QUE ESTÁN EN EL PERIODO CRÍTICO DE HASTA UN MÁXIMO DE 5 AÑOS TRAS EL INICIO DE LA PSICOSIS</p>	<p>REALIZACIÓN DE TALLERES FORMATIVOS A LOS DISTINTOS AGENTES DEL SISTEMA SANITARIO, SERVICIOS SOCIALES, SISTEMA EDUCATIVO, ASÍ COMO A OTROS AGENTES SOCIOCOMUNITARIOS.</p>
<p>FACILITAR EL ACCESO INMEDIATO A LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS A LAS PERSONAS DETECTADAS.</p>	<p>DESARROLLO DE UN PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN Y DERIVACIÓN DIRECTA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA, SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIA, SERVICIOS SOCIALES, EQUIPOS PSICOPEDAGÓGICOS U OTRAS AGENCIAS COMUNITARIAS, QUE GARANTICE LA ATENCIÓN EN 48-72 HORAS.</p>
<p>DOTAR A LOS PROFESIONALES DE LOS DISTINTOS NIVELES DEL SISTEMA SANITARIO, SERVICIOS SOCIALES, SISTEMA EDUCATIVO, ASÍ COMO A OTROS AGENTES SOCIOCOMUNITARIOS DE LOS CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES SUFICIENTES PARA LA DETECCIÓN DE LA PSICOSIS EN SUS FASES INICIALES</p>	<p>DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE RECEPCIÓN POR PARTE DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN TEMPRANA.</p> <p>EDICIÓN DE MATERIALES TÉCNICOS PARA PROFESIONALES Y DE MATERIAL DIVULGATIVO PARA FAMILIAS, PERSONAS AFECTADAS Y POBLACIÓN GENERAL.</p>
<p>ESTABLECER ESTRATEGIAS DE SENSIBILIZACIÓN DE LA POBLACIÓN GENERAL ENCAMINADAS A LA IDENTIFICACIÓN Y BÚSQUEDA DE AYUDA, ASÍ COMO A LA REDUCCIÓN DEL ESTIGMA ASOCIADO A LA ENFERMEDAD MENTAL.</p>	<p>CAMPAÑAS DE SENSIBILIZACIÓN SOCIAL ORIENTADAS AL CONOCIMIENTO DE LOS SÍNTOMAS, A LA NECESIDAD DE LA BÚSQUEDA TEMPRANA DE AYUDA Y A LA REDUCCIÓN DEL ESTIGMA</p>

Tabla A2. Línea estratégica 2. Facilitar la atención y la recuperación de aquellas personas que han desarrollado por primera vez una psicosis o están en riesgo de desarrollarla (continúa...)

OBJETIVOS	ACTIVIDADES
<p>EVALUACIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS QUE PRESENTEN CARACTERÍSTICAS DE ALTO RIESGO DE DESARROLLO DE PSICOSIS (EMAR O UHR) O QUE YA MANIFIESTAN UN PRIMER EPISODIO DE PSICOSIS.</p>	<p>DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE EVALUACIÓN PARA EMAR/UHR DONDE SE INCLUYA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA • EXPLORACIÓN, EXAMEN FÍSICO Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS • EVALUACIÓN DE RIESGOS • EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE LA PERSONA Y SU FAMILIA
<p>FORMULAR UN PLAN INTEGRADO DE ATENCIÓN TEMPRANA (PIA) PARA CADA PERSONA QUE ESTÉ EN EL PROGRAMA.</p>	
<p>DISPONER DE INTERVENCIONES ESPECÍFICAS (PSICOLÓGICAS, FARMACOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES) BASADAS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA ADAPTADAS A LAS DISTINTAS FASES INICIALES DE LA PSICOSIS, Y ORIENTADAS HACIA LA RECUPERACIÓN.</p>	<p>DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE EVALUACIÓN INTEGRAL PARA PRIMEROS EPISODIOS DE PSICOSIS QUE INCLUYA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EXPLORACIÓN DE LA PSICOPATOLOGÍA DE LA PSICOSIS O COMORBILIDAD • EXPLORACIÓN, EXAMEN FÍSICO Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS • EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD • EVALUACIÓN DE RIESGOS [SUICIDIO, AGRESIVIDAD (AUTO Y HETERO), CONSUMO DE SUSTANCIAS, EXCLUSIÓN SOCIAL] • EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES PERSONALES • EVALUACIÓN ESTRUCTURADA DE LAS FUNCIONES COGNITIVAS SUPERIORES • EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA • EVALUACIÓN DE LA RED SOCIAL • EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA PSICOSIS • EVALUACIÓN DE LA DINÁMICA FAMILIAR • EVALUACIÓN DE LA EMOCIÓN EXPRESADA
<p>REDUCIR EL IMPACTO DE LA PSICOSIS EN EL PACIENTE Y SU FAMILIA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • EVITAR O DEMORAR LA TRANSICIÓN A LA PSICOSIS. • REDUCIR EL PERÍODO DE PSICOSIS SIN TRATAR (DUP). • EVITAR LAS HOSPITALIZACIONES TRAUMÁTICAS Y REDUCIR LOS INTERNAMIENTOS INVOLUNTARIOS. • REDUCIR EL RIESGO DE RECAÍDAS. • MINIMIZAR LA COMORBILIDAD Y RIESGOS ASOCIADOS (DEPRESIÓN, ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO, ABUSO DE SUSTANCIAS, ETC.). 	

ANEXOS TFG PROGRAMA ATENCIÓN PRECOZ EN PSICOSIS

<ul style="list-style-type: none"> • REDUCIR RIESGO DE SUICIDIO. • FACILITAR Y ESTIMULAR LA IMPLICACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE FAMILIA Y PACIENTE. • FAVORECER EL MANTENIMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE Y SU FAMILIA. • FACILITAR Y PRIORIZAR LAS INTERVENCIONES EN ENTORNOS COMUNITARIOS. 	<ul style="list-style-type: none"> • EVALUACIÓN DE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS RELACIONADAS CON LA ENFERMEDAD (INSIGHT, CREENCIAS, ESTILO DE RECUPERACIÓN) • EVALUACIÓN DE LAS EXPECTATIVAS DEL PACIENTE Y SU FAMILIA <p>SEGUIMIENTO DEL PACIENTE SEGÚN EL PLAN</p> <p>INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • REUNIÓN DE EQUIPO QUE PERMITA DELIMITAR LOS OBJETIVOS A CONSEGUIR. • DISPONIBILIDAD PARA OFRECER INICIALMENTE, COMO MÍNIMO, SESIONES SEMANALES PARA LAS PERSONAS EN PROGRAMA. • ESTABLECIMIENTO DE UN CALENDARIO DE COORDINACIONES CON OTROS DISPOSITIVOS Y SERVICIOS IMPLICADOS (ATENCIÓN PRIMARIA, SALUD MENTAL, DROGAS, SERVICIOS SOCIALES, ETC.) • ENTREVISTAS REGULARES CON LA FAMILIA CON UNA FRECUENCIA MÍNIMA MENSUAL AL MENOS DURANTE EL PRIMER AÑO. • REVISIÓN DE LOS OBJETIVOS DEL PLAN INTEGRADO DE ATENCIÓN CADA 6 MESES Y UNA REEVALUACIÓN COMPLETA DE CADA USUARIO (Y SU FAMILIA) CADA AÑO
---	--

Tabla A2. Continuación

OBJETIVOS	ACTIVIDADES
<p>GARANTIZAR EL MANTENIMIENTO DE ESTA ATENCIÓN INTEGRAL DE MANERA SOSTENIDA DURANTE EL PERIODO CRÍTICO (5 AÑOS) Y LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN NECESARIA TRAS ESTE PERIODO.</p>	<p>ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON EMAR/UHR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • INFORMACIÓN Y SOPORTE AL PACIENTE Y SU FAMILIA. • TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL. • TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SEGÚN GUÍAS CLÍNICAS • INTERVENCIONES SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS. • INTERVENCIONES SOCIO-COMUNITARIAS
<p>PRIORIZAR EL USO DE SERVICIOS LO MENOS RESTRICTIVOS POSIBLE.</p>	<p>ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS RECOGIDOS EN GUÍAS. • TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO BASADO EN GUÍAS. • INTERVENCIÓN PARA LA MINIMIZACIÓN DE RIESGOS (SUICIDIO, CONSUMO SUSTANCIAS, ETC.).
<p>PROMOVER LA PARTICIPACIÓN E IMPLICACIÓN ACTIVA DE LA FAMILIA A LO LARGO DE TODO EL PROCESO DE ATENCIÓN.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • INTERVENCIÓN FAMILIAR INDIVIDUAL Y GRUPAL (PSICOEDUCACIÓN Y TERAPIA FAMILIAR). • INTERVENCIÓN VOCACIONAL, INTERVENCIONES EN HABILIDADES SOCIALES, INSERCIÓN COMUNITARIA SOCIAL, DANDO CONSEJO, APOYO, MOTIVACIÓN Y ORIENTACIÓN PARA EL USO DE RECURSOS COMUNITARIOS, INTERVENCIÓN EN LA BÚSQUEDA DE EMPLEO, INTERCAMBIO SOCIAL Y PLANIFICACIÓN DEL OCIO Y TIEMPO LIBRE.
<p>CAPACITAR Y/O MANTENER EN LAS PERSONAS SUS PRINCIPALES LOGROS Y ÁREAS DE DESARROLLO PSICOSOCIAL (EDUCACIÓN, EMPLEO, OCIO Y TIEMPO LIBRE), PRIORIZANDO LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS NORMALIZADOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • INTERVENCIÓN FAMILIAR INDIVIDUAL Y GRUPAL (PSICOEDUCACIÓN Y TERAPIA FAMILIAR). • INTERVENCIÓN VOCACIONAL, INTERVENCIONES EN HABILIDADES SOCIALES, INSERCIÓN COMUNITARIA SOCIAL, DANDO CONSEJO, APOYO, MOTIVACIÓN Y ORIENTACIÓN PARA EL USO DE RECURSOS COMUNITARIOS, INTERVENCIÓN EN LA BÚSQUEDA DE EMPLEO, INTERCAMBIO SOCIAL Y PLANIFICACIÓN DEL OCIO Y TIEMPO LIBRE.
<p>SENSIBILIZAR Y DISMINUIR EL ESTIGMA SOCIAL ACERCA DE LA PSICOSIS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • INTERVENCIÓN EN PREVENCIÓN DE RECAÍDAS. • INTERVENCIÓN DOMICILIARIA ANTE LA DESCOMPENSACIÓN Y LAS CRISIS. • INTERVENCIÓN EN REHABILITACIÓN COGNITIVA.

Anexo 2. Cuestionario Datos Das II

1.- NOMBRE DEL CENTRO

(1)

1.- FUNDACIÓN REY ARDID

2.- RÉGIMEN

(2)

- 1.- RESIDENCIA
- 2.- HOSPITAL DE DIA
- 3.- CENTRO DE DIA
- 4.- PISOS PROTEGIDOS

3.- NOMBRE DEL PACIENTE

(3)

4.- Nº DE HISTORIA

(4)

5.- Nº DE FICHA

(5)

6.- Nº DE ENCUESTA

(6)

7.- ENFERMERIA

(7)

9.- OTROS

(8)

- 1.- Médico
- 2.- Psicólogo

8.- TRABAJADOR SOCIAL

(9)

- 1.- Sergio Siurana López
- 2.- Otros

10.- SEXO

(10)

FECHA NACIMIENTO (11)

12.- FECHA DE CUMPLIMENTACIÓN (12)

13.- FAMILIA

(13)

14.- PACIENTE

(14)

<input type="checkbox"/> 15.- HISTORIA CLÍNICA	(15)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 16.- OTROS PROFESIONALES	(16)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 17.- OTROS (ESPECIFICAR)	(17)	<input type="text"/>

ANOTACION DE LAS ESTIMACIONES Y PUNTUACIONES

1. DISCAPACIDAD EN EL COMPORTAMIENTO GLOBAL

1.1. CUIDADO E HIGIENE PERSONAL	(18)	<input type="text"/>
1.2. INACTIVIDAD	(19)	<input type="text"/>
1.3. LENTITUD EN LA EJECUCION	(20)	<input type="text"/>
1.4. AISLAMIENTO PSICOSOCIAL	(21)	<input type="text"/>

PUNTUACION BRUTA (22)
 (Suma de los valores distintos de 9)

PUNTUACION PONDERADA (23)
 (Dividir puntuación bruta por nº ítems,
 excepto aquellos de valor 9)

2. DISCAPACIDAD PARA EL DESEMPEÑO DE ROLES SOCIALES

2.1. PARTICIPACION EN LA VIDA FAMILIAR	(24)	<input type="text"/>
2.2. RELACIONES CONYUGALES AFECTIVAS	(25)	<input type="text"/>
2.3. RELACIONES CONYUGALES-SEXUALES	(26)	<input type="text"/>
2.4. ROL PARENTAL	(27)	<input type="text"/>
2.5. RELACIONES HETEROSEXUALES	(28)	<input type="text"/>
2.6. CONTACTOS SOCIALES (Dificultades en las relaciones interpersonales)	(29)	<input type="text"/>
2.7. RELACIONES SOCIALES (Capacidad para establecer y mantener relaciones interpersonales)	(30)	<input type="text"/>

2.7. ACTIVIDAD PROFESIONAL	(31)	<input type="text"/>
2.8. MOTIVACION PROFESIONAL	(32)	<input type="text"/>
2.9. CONEXIÓN CON EL MEDIO	(33)	<input type="text"/>
2.10. SITUACIONES DE URGENCIA	(34)	<input type="text"/>

**PUNTUACION
(35)**

(Sumar los valores distintos de 8 y 9)

BRUTA

PUNTUACION PONDERADA (36)

(Dividir la puntuación bruta por nº ítems,
excepto aquellos de valor 9)

4. FACTORES MODIFICADORES

4.1. CAPACIDADES Y LOGROS PERSONALES

4.1.1. Desarrollo de actividad regular

(37)

0= No

1= Si (especificar)

9= No procede respuesta

4.1.2. Interés por actividades

(38)

0= No

1= Si (Especificar)

9= No procede respuesta

4.1.3. Existe alguna capacidad o logro

(39)

0= No

1= Si (Especificar)

8= Imposible hacer un juicio

9= Ausencia de información

4.1.4. Factores ambientales favorecedores

(40)

0= NO

1= Si (Especificar)

8= Imposible hacer un juicio

9= Ausencia de información

4.1.5 Relaciones de confianza

(41)

0= No

1= Si (Especificar)

8= Imposible hacer un juicio

9= Ausencia de información

4.2. SITUACIONES DE DESVENTAJA

4.2.1. Dificultades ambientales (42)

0= No

1= Si (Especificar)

8= Imposible hacer un juicio

9= Ausencia de información

4.2.2. Existencia de discapacidad física (43)

0= No

1= Si (Especificar)

9= Ausencia de información o no procede respuesta

4.2.3. Otras características desfavorables (44)

0= No

1= Si (Especificar)

8= Imposible hacer un juicio

9= Ausencia de información o no procede respuesta

4.3. AMBIENTE EN CASA DE LA PERSONA

4.3.1. Persona clave (45)

0= No existe (especificar) 4= Otro familiar

1= Madre 5= Otra persona no perteneciente

2= Padre a la familia (especificar)

3= Pareja 9= Imposibilidad de valoración

4.3.2. Evaluación del nivel de participación afectiva manifestada (46)

por la persona clave (intensidad)

0= Ninguna

1= Ligera

2= Considerable

3= Extremadamente marcada

8= Imposible hacer un juicio

9= No se ha identificado persona clave o no procede respuesta

4.3.4. Ejercicio de la autoridad por parte de la persona clave (47)

0= Ninguna presión indebida

1= Presión indebida ejercida de forma ocasional

2= Presión indebida ejercida de forma permanente

8= Imposible hacer un juicio

9= No se ha identificado persona clave o no procede respuesta

4.3.5. Rechazo hacia el paciente por parte de la persona clave (48)

0= Ningún rechazo

1= Críticas ocasionales hacia el comportamiento

2= Aversión global hacia el sujeto como persona

3= 1 y 2 reales y frecuentes

8= Imposible hacer un juicio

9= No se ha identificado persona clave o no procede respuesta

4.3.6. Posibilidad de mantener su intimidad en el ambiente familiar

(49)

0= Existe acceso a la intimidad

1= Existen ocasiones para la intimidad pero no es bien admitido por la familia

2= Ninguna ocasión para la intimidad

8= Imposible hacer un juicio

9= No procede respuesta

4.4. AYUDA EXTERIOR

4.4.1. Solicitud de ayuda sin respuesta efectiva

(50)

0= No

1= Si (especificar)

4.4.2. Recepción de ayuda exterior

(51)

0= No

1= Si (Especificar)

8= Ausencia de información

8= Ausencia de información

9= No procede respuesta

9= No procede respuesta

4.4.3. Posibilidad de encontrar trabajo

(52)

0= Muy fácil

3= Prácticamente imposible

1= Cierta dificultad

8= Imposible hacer un juicio

2= Mucha dificultad

9= No procede respuesta

ANOTACION DE LAS ESTIMACIONES Y PUNTUACIONES

4. CAPACIDADES Y HANDICAPS

4.1. CAPACIDADES Y LOGROS

(53)

Puntuación: de 4.1.1 a 4.1.5. Sumar las puntuaciones distintas de 8 ó 9

4.2. HANDICAPS

(54)

Puntuación: de 4.2.1 a 4.2.3. Sumar las puntuaciones distintas de 8 ó 9

4.3. AMBIENTE EN EL NUCLEO FAMILIAR

4.3.3 a 4.3.6. Efectos negativos del ambiente familiar

(55)

Puntuación: Sumar las puntuaciones

4.3.3. (sólo si 3)

4.3.4. (sólo si 1 ó 2)

4.3.5. (sólo si 1, 2 ó 3)

4.3.6. (sólo si 1 ó 2)

4.4. AYUDA EXTERIOR

ANEXOS TFG PROGRAMA ATENCIÓN PRECOZ EN PSICOSIS

4.4.1. Búsqueda de ayuda exterior
(56)

4.4.2. Aporte de ayuda

(57)

Puntuación: Sumar puntuaciones distintas de 8 ó 9

5. PUNTUACION DE LA EVALUACION GLOBAL

(58)

Anexo 3. Entrevista Familiar de Lemos (1987)

Nombre:

Fecha:

1. ¿Cuándo fue la primera vez que notaron algo diferente en N?
2. ¿Fue un deterioro repentino o gradual?
3. ¿Creen que puede hacer algo más por controlar su conducta?
4. ¿Cuándo empezó a empeorar en la última crisis? ¿Qué le parecía la idea de venir al hospital?
5. ¿Está irritable últimamente? ¿Está más irritable ahora que antes?
6. ¿Con qué frecuencia ocurren esos episodios de irratibilidad?
7. ¿Cuántos días duran la irratibilidad o las peleas?
8. ¿Puede describir qué sucedió la última vez que demostró irratibilidad?
9. ¿Hacia quién va dirigida la irratibilidad?
10. ¿Tienen lugar esos episodios de irratibilidad entre otros miembros de la familia, aparte de N?
11. ¿Es N el causante de que la familia se enfade y se muestre irritable?
12. ¿Se insultan o gritan?
13. ¿Alguna vez se han pegado durante una pelea?
14. ¿Cuánto tiempo pasan sin hablarse después de una pelea?
15. ¿Alguna vez se ha marchado N de casa a dormir a otro sitio? ¿Con qué frecuencia?
16. ¿Tiene N problemas para dormir?
17. ¿Cómo ha estado su apetito?
18. ¿Se ha quejado de dolores de cabeza, mareos y otros dolores?
19. ¿Presenta falta de actividad?
20. ¿Ha estado haciendo muy despacio las cosas habituales (vestirse, lavarse...)?
21. ¿Ha estado inquieto (hiperactivo)?
22. ¿Ha pegado o herido a alguien?

23. ¿Ha roto cosas o tirado cosas de casa?
24. ¿Se aparta últimamente de la gente?
25. ¿Es capaz de manejarse solo y salir a la calle?
26. ¿Ha tenido dificultades marcadas de memoria?
27. ¿Ha tenido temores extraños o periodos de nerviosismo?
28. ¿Ha estado preocupado últimamente por algo?
29. ¿Ha estado deprimido o ha dicho que no vale la pena vivir?
30. ¿Ha estado escrupuloso, detallista o maniático?
31. ¿Habla y contesta cuando le preguntan?
32. ¿Ha cambiado en la forma de cuidarse, vestirse o asearse?
33. ¿Ha estado torpe de movimientos?
34. ¿Se pone celoso con alguien o muy desconfiado?
35. ¿Ha abusado del alcohol o el juego?
36. ¿Ha cambiado su colaboración en las tareas domésticas?
37. ¿Es capaz de disponer del dinero y administrarlo correctamente?
38. ¿Ha repercutido económicamente en la familia la enfermedad de N?
39. ¿Es fácil llevarse con N y vivir con él? ¿Tratan de evitarle?
40. ¿Ha cambiado el cariño o la conducta de ustedes hacia N desde que comenzó el problema?
41. ¿Ha cambiado el cariño o afecto de N hacia ustedes desde que empezó el problema?
42. (EN PACIENTES CASADOS) ¿Han cambiado sus sentimientos, cariño o interés hacia N desde que empezó el problema?
43. (EN PACIENTES CASADOS) ¿Ha cambiado el cariño e interés de N hacia usted?
44. ¿Están ustedes satisfechos de la manera que N ha seguido el tratamiento recetado: medicamentos, revisiones...?
45. ¿Qué le parecía si N tuviera que seguir tomando las medicinas durante mucho tiempo más?

46. ¿Qué tipo de enfermedad creen que tiene N o cómo calificarían su problema?
47. ¿Creen que N volverá a ser normal o mejorará? ¿Creen que tendrá una recaída en el futuro?
48. ¿Les gustaría que N viviese en casa con ustedes?
49. ¿Ha cambiado la vida que ustedes llevan como consecuencia de la enfermedad de N?
50. ¿Ha cambiado la actitud o el comportamiento de sus amigos o vecinos con ustedes como consecuencia de la enfermedad de N?
51. ¿Cambia frecuentemente el estado de ánimo de ustedes como consecuencia de la conducta de N?

Anexo 4. Cuestionario de motivación para el trabajo

Contesta verdadero o falso

1	Cuando trabajo me siento mejor	
2	Prefiero que mis compañeros de trabajo desconozcan que estoy en tratamiento	
3	La gente no me entiende	
4	Fuera de casa me siento vulnerable	
5	Trabajar con los demás me supone un esfuerzo	
6	Cuando trabajo aprendo cosas	
7	Me siento incapaz de trabajar	
8	Disfruto de gran parte del dinero que gano	
9	Ganar dinero me da independencia	
10	Es preferible una pensión segura a un posible trabajo	
11	Mi familia me ayuda a buscar trabajo	
12	Mi familia cree que puedo desempeñar un trabajo adecuadamente	
13	La vida en casa se complica cuando trabajo	
14	Trabajar me impide hacer otras cosas que me gustaría	
15	No volvería a desempeñar trabajos similares porque tuve problemas	
16	Preferiría trabajar en sitios especiales para gente como yo	
17	Tengo dudas sobre si podré mantener un trabajo durante mucho tiempo	
18	Me da miedo alejarme mucho de casa	
19	Coger muchos transportes es demasiado complicado	
20	Si me alejo mucho de casa me siento desprotegido	
21	No me gusta obedecer	
22	Me molesta que critiquen mi trabajo	
23	Necesito que los demás reconozcan mi trabajo	
24	Me cuesta relacionarme con mis compañeros	
25	Los cambios en las condiciones de trabajo me ponen nervioso	
26	Los demás no se preocupan de llevarse bien conmigo	
27	Es fundamental que mi jefe tenga en cuenta mi enfermedad	
28	Trabajar tiene más ventajas que inconvenientes	
29	Por lo que me han contado, cuando hay problemas	
30	Preferiría que no me ofreciesen otros recursos a trabajar	
31	Yo quiero ir a trabajar	
32	Arreglarme para ir a trabajar requiere demasiado esfuerzo	
33	Es probable que tenga problemas con la puntualidad	
34	Mi enfermedad me impide acceder a un buen trabajo	
35	Me angustia la idea de tener que buscar trabajo	
36	Si no encuentro trabajo pronto, es mejor que lo deje	
37	Me molesta reconocer que estoy sin trabajo	

Dejaría el trabajo por

- 1 Porque me miren mal
- 2 Falta de materiales
- 3 Discutir con un compañero
- 4 Tener un salario bajo
- 5 Tener un jefe que no me caiga bien
- 6 Porque me cambien de turno
- 7 Porque me aburra
- 8 Sentirme cansado/a

Anexo 5. Propuesta de Plan Individual de Rehabilitación y Reinserción (PIRR)

- Objetivos farmacológicos. Psiquiatría y enfermería. Intervenciones más comunes en esta área: tratamiento farmacológico, programa de preparación de la medicación, entrevistas individuales, analíticas, acompañamientos a consultas médicas...
- Objetivos psicoterapéuticos. Psiquiatría y psicología. Intervenciones más comunes: entrevistas individuales, terapia cognitiva – conductual, sesiones de grupo, psicoeducación individual, IPT...
- Objetivos familiares. Trabajo Social. Intervenciones más comunes: Entrevistas familiares, psicoeducación de familias, Terapia Familiar...
- Red Social. Trabajo Social. Intervenciones más comunes: Grupo socioterapéutico con el fin de reestructurar la red social, actividades en el centro, actividades en recursos normalizados y entrevistas individuales...
- Ocupacional. Terapia Ocupacional. Intervenciones más comunes: entrevistas individuales, actividades en el centro...
- Formación/Laboral. Trabajo Social y Terapia Ocupacional. Intervenciones más comunes: Grupo socioterapéutico de motivación laboral, taller ocupacional, entrevistas individuales, grupos de búsqueda activa de empleo, colaboración con recursos formativos y/o de empleo...
- Actividades básicas de la vida diaria. Enfermería. Intervenciones más comunes: Plan de cuidados, entrevistas individuales...
- Actividades instrumentales de la vida diaria. Trabajo Social y Terapia Ocupacional. Acompañamientos, visitas domiciliarias, coordinación con la red, apoyo en el manejo del dinero, grupos de recursos comunitarios...

- Habilidades motoras. Terapia Ocupacional. Intervenciones más comunes: Psicomotricidad, actividades deportivas...
- Percepción y manejo de la salud. Psiquiatría y enfermería. Intervenciones más comunes: Grupo de educación para la salud, entrevistas individuales de valoración y seguimiento...
- Ocupación del ocio y tiempo libre. Terapia Ocupacional. Intervenciones más comunes: Excursiones, coordinación con recursos de ocio, visitas culturales, entrevistas individuales...

Este PIRR es revisado periódicamente por el equipo y el Trabajador Social participará aportando objetivos dirigidos a la mejorar el ajuste social del paciente y a disminuir su malestar y el de su medio familiar y social en la interacción y proponiendo intervenciones a distintos niveles. Durante la estancia del paciente en el programa, el trabajador social se implicará en la recuperación del paciente, utilizando el modelo correspondiente a cada fase. Como dice Amaya Ituarte (1992), - citada por Garcés, E. (2010) – los tres fundamentos principales por los que el Trabajo Social Clínico produce el cambio son por medio de la relación interpersonal, por medio de cambios en la situación social y por medio de cambios en las relaciones con personas significativas en el espacio vital de los individuos.

Anexo 6. Psicoeducación de Familias. Temario y objetivos

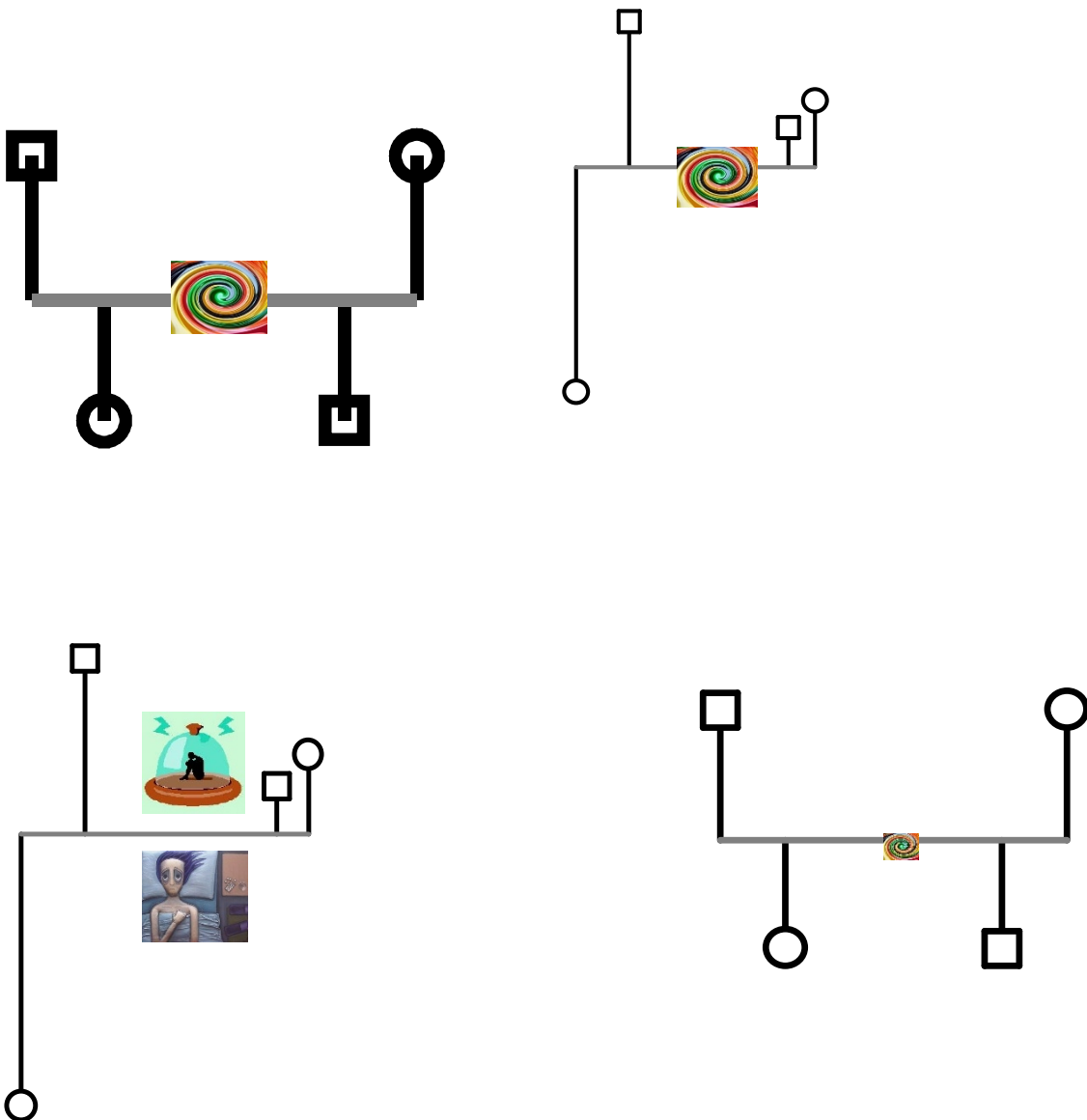
Objetivos:

- Influir favorablemente en la evolución de la enfermedad y en la disminución de la carga familiar que esta representa.
- Proporcionar información realista, asequible y útil sobre los conocimientos actuales de la Esquizofrenia
- Transmitir la importancia de un clima familiar estable en el mantenimiento y evolución de los enfermos en la comunidad.
- Entrenar a los familiares en el manejo de los enfermos con una mayor competencia.
- Eliminar prejuicios a la hora de hablar de la enfermedad, animando a que los familiares expresen sus necesidades y sus problemas, valorando nuevas estrategias.
- Potenciar el intercambio de experiencias y la ayuda mutua.
- Incrementar la adhesión y cumplimiento de otras formas de tratamiento
- Establecer otras vías de contacto y comunicación con el profesional

Temario:

- Presentación
- Los Trastornos Mentales Graves.
- La esquizofrenia. ¿Qué es? Características. Síntomas positivos y negativos. Prevención de recaídas: Factores de riesgo y de protección
- Otros trastornos mentales: trastorno bipolar, depresión, trastornos de la personalidad...
- Medicación. Tipos, mecanismos de acción, administración y eficacia. Efectos secundarios.
- Intervención Psicológica, Modelo vulnerabilidad estrés.

- Intervención Social. Recursos Sociosanitarios. Derechos y deberes. Prestaciones sociales y aspectos legales: incapacitación civil, internamiento.
- Grupos de ayuda mutua y asociaciones de familias
- Pautas para mejorar la convivencia: comunicación, conflictos, aislamientos social, consumo de tóxicos, hábitos de higiene...
- Estructura familiar: emoción expresada, sistema familiar, ciclo vital familiar.
- Fin del programa y evaluación.



Anexo 7a. Historia Sistémica

- 1. Genograma:**
- 2. Momento del ciclo vital:**
- 3. Recursos implicados:**
- 4. Historia del cambio:**
 - a) ¿Quién pide?
 - b) ¿Para qué pide?
 - c) ¿Qué pide?
 - d) ¿Por qué ahora?
 - e) ¿Quién sufre?
- 5. Comunicación familiar (comunicación verbal y no verbal)**
- 6. Dinámica familiar**
- 7. Respuesta a la intervención, potencial de cambio.**
- 8. Estructura familiar**
- 9. Mitos familiares**
- 10. La familia**
 - a) Unidad de convivencia y relaciones entre ellos
 - b) Familia extensa y relaciones
 - c) Conciencia de enfermedad familiar
 - a) Técnicas a utilizar

Anexo 7b. Proceso de Terapia Familiar

Esquema de una sesión:

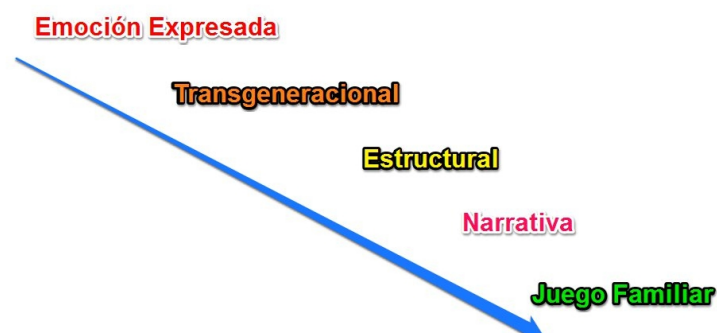
1. Pre-sesión. Dura entre 15 y 30 minutos y se discute la información de la ficha todo el equipo.
2. Sesión. Hora y media, donde se obtiene la información sobre lo que está ocurriendo y sobre la respuesta de la familia a las tareas que se impartieron en la entrevista anterior.
3. Pausa. Durante 15 minutos los coterapeutas hacen un corte para discutir, en sala aparte, lo observado en la sesión y la devolución final.
4. Devolución o intervención final Se ofrece a la familia una serie de conclusiones y orientaciones con respecto a lo que se debe hacer.
5. Post Sesión. 10 minutos para analizar la respuesta de la familia a la intervención final. Todo el equipo.
6. Seguimiento

Fases del proceso completo de una Terapia Familiar:

- Primera entrevista para explicar el contexto de trabajo. Cumplimentamos la Historia Sistémica.
- Transgeneracional. Volvemos a la técnica del genograma, lo realizamos con ellos, de forma más profunda para conocer lo Transgeneracional (Bowen nos hablaba de la necesidad de tres generaciones para que aparezca la esquizofrenia en la familia). Para entender el hoy, conociendo el ayer.
- Emoción expresada. A partir de aquí, conociendo su historia, comenzamos un trabajo, sólo con los padres, de Psicoeducación Familiar individual, completando la grupal y dándole más importancia al concepto de Emoción Expresada. Pero, lo que realmente estamos trabajando con ellos, en la unión del subsistema parental es, indirectamente, el conyugal.

- Estructural. Paralelamente, trabajamos con los hermanos (el miembro prestigioso que suele existir – Cancrini, 1996 - es un elemento clave en la terapia) para unir este subsistema. Es decir, durante esta fase estamos haciendo un trabajo estructural, necesario como mejor forma de acomodación a la familia y como exploración.
- Narrativa. Después de cinco o seis entrevistas, tenemos la información suficiente para poder dar una devolución a la familia. Primero, nos juntamos con los padres, damos esta devolución dando una explicación a lo que ha ocurrido en su familia, ofreciendo una nueva narrativa, desculpabilizando y devolviendo responsabilidades. Empieza a ser explícito el juego familiar, el juego que está creando la rigidez en su sistema y que, en el fondo, todos queremos romper para poder avanzar. Segundo, nos volvemos a juntar a hacer esta devolución con toda la familia, después de haber pedido consentimiento a los padres.
- Juego Familiar. Concepto acuñado por la Escuela de Milán. Para ellos, lo patológico es el juego. Es cuando el juego familiar es explícito definitivamente. La familia se metacomunica, los miembros de la familia saben por qué pasa lo que pasa y, a partir de ahí que sea el propio sistema familiar quien tenga las claves para avanzar en su ciclo vital. Para vislumbrar expectativas de cambio, para crear la base para un sistema más eficaz.

Tabla 7. Proceso Terapia Familiar. Fuente: Elaboración propia



Anexo 8. Grupo de Búsqueda activa de empleo y motivación laboral.

Objetivos:

- Crear un grupo que sirva de referencia a los participante para todo aquello que tenga relación con la formación, tanto la reglada como la no reglada, y el mercado de trabajo.
- Enseñar a los participantes la búsqueda de empleo para que, cuando su rehabilitación le permita ser apto para trabajar, sea autónomo para ello.
- Enseñar a los participantes la búsqueda de cursos de formación de cualquier tipo para que sean autónomos en esta área.
- Crear un grupo que sepan los cursos y empleos que están disponibles en el mercado de trabajo para cualquier usuario de Rey Ardid.
- Crear un grupo de estudio que sirva a cada uno de los miembros alcanzar los objetivos formativos establecidos en cada Plan Individual de Rehabilitación.
- Motivar a los miembros del grupo a la realización cursos formativos, actividades ocupacionales y/o conseguir empleo como uno de sus objetivos primordiales en su proceso rehabilitador.

Las sesiones del grupo son las siguientes:

- Presentación del grupo
- Programa laboral de la red de salud mental
- Talleres ocupacionales
- Centros Especiales de Empleo
- Empresas sociales
- INAEM
- ETT'S
- Formación reglada

ANEXOS TFG PROGRAMA ATENCIÓN PRECOZ EN PSICOSIS

- Formación no reglada
- Autoanálisis persona
- Cómo hacer un Curriculum
- Plataformas de búsqueda de empleo online
- Buscar empleo en redes sociales 2.0. Facebook y LinkedIn
- Curriculum online
- Carta o email de presentación
- Preparar una entrevista de selección

Anexo 9. Dossier de Prensa

Durante la realización de este TFG hemos realizado un detallado dossier de prensa sobre las noticias relacionadas con la atención precoz en la psicosis. Incluso comenzamos antes este dossier, desde que se gestó la idea de crear un proyecto de estas características, que podríamos ponerle fecha en la publicación del post: [Intervención Familiar en una Psicosis Temprana](#) del Blog [Esquizofrenia y Terapia Familiar](#) de nuestra autoría. Pueden leerlo al final de este dossier.

En un principio, todas las noticias que surgían fortalecían nuestras hipótesis, ya que abogaban por la existencia de estos programas para evitar la cronicidad y mejorar el pronóstico de la psicosis. Hasta se inauguró un centro en Alcalá de Henares. Pero hubo una noticia que nos conmocionó a todos: un niño de 13 años asesina a su profesor en Barcelona, en principio, por un brote psicótico.

Hemos hecho un detallado seguimiento de esta noticia que abrió un debate sin precedentes. En primer lugar, desde el primer día se dijo que era un brote psicótico sin apenas poder dar tiempo a los clínicos a hacer un diagnóstico. En segundo lugar, ¿cómo era posible que nadie se hubiera dado cuenta de lo que pasaba a este chico? Un brote psicótico no ocurre de la noche a la mañana como hemos visto en nuestro trabajo.

En este dossier testificamos este intenso debate, en donde unos defienden este diagnóstico y otros se inclinan por rechazarlo, al menos con tan pocos datos. Una vez la noticia pasó a segundo plano por los medios de comunicación, ya no hemos podido conocer qué ha pasado, especialmente por ser menor. Pero lo que sí que conocimos fue que el programa de atención precoz en psicosis que existía en Barcelona, había sido desmantelado años atrás. La jubilación del Dr. Jorge Tizón (uno de los principales autores de nuestra bibliografía y director de este centro) fue el desencadenante para cerrar el centro "por falta de fondos". Fue triste conocerlo de esta forma tan trágica.

Seize de Post



→ WWW.IEPA.ORG.AU

International Early Psychosis Association
PO Box 143, Parkville VIC 3052, Australia
T: +61 3 8346 8256 conference2014@iepa.org.au



International Early Psychosis Association



9th INTERNATIONAL CONFERENCE ON EARLY PSYCHOSIS

We look forward to welcoming you to the 9th International Conference on Early Psychosis which will be held in the beautiful metropolitan Tokyo, Japan from 17 – 19 November, 2014. This is the first time the conference will be held in an Asian city, the world's fastest-growing area. This conference will bring together international experts in the field of prevention and early intervention in psychosis. The forum is organised for all professionals with an interest in the prevention and early intervention of

Tokyo, Japan is the host city for the 9th International Conference on Early Psychosis.

psychosis and related mental disorders, to exchange and promote ideas and implementation in this area. The promotion of mental health is not just for the specialists but for everyone in the community including schools and industry. To move forward to new horizons, we need to develop new visions and novel strategies. We are certain all of you will find this conference stimulating, rewarding and meaningful.

ORGANISERS

Organising Committee:

- Masafumi Mizuno
Conference Chair
- Michio Suzuki
Scientific Program Committee Chair
- Eric YH Chen
Scientific Program Committee, Co-Chair
- Siow Ann Chong
Scientific Program Committee, Co-Chair
- Jun Soo Kwon
Scientific Program Committee Co-chair
- Tsuyoshi Akiyama
International Committee, Chair
- Kazuyuki Nakagome
Secretary General

IEPA Board:

- Executive Members:
- Merete Nordentoft
President
- Masafumi Mizuno
President Elect
- Jean Addington
Past President
- Jeff Lieberman
VP North America
- Peter Jones
VP Europe
- Young Chul Chung
VP Asia Pacific
- Patrick McGorry
Treasurer

Ordinary Members:

- Anthony Harris
- Pall Mathiasson
- Paul Roy
- Frauke Schultz-Lutter
- Stephen Wood
- Alison Young

La atención de los primeros signos de psicosis permite reducir los ingresos hospitalarios – Enfermedad mental – Noticias, última hora, vídeos y fotos de Enfermedad mental en lainformacion.com

URLOrigen: http://noticias.lainformacion.com/salud/enfermedad-mental/la-atencion-de-los-primeros-signos-de-psicosis-permite-reducir-los-ingresos-hospitalarios_ZNuWtEd7APsbpVknicTgb1/

La intervención precoz ante los primeros signos de psicosis es rentable para el sistema sanitario y ahorra costes, ya que se reducen los ingresos hospitalarios, según ha destacado el psiquiatra Pavan Mallikarjun, del Servicio de Intervención Temprana de Birmingham (**Reino Unido**), durante su intervención en la XII edición de la Jornada Anual de Fundación Manantial celebrada en **Madrid**.



La atención de los primeros signos de psicosis permite reducir los ingresos hospitalarios

MADRID, 5 (EUROPA PRESS)

La intervención precoz ante los primeros signos de psicosis es rentable para el sistema sanitario y ahorra costes, ya que se reducen los ingresos hospitalarios, según ha destacado el psiquiatra Pavan Mallikarjun, del Servicio de Intervención Temprana de Birmingham (Reino Unido), durante su intervención en la XII edición de la Jornada Anual de Fundación Manantial celebrada en Madrid.

En dicho encuentro, este experto ha defendido la importancia de esta atención temprana ya ha ofrecido datos que muestran que hasta el 70 por ciento de las personas que recibe atención precoz no ingresa en el hospital".

Del mismo modo, hay "más posibilidad de que se integren en la sociedad y encuentren un trabajo" e incluso de alterar el curso de la **enfermedad**, sobre todo "si se interviene durante los dos primeros años".

Este experto ha destacado que su servicio es "la primera unidad del mundo en atención precoz en psicosis", ya que cuenta con cinco equipos que trabajan de lunes a viernes y ofrecen intervenciones psicosociales, en muchos casos en el entorno del paciente. "Los **pacientes** no vienen a nosotros, somos nosotros los que vamos a su domicilio", indicó.

Asimismo, en la jornada han destacado que uno de los principales objetivos es "involucrar a los jóvenes" en su tratamiento y "hacerles partícipes de los beneficios", según el doctor Robert Michael, jefe de equipo del Servicio de Intervención Temprana de Birmingham, que para ello cree que los profesionales deben transmitir un "ambiente de esperanza y optimismo".

A ese respecto, el director de Desarrollo de Proyectos de Fundación Manantial, Miguel Castejón, precisó que los profesionales deben relacionarse con los pacientes "de forma diferente", para ahondar en un "modelo positivo con expectativas", y ha recordado que "la cronicidad es más difícil de solventar que la propia psicosis".

Por su parte, el jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alberto Fernández Liria, lamentó que los pacientes con trastorno mental lleguen tarde a los dispositivos de **salud** mental, ya que supone que "el diagnóstico y la intervención psicosocial se retrasen", afirmó.

Durante el transcurso de la XII Jornada Anual, que ha contado con el apoyo de Fundación La Caixa, Banco Madrid y el Servicio Madrileño de Salud, se ha entregado el premio Manantial Innova, dotado de 6.000 euros, al proyecto El Taquito, una escuela de cortadores de jamón, destinada a la formación de personas con trastorno mental con dificultades de acceso al mercado laboral.

(EuropaPress)

La rehabilitación del cerebro joven puede mejorar el tratamiento de la esquizofrenia

<http://www.abc.es/salud/noticias/20120827/abci-rehabilitacion-cerebro-joven-puede-201309041816.html>

Día 03/12/2013 - 15.39h

El entrenamiento cognitivo temprano es una estrategia aprovechable para hacer frente a las deficiencias neuropsiquiátricas. El hallazgo, en ratas de laboratorio, resulta prometedor en enfermedades como la esquizofrenia.



Las personas con esquizofrenia tienen la incapacidad de distinguir la información relevante de la irrelevante

Una intervención temprana parece ser la clave que han encontrado investigadores de la Universidad de Nueva York (EE.UU.) para mejorar trastornos cerebrales como la esquizofrenia. A través del entrenamiento mental -por ejemplo, con ejercicios de la función ejecutiva que enseñan a los pacientes a centrar su atención selectiva y recordar información importante-, los científicos han intentado abordar estas enfermedades.

Aunque históricamente estos métodos, conocidos como **rehabilitación cognitiva**, han sido de valor limitado debido a que se han aplicado en pacientes con condiciones demasiado avanzadas, una intervención temprana puede ser un enfoque viable para el tratamiento. Según los autores, cuyo trabajo se publica en Neuron, el entrenamiento mental aprovecha el potencial de desarrollo del cerebro joven para compensar los circuitos neuronales anormales.

Entrenamiento del cerebro

«Si se detecta una anomalía en el cerebro lo suficientemente pronto, se puede **redirigir la trayectoria del desarrollo** y entrenar al cerebro joven a resolver los problemas que enfrenta el cerebro adulto», explica André Fenton, uno de los coautores del estudio.

El equipo llevó a cabo su trabajo en ratas de laboratorio en dos etapas diferentes de la vida: la adolescencia -a la edad de 35 días, el equivalente humano de 13 años de edad- y en adultos jóvenes de 60 días de edad, el equivalente humano de poco más de 20 años, cuando suele producirse el inicio de síntomas de esquizofrenia. A través de una serie de experimentos, los investigadores examinaron el comportamiento y la fisiología del cerebro de las ratas sanas y de las que sufrían esquizofrenia.

En el experimento inicial, las ratas tuvieron que aprender a dirigir correctamente un pequeño disco en forma de carrusel para no entrar en un área que les provocaría un choque eléctrico suave. En el carrusel giratorio, las ratas recibieron dos tipos de

señales espaciales, unas necesarias para evitar el área de la descarga, y otras irrelevantes.

Irrelevante

La prueba fue diseñada para imitar los retos de la función ejecutiva que enfrentan las personas con esquizofrenia: la incapacidad de distinguir la información relevante de la irrelevante. Primero se probó en las ratas de 60 días de edad. Mientras que las normales rápidamente aprendieron a diferenciar las señales y evitar la zona de choque, las afectadas tuvieron dificultades. Sin embargo, con suficiente entrenamiento y repetición, estas ratas adultas aprendieron también a evitar la descarga, pero fallaban de nuevo si se cambiaba la tarea a realizar.

El experimento simula lo que se observa a menudo en pacientes con esquizofrenia, donde la rehabilitación cognitiva puede mejorar la cognición, pero sus mejoras asociadas son limitadas. En el segundo experimento, con ratas adolescentes, los investigadores quisieron probar si el **entrenamiento cognitivo preferente temprano** puede ser beneficioso en la edad adulta y disminuir el deterioro cognitivo. «Nuestros hallazgos muestran que si el cerebro joven se concentra en adquirir un cierto tipo de experiencia, se puede **entrenar para resolver problemas que más tarde tendrá que afrontar en la vida adulta**», concluye Fenton, que subraya que esto debe hacerse cuando el cerebro es flexible para conseguir las competencias de un cerebro normal.

Es necesaria más inversión en las fases tempranas de la esquizofrenia

<http://psiquiatria.publicacionmedica.com/noticia/los-psiquiatras-piden-mas-inversion-en-las-fases-tempranas-de-la-esquizofrenia>

CON CADA EPISODIO EMPEORA EL PRONÓSTICO

Es necesaria más inversión en las fases tempranas de la esquizofrenia

Existen herramientas para mejorar la calidad de vida de los pacientes

Hiedra

García

Sampedro.

Madrid

Se necesitan más recursos para intervenir la esquizofrenia en sus fases tempranas, según señalan los psiquiatras. Durante la infancia existen signos que pueden alertar del inicio de la enfermedad por lo que es imprescindible realizar un seguimiento del paciente y un abordaje temprano para mejorar su pronóstico a largo plazo y su calidad de vida.



Ana Cabrera, Paz García-Portilla, Susana Gómez-Lus y Fernando Cañas.

En esquizofrenia existen dos retos, según ha contado, en una jornada organizada por la Alianza Otsuka-Lundbeck, Paz García-Portilla, profesora titular del área de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo e investigadora del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (Cibersam). Como señala esta psiquiatra, uno de esos retos es el diagnóstico precoz y otro es “lograr una adherencia a los tratamientos”.

“Los brotes psicóticos son neurotóxicos, cada vez que se dan supone una pérdida progresiva de la capacidad funcional” y dejar el tratamiento, aunque solo sean 10 diez días, duplica las posibilidades de experimentar un episodio, explica García-Portilla, quien señala que los primeros años de la enfermedad son “nucleares”, es cuando se puede prevenir, antes de que comiencen los brotes. La psiquiatra insiste en que hay herramientas para mejorar el pronóstico si se dedican los recursos necesarios en los primeros cinco o siete años del paciente.

El jefe de Psiquiatría del Hospital Dr. R. Lafora, Fernando Cañas, ha puntualizado que con cada recaída o brote, los tratamientos farmacológicos van perdiendo eficacia y se necesitan mayores dosis o la utilización de combinados. Esto supone una pérdida de la calidad de vida del paciente y una mayor carga económica para el sistema. “El gasto se incrementa, van a necesitar más recursos”, asegura Cañas. Por esta razón, es vital lograr una adherencia al tratamiento a través de una adecuada información al paciente, sus familias y la sociedad en general para eliminar el estigma asociado a la enfermedad y normalizar

Lunes, 20 de abril del 2015 - 22.09 h

<http://www.elperiodico.com/es/noticias/barcelona/profesor-muerto-varios-heridos-por-disparos-ballesta-instituto-barcelona-4115324>

Abel Martínez Oliva, un **profesor de 35 años**, ha muerto y varias personas han resultado **heridas por arma blanca** tras irrumpir esta mañana un menor en el instituto **Joan Fuster** de Barcelona armado con una **ballesta**, según han informado fuentes cercanas al caso. El chaval ha entrado con una mochila en la que llevaba también un **machete de montaña** y **vestido de camuflaje**. Es el primer caso de una muerte violenta de un alumno contra un profesor en España. Todo apunta a que el agresor ha padecido un **brote psicótico**. Fuentes policiales han descrito el estado del menor de "delirante" y que insiste en que oye voces que le impulsan a matar. Ha sido imposible hablar con él en unos primeros momentos y ha sido trasladado al Hospital de Sant Joan de Déu para realizarle un reconocimiento psiquiátrico.

Los hechos han sucedido sobre las 9.15 horas de la mañana, cuando el alumno, de 13 años y que cursa segundo de la ESO, ha llegado con retraso a su clase, en el **Instituto Joan Fuster de Barcelona**, ha llamado a la puerta y una profesora le ha abierto, momento en el que le ha agredido cerca de la cara con la ballesta, provocándole heridas de cerca del ojo.

Fuentes policiales confirman que la ballesta es un arma de tipo casi profesional, algo modificada, aunque no han podido confirmar el tipo de proyectil utilizado, que podrían ser lápices o bolígrafos. En la mochila llevaba una botella de cerveza transformada en cóctel molotov, que no ha lanzado porque los alumnos han salido a la carrera del aula.



Según **testigos presenciales**, el chico también ha atacado a una alumna de esa clase, **hija de la profesora**, cuando ha ido a defenderla. Le ha clavado un machete en la pierna.

Al oír los gritos, un **profesor** de una clase contigua ha salido, el chico se ha acercado y el joven le ha clavado un **machete** de grandes dimensiones a la altura del pecho, por lo que ha quedado malherido tendido en el suelo y, poco después, ha fallecido. El profesor, de Ciencias Sociales, estaba haciendo una **sustitución** y llevaba dos semanas impartiendo clases en el centro.

El agresor ha entrado después en la clase, ha mirado a todos los alumnos, con cara de "abducido", según una alumna, y cuando al parecer ha localizado al chico que parecía buscar se ha acercado a él y le ha atacado en la zona de la clavícula. A continuación ha salido de la clase, ha bajado las escaleras y se ha dirigido hasta el patio. El profesor de Educación Física lo ha encontrado solo.

También ha agredido a una profesora de Matemáticas con una herida leve en una oreja.

El agresor, en cuyo pupitre hay **simbología nazi**, llevaba una **lista con los nombres** de las personas que quería atacar -algunos chavales apuntan que eran 25 personas- y que eran tanto profesores como alumnos. Compañeros de clase aseguran que el adolescente quería **matar a todos los profesores**. Los estudiantes también han asegurado que el agresor ha tirado la ballesta, hecha con **madera y bolígrafos**, a una papelera, antes de salir corriendo.

Algunos chavales se lo han encontrado con un cóctel molotov. El agresor, que ha sido trasladado al **Hospital Sant Joan de Déu**, donde está siendo sometido a un reconocimiento psiquiátrico, ha asegurado que quería matar a todos los que le hacían "**la puñeta**".

Una alumna de la escuela, amiga de la hermana del agresor, que también estudia en el centro, ha calificado a este como un chaval "que hacía cosas raras". La misma fuente ha apuntado que el padre del menor es **coleccionista de armas**.

Los Mossos d'Esquadra, que ya han **retenido al agresor, un menor**. Por razones de edad, **es inimputable** y solo está identificado y custodiado en el interior del centro escolar.

Los alumnos del instituto de secundaria han **desalojado** el centro y se encuentran concentrados en la plaza de **Ferrán Reyes**, donde con sus móviles están comunicando la tragedia.

Algunos alumnos han roto a llorar y otros, con **crisis de ansiedad**, están siendo atendidos por el Servicio de Emergencias Médicas desplazados al lugar, que los acompañan al interior del instituto, situado en un pasaje junto a una escuela, para atenderles.

Los alumnos que han querido volver al aula a recoger sus cosas están siendo acompañados al interior del instituto para recuperar objetos personales que han abandonado cuando han huido corriendo al ver la agresión.

LOS HERIDOS, LEVES

Según han informado fuentes del Hospital de Sant Pau, los tres heridos son una profesora, con contusiones en la cara -que ha sido dada de alta sobre las 16.15 horas- , su hija, de 13 años y alumna también del centro, con heridas superficiales en una pierna, y otro alumno, un chico también de 13 años, herido en el tórax por arma blanca que se encuentra estable. Las mismas fuentes han detallado que los menores siguen hospitalizados en observación, aunque "fuera de peligro".

El Ayuntamiento de Barcelona ha activado el Centro de Urgencia de Emergencias Sociales de la ciudad para atender las necesidades de las familias de los alumnos que requieran algún tipo de ayuda.

INIMPUTABLE

Dada su situación de inimputable, la Fiscalía de Menores, que actúa en el caso de jóvenes de entre 14 y 18 años, deberá remitir el caso a la **Dirección General de Protección a la Infancia y la Adolescencia (DGAIA)**, para que intervenga sobre el estudiante adoptando las medidas de protección que considere oportunas.

Será la DGAIA la que se encargue de **evaluar** la situación personal y familiar del menor y determinar las medidas que sean más adecuadas para su evolución, han informado a Efe fuentes jurídicas.

Esas medidas podrían incluir su **internamiento en un centro psiquiátrico**, de demostrarse que su actuación criminal ha sido motivada por un **trastorno mental**, una decisión que podrían adoptar los propios padres del niño sin necesidad de que lo acuerde la administración.

En cualquier caso, de acuerdo con la ley, el menor no podrá ser **interrogado** dada su condición de inimputable, aunque el juez instructor podría acordar su exploración.

Si, tras practicar las diligencias oportunas, el juez determinara que no hay otras personas responsables de los hechos aparte del menor, tendría que archivar el caso por autor inimputable, han añadido las mismas fuentes.

Así entró en el instituto

F.G.M/Efe <http://www.gaceta.es/noticias/joven-profesora-ballesta-instituto-20042015-1020>

Lunes, 20. Abril 2015 - 10:20



Un profesor ha muerto y varias personas más han resultado heridas tras irrumpir un joven en un instituto de Barcelona armado con una ballesta, según fuentes cercanas al caso. El joven entró en el centro una hora después de lo previsto con el arma, un cuchillo y un cóctel molotov. Una vez dentro se dirigió a su clase y disparó la ballesta contra su profesora, quien le abrió la puerta, y contra la hija de ésta, que también es alumna del centro. El chico intentó volver a agredir a la profesora con un puñal cuando ya estaba tendida en el suelo.

Posteriormente, el profesor de Ciencias Sociales que se encontraba en la clase de al lado, un suplente que llevaba pocos días en el centro, salió para repeler el ataque pero el supuesto asesino le disparó en el pecho **causándole la muerte**. El joven se dirigió a otra clase para apuñalar a otro compañero y salió corriendo tirando la ballesta, hecha de madera y bolígrafos, en una papelera.

El resto de los alumnos permanecieron confinados en sus clases hasta que se produjo la detención. Varios compañeros han señalado que el joven había asegurado varias veces la pasada semana que **iba a matar a todos los profesores y que luego se iba a suicidar**.

Los mossos d'Esquadra están tomando fotografías, huellas y recogiendo datos en el instituto mientras que el menor continúa custodiado dentro del centro puesto.

Según las mismas fuentes, los hechos han ocurrido hacia las 09.20 horas de la mañana en un instituto situado en las **inmediaciones de la Avenida Meridiana de Barcelona, en el barrio de La Sagrera**. Los Mossos d'Esquadra, que ya han **detenido al menor por el suceso**, y el Sistema de Emergencia Médicas (SEM) han enviado varias dotaciones al centro escolar.

El profesor de gimnasia que redujo al menor de la ballesta: "Temí que se tirara por la ventana"

EcoDiario.es | 21/04/2015 - 11:27

<http://ecodiario.eleconomista.es/sociedad/noticias/6647072/04/15/El-profesor-de-gimnasia-que-redujo-al-menor-de-la-ballesta-Temi-que-se-tirara-por-la-ventana.html#.Kku8rcSLthNWDKo>



El acceso al instituto después del ataque del menor. *Imagen: EFE*

Enlaces relacionados

EN DIRECTO | Reacciones al ataque del menor. El profesor de gimnasia que redujo al menor del instituto de Barcelona que perpetró presuntamente los ataques de ayer lunes ha revelado en *Telecinco* cómo redujo al alumno: "Empezaban a bajar niños al patio. Hablaban demasiado. Cada vez bajaban más y sonó la alarma. Uno de los pequeños me dijo que había un loco en el instituto. Subí las escaleras, la gente estaba muy alterada".

Siguiendo el relato de la escena, el docente ha precisado: "Salía el jefe de estudios con los alumnos y detrás pasó el con el cuchillo en la mano. Cogí un palo en el gimnasio y volví a subir. Había sangre por todo el suelo y silencio absoluto, como es una película. También había un cuerpo en el suelo", que correspondería al del profesor fallecido.

Finalmente, **el profesor de gimnasia consiguió dialogar con el menor cuando preparaba el cóctel molotov**: "Era como un robot. Decía frases de forma mecánica. Dejé las armas, yo dejé el palo y me enseñó su mochila. Empezó a reaccionar. Comenzó a hablar y se derrumbó. Se le vino el mundo encima. Lo sentía por su familia". Se entiende que antes de esta conversación fue cuando el menor habría gritado: "Tengo que matar más, tengo que matar más".

ANEXOS TFG PROGRAMA ATENCIÓN PRECOZ EN PSICOSIS

Sin embargo, previamente a estas palabras, el profesor temió algún tipo de conducta suicida en el alumno: "Antes de llorar y abrazarme abrió la ventana y me asustó por si se hubiese querido tirar. Ahí le empecé a hacer preguntas y se tranquilizó".

Por último, el profesor ha asegurado que el alumno estaba "hundido": "Va a tener que pagar toda su vida lo que ha hecho. Nunca había manifestado un comportamiento violento. Al menos este año. Lo siento por su familia y por la familia del profesor fallecido".

Descartan que el agresor de la ballesta tuviera una lista de nombres

http://www.telecinco.es/informativos/sociedad/agresor_de_la_ballesta-instituto-Barcelona-companeros-profesor_fallecido-heridos_0_1974525125.html

Sus compañeros habían comentado que tenía una lista

Le definen como un chico sociable y normal

Su padre es profesor y su madre sanitaria, además tiene una hermana mayor

Era aficionado a la ropa militar y a las armas pero nada hacía presagiar sus intenciones

Ha matado a un profesor y herido a cuatro personas, dos alumnos y dos docentes

Los investigadores han descartado que el alumno que ha matado presuntamente este lunes a un profesor en Barcelona tuviera una lista de nombres, han informado fuentes cercanas al caso. Sus compañeros aseguraban a las puertas del colegio que les dijo que iba a matar a todos y que tenía una lista con 25 nombres de alumnos y profesores en su punto de mira, pero nadie le tomó en serio. En el colegio describen al joven de 13 años como sociable, jugador de hockey y con aficiones como las de cualquier chico de su edad aunque algunos han destacado su afición por la ropa militar y las armas.



Vídeo

20/04-15 | Informativos Telecinco

Los investigadores han descartado que el alumno de 13 años que ha matado presuntamente este lunes a un profesor en Barcelona y ha herido a varios profesores y alumnos tuviera una lista de nombres tal como habrían asegurado horas después del suceso varios compañeros. También aseguraban que llevaba tiempo planeándolo pero que se lo habían tomado como una broma.

Recordaban que en un campamento de verano dijo que entrando con las armas adecuadas en el momento adecuado podía matar a cualquiera. La lista de la que hablan los compañeros tenía 25 nombres y en ella se encontraban los profesores ya que aseguran que dijo que iba a matar a todos.

Un chico sociable y normal

Sus compañeros de clase le definen como un chico normal, con las aficiones de cualquier adolescente de su edad, aunque le gustaba la ropa militar y las armas.

Un menor con una familia también normal, su padre es profesor y su madre sanitaria y tiene además una hermana mayor. Una vida que hacía intuir que se convertiría en el protagonista de semejante suceso.

El suceso

El agresor, que también ha herido a varios alumnos, tiene 13 años y cursa segundo de ESO. Ha entrado en el centro con las clases iniciadas, ha llamado a una clase y ha agredido a una profesora. El profesor de la clase de al lado ha intentado mediar y ha fallecido. Otros dos estudiantes y dos docentes están heridos, todos leves.

El agresor ha sido retenido y no detenido porque es menor de 14 años. No podrá ser enviado a prisión y en función de la ley del menor seguirá bajo custodia de su familia o de los servicios sociales.

Esta web no se hace responsable de las opiniones y comentarios de los usuarios.

El número de comentarios enviados puede no coincidir con los publicados debido a la moderación.

El agresor podría pasar dos o tres años en un centro de menores para finalizar la ESO

<http://www.20minutos.es/noticia/2437838/0/agresor-instituto/centro-menores/eso-tratamiento/>



Los compañeros del presunto agresor del Instituto Joan Fuster de Barcelona, que ha matado a un profesor y ha herido a otras cuatro personas, salen todos juntos acompañados por policías y psicólogos, que les trasladan en un autobús. (Alberto Estévez / EFE)

El alumno de 13 años del instituto Joan Fuster de Barcelona que este lunes presuntamente mató a un profesor podría ingresar en un centro de menores **durante dos o tres años para acabar la ESO** pues si bien no puede regresar a su instituto, debe recuperar la normalidad, según ha señalado la consellera de Enseñanza de la Generalitat, Irene Rigau.

El menor debe poder volver a una situación de normalidad progresiva. En declaraciones a Catalunya Ràdio recogidas por Europa Press, la consellera ha dicho que el menor **no puede volver al mismo instituto**, pero ha defendido que éste "debe poder volver a una situación de normalidad progresiva". En un centro especializado, dependiente de la Conselleria de Bienestar Social, podrá "**ver ejemplos de superación** ante estas situaciones", ha subrayado.

"Parece que el Hospital Sant Joan de Déu confirma que sufrió un brote psicótico", ha dicho Rigau, que ha indicado que el menor no veía a los agredidos y **actuó imbuido por un arrebató inexplicable**. En este sentido, ha destacado la importancia de la salud mental y ha calificado de "imprescindible" aumentar la relación entre pediatras, escuelas y familias.

Rigau ha señalado que el adolescente **había registrado una bajada del rendimiento académico** que le llevó a un seguimiento especial por parte de familia y profesores. Pero ha asegurado que no se había registrado ningún problema previo. En esta línea, ha negado que la violencia en las aulas sea habitual y ha asegurado que las escuelas catalanas son seguras y cuentan con **un bajo nivel de conflictividad**. De hecho, ha asegurado que el profesor asesinado había manifestado dos días después de entrar en el centro —hacía una semana— que estaba muy contento con el clima y el orden del mismo.

Primera noche en Sant Joan de Déu

El menor ha pasado la noche en la unidad de salud mental del Hospital Infantil de Sant Joan de Déu de Esplugues de Llobregat (Barcelona). Desde el centro no se ha querido decir **nada sobre cómo ha pasado el niño esta primera noche**, ni sobre cuándo será sometido a un reconocimiento psiquiátrico para establecer qué pudo pasar para que irrumpiera armado en el centro educativo y matara a un profesor y causara heridas a otras cuatro personas.

El instituto, la Generalitat y el hospital guardan silencio para preservar al menor. En torno al caso **hay un hermetismo institucional total porque el alumno**, que fue reducido por el profesor de Educación Física después del ataque, es un menor de 13 años y se está protegiendo al máximo su privacidad, como es preceptivo en estos casos. Sin embargo, la consellera de Enseñanza explicó que en el expediente del niño "no constaba" ningún problema mental, aunque "las primeras indicaciones permiten decir que se podría tratar de un brote psicótico".

Por su parte, fuentes de la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia de la Generalitat (DGAIA) han asegurado que no se dará ninguna información, más allá de la comunicada el lunes por su directora general, Mercè Santmartí, quien se limitó a explicar **el protocolo al que se someten a los menores de 14 años** que, por ley, "son inimputables", por lo que no pueden ser detenidos ni juzgados.

El protocolo consiste en hacer **un seguimiento al menor con el trabajo de profesionales educativos y psicólogos** que puede durar "tanto tres sesiones como diez", y siempre con una segunda valoración antes de dar por acabado el tratamiento. Respecto a si la DGAIA quitará la custodia a los padres, se ha recordado que si las capacidades parentales de la familia son correctas, **no se quita la custodia a los padres**, y que sólo se hace si se detecta que hay un riesgo en el seno de la familia. Consulta aquí más noticias de Barcelona.

"Todos los chavales van a sufrir"

Los menores del instituto afrontan ahora un periodo "de meses" para integrar la tragedia

http://politica.elpais.com/politica/2015/04/20/actualidad/1429531809_775744.htm
↓

La vida de decenas de menores del instituto barcelonés Joan Fuster estará marcada ya, en menor o mayor medida, para siempre. El recuerdo del ataque de un chico de 13 años con una ballesta y un puñal, que ha causado la muerte de un profesor y ha dejado heridas a otras cuatro personas —entre ellos, dos alumnos—, condicionará su día a día en los próximos meses. Romperá su cotidianeidad. "Porque una situación así no se olvida. Por eso, no se puede plantear como objetivo terapéutico que los chavales se olviden de ello. Hay que trabajar para que lo integren", resalta Silvia

Álava, psicóloga especializada en el tratamiento de adolescentes, que explica en qué dirección se debe trabajar ahora con estos jóvenes: "Hay que reunirlos para que hablen del tema, para que planteen sus dudas, para que cuenten sus miedos".

En esa tesis incide Javier Urra, psicólogo forense y exdefensor del Menor en la Comunidad de Madrid: "Se les debe reunir en grupo para que expresen lo que sienten. Para dejarles hablar. De todo: también de qué creen ellos que ha causado el ataque. Si el odio, el entorno familiar...". En ese círculo de confianza, según los expertos, las reacciones de los jóvenes serán muy distintas. "Habrá quien comente mucho, quien lllore mucho... Porque este incidente ha sido un *shock*. Aquí no caben medias tintas. Es un caso traumático por lo inesperado y por la gravedad. Van a sufrir todos. Y puede haber chicos que generalicen el miedo", remacha Urra, que recalca cómo el equipo de psicólogos deberá estar atento a si alguno de los chicos banaliza lo ocurrido.

Los especialistas tendrán que observarlos de cerca. "A los chicos que puedan ser más vulnerables y que lo estén pasando peor a nivel emocional. Pero, también, a aquellos a los que esta acción pueda parecerles algo loable", recalca Álava. "Dada la edad, hay que incidir en hacerles conscientes de la gravedad del hecho, para que nunca lo vean como algo a imitar", remacha la psicóloga. En ese sentido, el sindicato de profesores ANPE pide prudencia para que el suceso de Barcelona, un "caso absolutamente novedoso y aislado", no se sobredimensione socialmente. "No debe servir para que salten las alarmas, aunque sí para reflexionar y continuar trabajando con más determinación en la prevención y detección de la violencia en los centros escolares", apunta el colectivo.

Las variables personales de cada menor influirán mucho en el proceso para interiorizar lo ocurrido, que puede durar varios meses. "Habrá chicos que se sientan culpables porque, en algún momento escucharon al agresor decir algo que en estos momentos relacionan con el ataque, y ahora piensan que no hicieron nada", continúa Álava, que enumera los síntomas que pueden presentar los menores afectados: "Ansiedad, pesadillas o que se echen a llorar en situaciones cotidianas". Prosigue Urra: "O Falta de apetito. O cambios de conducta"

El papel de los padres, profesores y psicólogos será clave en los próximos días. "Y también el de los propios chavales, que van a interactuar entre ellos. Algunos, además, querrán volcarse en ayudar a sus compañeros y habrá que decirles que, para poder hacerlo, primero tienen que estar bien ellos", sentencia Álava. "Ahora, están en la fase del impacto, de la incomprensión. En los próximos días habrá que reunirlos para que hablen. Y, después habrá que volver, progresivamente, a la normalidad. Aunque nunca habrá normalidad del todo", sentencia Urra.

¿Brote psicótico en un niño de trece años?

Que la actuación homicida fuera tan teatral y planificada hace pensar en causas distintas a una esquizofrenia

Alberto soler montagud 21.04.2015 | 13:37

<http://www.diarioinformacion.com/sociedad/2015/04/21/brote-psicotico-nino-trece-anos/1623358.html>

Desde tiempos inmemoriales, la enfermedad mental ha sido menospreciada, confinada al terreno de lo absurdo y de lo irracional e investida de un valor negativo que, aun en la actualidad y en nuestra cultura, estigmatiza a quienes sufren trastornos psíquicos como si estas patologías fueran motivo de vergüenza y debieran mantenerse ocultas por miedo a la burla y al rechazo social. Para empeorar esta discriminatoria injusticia, persiste la creencia de que los enfermos mentales son peligrosos cuando la mayoría de ellos son muchas más veces víctimas de agresiones que agresores porque su patología les convierte en objetos de burla que propicia su maltrato.

Empeora esta situación la ligereza con que los noticiarios sensacionalistas tratan a la enfermedad mental, considerándola como responsable de actuaciones violentas, un tópico debido a la escasa información que la sociedad recibe acerca de las enfermedades mentales y al hecho de que casi toda le llegue a través de los medios de comunicación.

Asesinato de un profesor de instituto por un alumno
Viene esto a colación de **tragedia aérea acaecida el 28 del pasado marzo en los Alpes** en la que perdieron la vida 150 personas y la irresponsabilidad con que los medios de comunicación insinuaron que el siniestro pudo ser consecuencia de la **depresión que presuntamente padecía el copiloto** de la nave, Andreas Rubita, irresponsabilidad que de nuevo se ha puesto de manifiesto al atribuir a un brote psicótico la actuación, ayer en un instituto de un **niño homicida, alumno de segundo de ESO, en un instituto de Barcelona.**

De entrada, puntualizaré que las probabilidades de sufrir un **brote psicótico** en un niño de esta edad son mínimas, ya que las psicosis suelen manifestarse alrededor de los 18 años. En contra de una psicosis apunta la presumible ausencia de alucinaciones y delirios en los días previos, síntomas que habrían alertado al entorno del muchacho y que, al parecer no se produjeron.

También descartaría un brote psicótico el hecho de que la **actuación homicida fuera tan teatral y planificada**, prolegómenos que hacen pensar en otras causas distintas a una psicosis o esquizofrenia, etiqueta que ya se le ha adjudicado al asesino con demasiada facilidad cuando diagnosticar es un arte científico que requiere preparación por parte de quien emite el juicio diagnóstico y conocimiento del caso (entrevista con el individuo, datos de su entorno, conocimiento de sus antecedentes

patológicos...). Es por ello que seré cauto y silenciaré mi presunción diagnóstica (que la tengo) hasta que no disponga de la información suficiente para hacerlo.

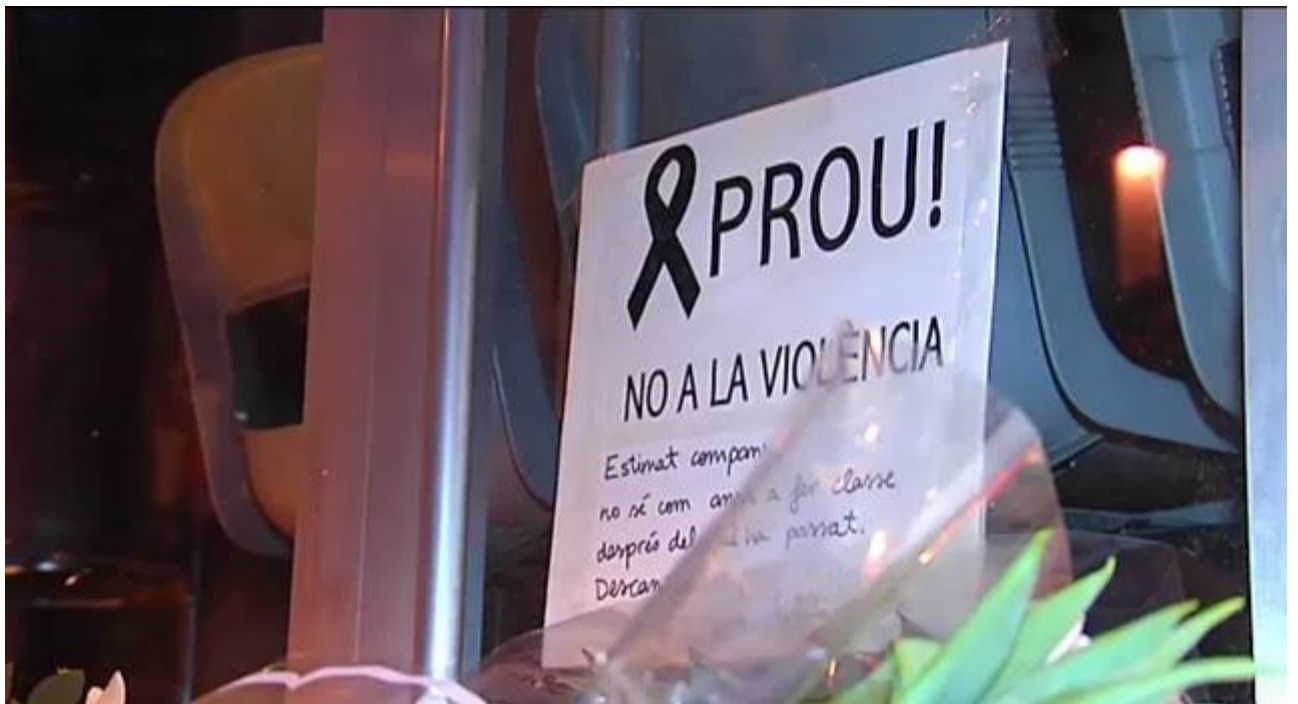
El estigma que afecta a las enfermedades mentales

Un estigma es una especie de etiqueta que se le pone a una persona y de la que resulta muy difícil desprenderse hasta el extremo de ser identificado por lo que se le etiqueta y no por lo que se es. Esto sucede por la tendencia de la sociedad a ser muy cruel a la hora de remarcar ciertas diferencias que dificulten que una persona pueda ser aceptada. Un ejemplo claro lo encontramos en las enfermedades mentales, víctimas de un estigma cuyo origen se remonta a estereotipos y mitos injustos transmitidos a través de siglos de incompreensión. Así, quien sufre una esquizofrenia tiende a ser siempre considerado como un esquizofrénico, cuando nunca a quien padece un cáncer o una hipertensión se le conoce como "el canceroso" o "el hipertenso" en cualquier ámbito y contexto.

Esto da lugar a una discriminación que condiciona que el propio individuo afectado se autoestigmatice y asuma los prejuicios que los demás depositan en él, lo que hará que su integración social se resienta y su posibilidad de llevar una vida normalizada disminuya, pasando del autoestigma a la autodiscriminación y con ello, a una elevación de las probabilidades de un fracaso en el tratamiento de su enfermedad.

Alberto Soler Montagud es médico y escritor

El crimen de Barcelona abre un debate inédito en las aulas de España



ATLAS

ANEXOS TFG PROGRAMA ATENCIÓN PRECOZ EN PSICOSIS

La muerte del profesor presuntamente apuñalado por un alumno de 13 años en el instituto Joan Fuster de Barcelona supone un hecho "absolutamente excepcional" que abre un debate hasta ahora inédito en las aulas españolas. Los expertos consultados no reclaman policías apostados en las puertas de los institutos para controlar los accesos. Piden más información para las familias y que se procuren más especialistas que puedan detectar problemas psicológicos en los alumnos.

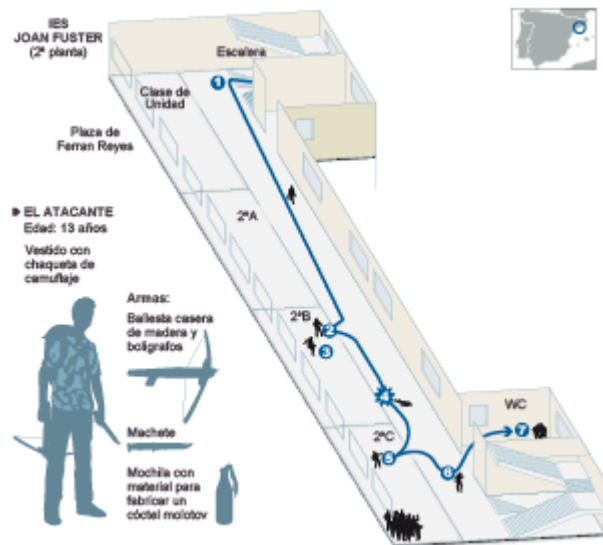
La consejera catalana de Educación, Irene Rigau, ha dicho públicamente que el alumno sufrió un "brote psicótico" y añadió que en su expediente "no constaba" ningún problema mental. ¿Es posible que nadie detectara nada raro en el centro?

"La pregunta es quién hablaba con ese niño", se cuestiona la catedrática de Psicología Rosario Ortega Ruiz. Esta experta en violencia escolar considera que las aulas "no cuentan con toda la atención de los poderes públicos" para su funcionamiento. "Este crimen es un hecho aislado que no nos debe llevar a replantearnos que tenemos el yihadismo escolar al lado de las puertas, pero sí que hace falta más educación, más atención al desarrollo psicológico de los niños, mayor presencia de psicólogos, orientadores y otros perfiles muy bien preparados que ayuden a los maestros".

"Hay mucho videojuego en el que los chavales están matando constantemente y mucha violencia en las familias", añade María Alberti, pedagoga práctica experta en niños con problemas emocionales. "La escuela puede hacer poco en este tema más allá de facilitar mucha información y atención a los padres y a sus hijos, más formación humana que ayude a los chicos a preguntarse cuestiones como '¿qué pasa con nosotros?', '¿a qué tenemos miedo?'".

"Quizá lo que se necesitan son más recursos para prever si hay chavales inadaptados, pero se debería estudiar con un debate sosegado", reclama Francisco García, responsable de Educación de CC OO. El sindicato USTEC, mayoritario en Cataluña, comparte que "la mejor solución es más educación", lo que implica destinar más recursos para el acompañamiento escolar, en muchos casos retirados tras los recortes educativos. El sindicato catalán de profesores de secundaria ASPEPC-SPS va más allá y cree que el crimen de ayer es "la expresión más trágica de una dinámica que ha estado yendo a más. La inmensa mayoría de agresiones a profesores, verbales o físicas, acostumbran a quedarse en la absoluta impunidad o con una pequeña sanción".

ANEXOS TFG PROGRAMA ATENCIÓN PRECOZ EN PSICOSIS



En el último año se han presentado tres agresiones a maestros en Cataluña, pero por parte de padres de familia. Hace dos semanas, una madre pegó a la profesora de su hija a la salida de un colegio en Badalona (Barcelona). No existen datos oficiales del Ministerio de Educación que midan la evolución de la violencia en las aulas españolas. Otro sindicato docente, ANPE, elabora cada año una estadística con las llamadas que reciben en la denominada oficina del defensor del profesor. El 7% de las 3.345 llamadas que gestionaron el curso pasado hacían referencia a casos de agresiones de alumnos a docentes y el 1% de padres.

“Nos llegan casos de amenazas y de invasión de espacio del profesor, de enfrentamientos con los padres y de falsas acusaciones e injurias”, señala Inmaculada Rosales (ANPE). Distintos sindicatos docentes reclaman desde 2009 una protección de la figura del profesor. Los docentes acaban de ser reconocidos como autoridad pública en el nuevo Código Penal. Agredirles puede conllevar hasta cuatro años de cárcel.

Educación, en colaboración con el Ministerio del Interior, impulsó también la figura del agente tutor para vigilar la seguridad en las aulas en 2000. Es un policía que está en contacto con todos los componentes de la comunidad educativa. Los asuntos que acaparan gran parte de sus visitas son amenazas, agresiones, peleas, problemas de conducta y drogas. Vigilan a alumnos agresivos y median en la relación entre padres y profesores si esta se tuerce.

http://politica.elpais.com/politica/2015/04/20/actualidad/1429558443_833625.htm
↓

La comunidad educativa señala carencias en la detección de conductas de riesgo

¿Cómo funciona la prevención de trastornos de salud mental graves y cuáles son sus lagunas? Los profesionales coinciden en que más tiempo para la observación de los niños debería ser el camino hacia el que avanzar.

Este es un artículo publicado en El Diari de l'Educació http://www.eldiario.es/catalunya/educacion/comunidad-educativa-carencias-deteccion-conductas_0_379713171.html

Pau Rodríguez - Barcelona

22/04/2015 - 06:00h



La pregunta, dos días después del asesinato de un profesor a manos de un alumno, sigue planeando sobre el sistema educativo y el de salud: ¿se podría haber evitado? Las respuestas son tan complejas como las variables que conducen a un chico de 13 años a presentarse en el instituto con una ballesta. Muchos expertos alertan que sería osado asegurar que la agresión se habría podido prever, por mucho que se hubiera dispuesto de más recursos o tiempo de observación. Pero esto no impide que el foco se sitúe ahora sobre los mecanismos de detección de conductas de riesgo en niños y jóvenes, una serie de programas y protocolos con un impacto discutido dentro del sector, que a menudo deja la identificación de estos casos a merced de la capacidad de observación de los profesores del instituto.

¿Quién es el encargado de detectar posibles síntomas de enfermedades mentales? No hay uno solo, por suerte, y depende del grado y tiempo de relación con el joven. En este sentido, es evidente que la familia es la mejor posicionada para identificar comportamientos extraños: esto es, según los protocolos de la Generalitat, conductas de aislamiento, descensos académicos bruscos o ideas estrambóticas. "Pero a veces las familias niegan la realidad, o huyen hacia adelante negando los problemas del hijo", apunta la psicóloga Olga Piazuolo. Aquí es donde entran otros agentes, como el pediatra, los servicios sociales o, sobre todo, la escuela, que es el otro gran ámbito de desarrollo de los niños y niñas.

Algunos programas de la Administración reúnen estos agentes en torno al sistema escolar, pero a menudo su actuación es muy genérica. Es el caso del programa 'Salud y escuela', en el que colaboran los departamentos de Enseñanza y Salud, entre otros, pero su planteamiento es tan genérico que se centra poco en la salud mental. "La enfermera que viene a los centros dentro de este programa se centra sobre todo en cuestiones de salud alimentaria, por posibles casos de anorexia, o en cuestiones de sexualidad", apunta Iolanda Arboleas, psicopedagoga y directora del instituto de Sils. "A nivel de prevención en los centros educativos no se hace demasiada cosa, hay un agujero", valora la psicoanalista Ángeles Vives.

"Esto hace que los profesores estén muy solos a la hora de valorar la situación de los jóvenes, porque ya tienen suficiente trabajo organizando clases", apunta Piazuolo, que considera que los centros deberían contar con más profesionales de la psicología. Arboleas, en cambio, se muestra convencida de que los institutos sí tienen las herramientas para detectar conductas susceptibles de ocultar un trastorno mental grave, y que "casi siempre se hace con éxito". Arboleas señala la labor tutorial como un espacio clave para observar, o la del propio psicopedagogo del centro, que en caso de reconocer ciertos patrones se pone en contacto con el EAP -el equipo de asesoramiento psicopedagógico, que rota por varios centros-, el cual puede acabar derivando los jóvenes a los centros de salud mental de la zona.

Esta cadena, sin embargo, no siempre funciona con celeridad, debido a la falta de recursos. "Siempre ha habido escasez, pero tras los recortes es más evidente", precisa Piazuolo. Los EAP habían llegado a visitar los centros casi una vez por semana, y ahora a menudo lo hacen menos de una vez cada dos semanas, con el agravante de que la crisis ha generado más problemas entre los alumnos. El psicólogo y educador Jaume Funes apunta además estos equipos suelen estar "más centrados en la orientación de los jóvenes que en la prevención de conductas de riesgo". En general, los expertos consultados sostienen que el nivel de estrés al que se ha sometido el sistema educativo en los últimos cursos no favorece una atmósfera que permita una observación cuidadosa de los problemas y emociones de niños y niñas.

Un programa específico para psicosis truncado por falta de fondos

En 2005 se puso en marcha en Barcelona un equipo sin precedentes en materia de salud mental: el equipo de Atención Precoz del Paciente en Riesgo de Psicosis, liderado por el doctor Jorge Tizón, que se dedicaba específicamente a la prevención y atención precoz de casos de psicosis. El objetivo de su tarea fue actuar con más intensidad sobre todas las patas que intervienen en la salud mental y conectarlas mejor: las familias -a través de servicios sociales-, los centros de Secundaria -a través de talleres en los institutos-, y los centros médicos -a través del trabajo con pediatras-. Según los datos recogidos por el propio equipo, con los años la hospitalización por estos casos se redujo en un 20%.

Pero en 2011 se eliminó el programa. A sus profesionales -incorporaba psiquiatras, trabajadores sociales, oncólogos y enfermeros de salud mental- les dieron como justificación, por un lado, que Tizón se jubilaba, y por otro, que ya no lo había recursos para mantenerlo. Su ámbito de actuación eran los barrios barceloneses de Camp del Arpa, los Encants y La Sagrera. De hecho, uno de los centros al que habían ido a impartir talleres sobre prevención había sido el mismo Joan Fuster.

"Uno de los ámbitos de nuestra actuación era Secundaria, porque la población de riesgo en trastornos mentales graves y psicosis se sitúa entre los 12 y 25 años", detalla Jordi Artigue, psicólogo clínico miembro de aquel equipo. "En los institutos ofrecíamos talleres de sensibilización: hablábamos con los alumnos sobre los trastornos y les pasábamos un cuestionario sobre la propia percepción del adolescente en este sentido", relata. Después estaban una hora más en el centro hablando "abiertamente" de salud mental.

A partir de la experiencia de ese equipo, Salud impulsó una docena de otros servicios similares, pero a través de conciertos, como pueden ser las unidades de intervención precoz de psicosis de entidades como el Instituto Pere Mata, en la zona de Tarragona, o el Instituto de Asistencia Sanitaria, en Girona. Estos programas se mantienen, pero Artigue expone que su equipo dedicaba buena parte de la actividad en la prevención con los adolescentes, mientras que el resto suele prestar más atención a los adultos.

Sea como sea, la variedad de agentes que intervienen en el ámbito de la salud mental, y el papel diverso de las diferentes capas administrativas -hay servicios municipales que se implican más o menos- hace difícil establecer un diagnóstico sobre el estado del servicio. Eso sí, los profesionales coinciden en que más tiempo para la observación de los niños debería ser el camino hacia el que avanzar.

Brote psicótico

<http://www.diariodesevilla.es/article/opinion/2014553/brote/psicotico.html>

Eduardo / Jordá | Actualizado 25.04.2015 - 01:00 TODO el mundo se ha apresurado a diagnosticarle un "brote psicótico" al alumno de trece años que mató con un machete a un profesor en un instituto de Barcelona e hirió a otros cuatro profesores y alumnos más. El chaval tenía en su casa un croquis del instituto, llevaba varias armas encima y tenía una lista de profesores y alumnos que quería matar, pero todo eso da igual porque había sufrido un brote psicótico que le privaba por completo del control de sus actos. O sea que el pobrecito no había planificado fríamente lo que iba a hacer ni tenía intenciones de hacer daño a nadie, no, qué va, sino que tan sólo sufría un incontrolable "brote psicótico", así que unas voces misteriosas llegadas del Más Allá le impulsaron a hacer lo que hizo. Y por si eso fuera poco, el alumno ni

siquiera podría haber sido considerado responsable de nada -suponiendo que lo hubiera hecho con pleno control de sus actos-, porque a los trece años, según nuestras leyes, un adolescente tiene que saberse las ecuaciones de segundo grado, los límites del Imperio Bizantino y las diferencias entre los metales ferrosos y no ferrosos, pero no es capaz de entender las consecuencias físicas y morales de clavarle un machete en el pecho a un ser humano. Portentoso.

Cuando no queremos entender algo, o no sabemos cómo interpretarlo, o nos da miedo averiguar lo que se esconde detrás, preferimos inventarnos esa excusa maravillosa -puro pensamiento mágico- del "brote psicótico". Y eso es lo que hemos hecho con el niño de Barcelona, sin reflexionar sobre lo que había hecho y sin analizar si ese niño presentaba los síntomas evidentes de una esquizofrenia o de un trastorno delirante. Y se mire como se mire, parece que no. Primero, porque los expertos saben que es muy raro que un niño de esa edad sufra un brote así. Y segundo, porque la víctima de un brote psicótico no puede actuar con tanta premeditación ni tanta frialdad.

Pero eso, claro, molesta mucho a los políticos y a los responsables educativos, porque aceptar cualquier otra motivación en la conducta de ese niño -que actuara, por ejemplo, por culpa de una personalidad psicopática en vez de un brote psicótico- pondría en cuestión todos los principios sobre los que se asientan nuestros sistemas legal y educativo. Y por eso todos los políticos y educadores han preferido decir que todo fue una desgracia de la que nadie -ni el propio niño, ni sus padres, ni nadie de su entorno- son responsable en absoluto. Un brote psicótico. Una fatalidad

No se puede hablar de brote psicótico sin analizar el entorno del niño – España – Noticias, última hora, vídeos y fotos de España en lainformacion.com



Encuentran en casa del menor agresor un croquis del IES Joan Fuster y otra ballesta

"**Un brote psicótico** es cuando comienza a debutar una esquizofrenia, pero hay varios antecedentes, por eso, si no los conocemos, **no podemos decir con seguridad que lo sea**. Me inclino a pensar que lo fuera, porque oía voces y tenía alucinaciones, lo que sí que es extraño es que le haya pasado tan joven, porque tiene 13 años y suelen empezar con 16 o 18", explica a este medio la psiquiatra María Dolores Rubio.

"**Puede que haya tenido incluso dificultades en el aprendizaje**", explica Rubio. Los expertos consultados por este medio explican que el niño que mató a uno de sus profesores con una ballesta en Barcelona puede tener esta o cualquier otra patología, que aún es pronto para dar un diagnóstico, porque faltan datos por saber de las relaciones con sus padres o de los antecedentes.

"El hecho de que haya escrito con anterioridad que quería matarlos a todos no significa que haya exactamente premeditación, **es muy arriesgado hipotetizar en estos casos**", explica el psicólogo José Antonio Luengo.

Ambos expertos sostienen que cuesta mucho poner la etiqueta de psicótico, como apunta Rubio, "**podría ser un trastorno de personalidad**". "Parece que puede ser un brote psicótico, pero insisto, solo parece", reitera Luengo. Y añade que lo que sí es cierto es que "hay un comportamiento desproporcionado y desencajante, un hecho tremendamente aislado e impredecible".

El suceso ocurrió el lunes las 9 de la mañana, en el instituto Joan Fuster, situado en el barrio de **La Sagrera de Barcelona**. El menor, estudiante de segundo de la ESO, disparó primero a una profesora, a la hija de esta y después mató con una ballesta

ANEXOS TFG PROGRAMA ATENCIÓN PRECOZ EN PSICOSIS

a un profesor que acudió al lugar al oír el altercado. Otras dos personas fueron heridas con un cuchillo.

Al ser menor de 14 años es inimputable, por lo que el caso de acoger a la reciente normativa que se actualizó en el año 2.000.

En opinión de los expertos, el caso acabará por adecuarse a un **proceso de protección de la infancia** establecido por la **Generalitat**.

Alcalá de Henares contará con la primera unidad para la atención temprana de pacientes con psicosis

<http://www.europapress.es/madrid/noticia-alcala-henares-contara-primera-unidad-atencion-temprana-pacientes-psicosis-20150225145953.html>



Foto: JUAN MIGUEL FERNÁNDEZ OLCINA

Publicado 25/02/2015 14:59:53 CET

MADRID, 25 Feb. (EUROPA PRESS) -

La Comunidad de Madrid ha impulsado la creación y puesta en marcha en Alcalá de Henares de la primera Unidad en España para la atención temprana de jóvenes que han sufrido un brote psicótico, ha informado el Ejecutivo autonómico en un comunicado.

Se trata de un servicio que desarrolla la Fundación Manantial con el apoyo de la Consejería de Sanidad para ofrecer a jóvenes de entre 16 y 25 años que hayan sufrido un primer episodio psicótico una atención intensiva, integral y ambulatoria, dentro de un modelo de trabajo comunitario, y de forma complementaria a la asistencia que prestan los recursos de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

ANEXOS TFG PROGRAMA ATENCIÓN PRECOZ EN PSICOSIS

Para ello, la Consejería de Sanidad aporta las instalaciones del Centro de Salud 'La Garena', en Alcalá de Henares, que ha visitado este miércoles el consejero de Sanidad, Javier Maldonado, y la Fundación Manantial, un equipo de nueve profesionales, entre los que se integran médicos psiquiatras, psicólogos y terapeutas ocupacionales, entre otros.

La puesta en marcha de esta iniciativa se basa en las experiencias previas en otros países, en las que se ha probado que un soporte temprano, integral y continuado a jóvenes en su primer brote psicótico puede mejorar significativamente su pronóstico y evolución posterior.

La Unidad de Atención Temprana cuenta con 30 plazas, y actualmente atiende a 21 usuarios y a sus familias. Los brotes psicóticos que han padecido tienen diferentes orígenes. Así, algunos brotes se relacionan con una patología psiquiátrica previa, como la esquizofrenia, en otros con el consumo de drogas, y en otros el origen último no está especificado.

El perfil de los pacientes también es variado: son de ambos sexos, aunque la mayoría son varones, y también hay menores de edad.

La atención que ofrece la Unidad de Atención Temprana incluye intervenciones individuales, actividades de familia, actividades de grupo.

Así, las intervenciones individuales incluyen la psicoterapia individual con el facultativo de referencia, y las entrevistas semanales de seguimiento con los profesionales de referencia.

El trabajo integrado con la familia es uno de los ejes del abordaje de esta Unidad, por ello desarrolla terapias familia por familia y terapias multifamiliares, con frecuencia semanal.

Finalmente, las actividades de grupo están integradas por una asamblea semanal, reunión que congrega a todos los profesionales y pacientes; psicoterapia de grupo, actividades externas como voluntariado con animales, deportes y excursiones. Asimismo, en este ámbito se desarrollan talleres de salud, actividades de creatividad manual y musical, entre otros.

UNA "REVOLUCIÓN HISTÓRICA"

En el acto, el presidente de Fundación Manantial, Francisco Sardina, ha afirmado que se trata de un proyecto "a la vanguardia en la investigación" que lleva gestándose desde hace 8 años y que ahora "pese a que no corren buenos tiempos económicos" se ha hecho realidad.

"Si la UAT tiene éxito estamos ante una revolución histórica en la prevención y atención temprana de la psicosis", ha señalado para indicar que la UAT está "a la vanguardia mundial" ya que "tan solo países como Reino Unido y Australia tienen unidades parecidas".

"El objetivo es cambiar la evolución de la enfermedad para prevenir el deterioro y la cronicidad, y facilitar la recuperación desde la aparición de los primeros síntomas", ha indicado Sardina.

Según ha informado la Fundación en un comunicado, la psicóloga clínica Silvia Parrabera, directora de la UAT de Fundación Manantial, ha señalado que "los estudios demuestran que el inicio de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se desarrolla entre los 16 y 30 años, justo en la transición a la vida adulta, cuando el impacto en la vida psicológica, social, afectiva y laboral de la persona es mayor".

Por ello, ha apuntado que la unidad quiere "alcanzar la mayor recuperación posible y desviar el curso de la cronicidad que suele instalarse en los pacientes que no reciben un tratamiento adecuado".

UN 40% MÁS DE CAMAS DE PSIQUIATRÍA DESDE 2002

Actualmente, la red de la Comunidad de Madrid cuenta con 1.839 camas en diferentes modalidades de hospitalización psiquiátrica, frente a las 1.319 que había en 2002, año en el que se produjeron la transferencia de la competencia en Sanidad a la Comunidad Autónoma. Es decir, su cifra ha crecido en un 40 por ciento en este periodo.

Asimismo, en el ámbito de la investigación, en los últimos cuatro años la red de Salud Mental de la Comunidad ha contado con la labor de 12 grupos de investigación en Psiquiatría, con 48 investigadores.

Intervención Familiar en una Psicosis Temprana

<http://esquizofreniayterapiafamiliar.blogspot.com.es/2012/12/intervencion-familiar-en-una-psicosis.html>

Recientemente apareció en prensa esta [noticia](#): La rehabilitación del cerebro joven puede mejorar el tratamiento de la esquizofrenia. La Universidad de Nueva York ha realizado una investigación en la que han demostrado que "si se detecta una anomalía en el cerebro lo suficientemente pronto, se puede redirigir la trayectoria del desarrollo y entrenar al cerebro joven a resolver los problemas que enfrenta el cerebro adulto" (André Fenton). Esta noticia nos lleva a lo que está intentando la psiquiatría actual, evitar que un brote psicótico se cronifique y se convierta en un **Trastorno Esquizofrénico**.

Utilizamos el término **psicosis** para hablar de enfermedades capaces de producir

síntomas psicóticos, es decir aquellos síntomas que desconecta a quien los sufre con la realidad. En algún momento del periodo psicótico se puede sufrir alguno de los siguientes:

1. **Deterioro cognitivo:** desorientación, falta de atención, pérdida de memoria.
2. **Ideas delirantes:** ideas falsas que la persona cree firmemente que son la realidad, es su verdad. Preocupan y hacen sufrir a la persona y a su entorno. Por ejemplo, hablamos de delirio de persecución cuando la persona cree que “todo el mundo” le persigue, le vigila o le controla.
3. **Trastornos de la consciencia del yo:** La persona cree firmemente que no puede controlar sus pensamientos, actos y voluntad. Son otras personas o entes quien lo hace.
4. **Alucinaciones:** La persona percibe, a través de sus sentidos, percepciones falsas que no existen, sin estímulo y que le hacen perder el sentido de la realidad. Por ejemplo, las alucinaciones auditivas, es decir, “las voces”. La persona oye una voz que nadie más oye que puede tener relación con las ideas delirantes.
5. **Confusión del pensamiento**
6. **Cambios en la conducta y en las emociones**

La psicosis más característica es la esquizofrenia, una enfermedad grave con muchos costes sociales, económicos y personales para quien la sufre, su familia y su entorno. Todo aquello que se haga por su prevención estará bien invertido. Sabemos que cuanto antes comienza un tratamiento en un trastorno psicótico, mejor evolución y pronóstico tiene. La **intervención precoz** puede contribuir a evitar el deterioro biológico, social y psicológico. También sabemos que tras un primer episodio psicótico hay cinco años donde la persona es más vulnerable, cinco años donde la persona afectada debe extremar el cuidado y apoyarse lo más posible en su entorno.

Por ello, están apareciendo programas de prevención en la psicosis y de atención precoz, siendo la International Early Psychosis Association (Melbourne) los pioneros en este tipo de programas. En España destaca el P3 – Programa de Prevención de Psicosis, quienes en su página web nos muestran un material muy útil, como signos tempranos, síntomas prodrómicos y cómo identificar a personas de alto riesgo.

Si hay algo común en todos los programas es que recalcan la importancia de la prevención y sensibilización a la población general y el abordaje integral e intensivo durante el periodo de mayor vulnerabilidad, los cinco años después de un primer episodio psicótico.

Y en este abordaje integral es de vital importancia el trabajo que se haga con la familia. La familia es el principal cuidador, si la familia no entra dentro del tratamiento es muy difícil la recuperación del paciente. En un tratamiento con la familia debemos (AEN):

- **Acoger a** la familia con empatía e interés, flexibilizando la intervención a la historia propia de cada familia

- **Eliminar la culpa**, enfatizar su lucha contra el problema, potenciando su implicación.
- **Evaluar** el impacto de la psicosis en la familia.
- **Educar** a la familia sobre la enfermedad y su manejo, es decir ofrecer Psicoeducación familiar.
- **Disminuir el estrés** y la carga y con ello la disminución de la emoción expresada.
- Mejorar de la **comunicación** entre sus miembros, ayudando al desarrollo personal de todos ellos.
- Ayudar a la **resolución de problemas**

Todo ello se puede integrar en una terapia familiar, como una de las intervenciones fundamentales para la recuperación de la psicosis. El primer episodio de una psicosis en una familia suele conllevar un gran impacto, con sentimientos de culpa, tristeza y sensación de duelo. Y ello puede aumentar, si el inicio de tratamiento se retrasa por la negativa de la persona afectada, algo muy habitual.

La ausencia de conciencia de enfermedad, síntoma nuclear de la psicosis por su ruptura con la realidad, es uno de los principales problemas para la intervención precoz. Se estima una media de casi **cuatro años** desde el inicio del primer brote hasta su diagnóstico (XV Congreso Internacional para la Psicoterapia de la Esquizofrenia y Otras Psicosis). En estos casos, la terapia familiar también puede ser de gran ayuda en la búsqueda de estrategias para que su familiar afectado acceda a comenzar un tratamiento, que le acerque a los recursos de salud mental que necesita, pero no quiere acudir.

La **Terapia Familiar** cree en la cultura de la familia como recurso, una familia que pueda ser escuchada, acogida, incluso si no quiere venir la persona afectada porque está en un momento en el que no quiere ayuda. Una familia que debe entender como incluir este episodio dentro de su historia. Una familia que está sufriendo y que debe convertirse en el elemento fundamental de la recuperación.

"No olvidemos que la Terapia Familiar nació para desarrollar a la psicosis y que Mara siempre aceptó ese desafío (...) No dejó nunca de trabajar para lograr que la Terapia Familiar pudiera servir también, y principalmente, a los **pacientes psicóticos**." [Ver](#)