

Intervención familiar para reducir la Emoción Expresada con esquizofrenia

Alumno:

Campo Lombarte, Natalia María

Pallaruelo Elvira, Yasmina Azahara

Director: Galán Calvo, Francisco

Codirector: Siurana López, Sergio

Zaragoza, Junio de 2015



Universidad
Zaragoza



**Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo**

Universidad Zaragoza

INDICE

1. Justificación	4
2. Trastorno Mental Grave (TMG)	5
3. Diagnóstico Clínico	7
3.1. Esquizofrenia	7
4. Teoría de la Vulnerabilidad	12
5. Emoción Expresada	13
6. Red de Salud Mental: Dispositivos.....	14
6.1 Unidad de Media Estancia	14
6.2 Unidad Larga Estancia.....	16
6.3 Centro de Día	17
6.4 Programa de Pisos Asistidos.....	18
6.5 Rehabilitación Laboral.....	19
6.6 Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC)	20
7. Rehabilitación Psicosocial	21
7.1 La conexión con las familias.....	23
8. Trabajador Social en Salud Mental.....	25
8.1 El Trabajo Social con Grupos (TSG).....	27
8.1.1 Grupos de discusión.....	29
9. Marco Legal	34
9.1 Constitución española de 1978	34
9.2 Ley General de Sanidad	34
9.3 Las Leyes de Salud de las distintas Comunidades Autónomas	36
9.4 Resolución de las Naciones Unidas 46/119 de diciembre de 1991 para la defensa de los derechos de los enfermos mentales.....	36
9.5 Declaración de Madrid 1996.....	37
9.6 Real Decreto 63/1995	37
9.7 Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud	37
9.8 Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC) y Código Civil (CC)	37
10. Diseño de la intervención.....	39
10.1 Objetivos específicos	39
10.2 Hipótesis	40
10.3. Plan de trabajo.....	41

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

11. Delimitación Geográfica del Proyecto.....	42
12. Exposición del proyecto.....	44
12.1 ACTIVIDAD 1: “¿Sabes lo que es la esquizofrenia? Acércate y Conócela”.....	44
12.2 ACTIVIDAD 2: “¡Let’s go! ¿La vida se para o continua?”.....	45
12.3 ACTIVIDAD 3: Comprométete.....	45
12.4 ACTIVIDAD 4: “Implanta tus reglas”.....	47
12.5 ACTIVIDAD 5: “Habla con tu familia”.....	48
13. Cronograma.....	50
14. Recursos utilizados y presupuesto del proyecto.....	51
14.1 Recursos Humanos.....	51
14.2 Recursos Económicos.....	51
14.3 Recursos Materiales.....	51
14.4 Presupuesto.....	52
Recursos Humanos.....	52
Recursos Económicos.....	53
Recursos Materiales.....	53
15. Criterios de Evaluación.....	55
Bibliografía.....	57
ANEXOS.....	65
1. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview).....	66
Ejemplo de decálogo.....	69
Ejemplo del cuadrante de cómo se está haciendo el decálogo de manera seminal.....	70
Cartel del evento y folleto informativo para los familiares.....	71

1. Justificación

El presente trabajo que se va a exponer a continuación presenta un tipo de intervención familiar para reducir la Emoción Expresada con esquizofrenia. Ésta, como se explica de una manera más profundizada en el apartado cinco del trabajo, consiste en una serie de características dentro de la conducta familiar conforme al enfermo. Estas son cinco características; criticismo del familiar, hostilidad, sobreimplicación, calor y comentarios positivos.

Para llevar a cabo este proyecto de intervención hemos elegido hacerlo desde el programa Centro de Día de la Fundación Ramón Rey Ardid de Zaragoza. Se ha elegido este centro porque teníamos experiencia con él ya que, una de las dos alumnas que estamos exponiendo el trabajo realizó las prácticas en este y pudo observar que un número elevado de familias mostraba síntomas de Emoción Expresada. Al mismo tiempo, al comenzar a familiarizarse con el colectivo y la bibliografía escrita sobre el mismo, quedaba en relieve que la Emoción Expresada era algo que afectaba a los usuarios haciéndolos recaer en nuevas crisis psicóticas.

Este trabajo nace de una hipótesis inicial en la que nos planteábamos que las familias con Emoción Expresada si se les explicase y realizasen un decálogo consensuado se puede reducir el factor de riesgo para evitar la aparición de nuevas crisis. Esta hipótesis surge porque mientras conocíamos el marco teórico apreciamos que la Emoción Expresada es un factor que puede llevar a producir nuevas crisis a las personas que padecen este Trastorno Mental Grave.

2. Trastorno Mental Grave (TMG)

Como definición del Trastorno Mental Grave existe una definición consensuada que es la señalada por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos en el año 1987, la cual define al colectivo que lo padece como *“un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”*.

Algunas características definatorias del trastorno mental grave se clasifican en función de los síntomas que pueden encontrarse. Estos son:

1. **Tiempo:** tener la enfermedad una periodicidad, de al menos dos años.
2. **Discapacidad:** presentar una serie de discapacidades y dificultades a la hora de relacionarse con lo demás y desempeñar una labor en el mercado laboral, entre otras. Es decir tener una serie de dificultades en el ámbito social.
3. **Diagnóstico:** estar diagnosticado de alguna de las enfermedades consideradas TMG psicóticas. (I Jornadas de AENESMA, 2014).

Este colectivo necesita atención completa y atención sanitaria directa como son intervenciones biológicas, psicosociales y de rehabilitación familiar. Tanto sobre el medio ambiente como de su entorno social. Además supone/conlleva una intervención en el sector social, laboral, educativo y judicial. Del mismo modo, es necesaria una intervención prolongada en el tiempo con necesidad de atención sanitaria. Además, las personas que se encuentran dentro del colectivo con Trastorno Mental Grave de manera crónica muestran dificultades para realizar tareas de modo competente y funcionar de forma autónoma en la vida cotidiana.

En su mayoría los que pertenecen a este grupo padecen trastornos esquizofrénicos crónicos o psicosis afectivas.

Existe otro tipo de trastornos que conllevan limitaciones y afectan a las capacidades funcionales del individuo como son los trastornos de personalidad, destacando entre ellos los

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

trastornos límite. Asimismo, es importante aclarar que cada trastorno posee su propio curso natural, características propias y que el grado de las limitaciones puede variar en diagnósticos de diferentes pacientes.

En conclusión, atendiendo a los Profesionales de la Salud Mental integrados en la Federación Española de Rehabilitación Psicosocial (FEARP), la definición de TMG se establece en función del diagnóstico clínico, la duración del trastorno (cronicidad) al menos 2 años y el nivel de discapacidad social, familiar y laboral que la enfermedad provoca en la persona afectada.

3. Diagnóstico Clínico

Siguiendo a Arribas (1996) todas las categorías establecidas dentro del Trastorno Mental Grave pueden tener síntomas psicóticos que pueden ser positivos o negativos. Los **síntomas positivos** son las alucinaciones, los delirios, los trastornos del pensamiento (incoherencia, falta de lógica) y conductas desorganizadas. Por otro lado, los **síntomas negativos** son pobreza del lenguaje o del contenido del pensamiento, aplanamiento afectivo, aislamiento social, apatía (inconstancia en el trabajo o en los estudios) y deterioro en la atención. (Arribas (1996), p.14)

3.1. Esquizofrenia

Este tipo de enfermedad entra dentro del grupo de enfermedades psicóticas. Las enfermedades **psicóticas** son las que producen una desconexión con la realidad a las personas que las padecen.

La esquizofrenia es una enfermedad mental que se caracteriza por la presencia de síntomas positivos (ideas delirantes, alucinaciones, conducta extravagante) y síntomas deficitarios o negativos (problemas cognitivos, aislamiento social, apatía y desinterés, aplanamiento afectivo, entre otras). De inicio generalmente en la edad joven de la vida, a menudo sigue un curso crónico, bien de forma continuada, bien en sucesivos brotes o episodios de recaída con un grado de recuperación variable entre las crisis.

Para que se pueda considerar que una persona tiene esquizofrenia tiene que tener dos o más de los síntomas siguientes, cada uno de ellos debe de estar de una manera continuada durante una parte significativa de tiempo, un mes o menos si se trató de una manera favorable. Al menos uno de estos tiene que corresponder a uno de los tres primeros:

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
 FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
 GRADO EN TRABAJO SOCIAL
 TRABAJO FIN DE GRADO

4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.

5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

A continuación se pasa a explicar de manera más detallada los síntomas positivos y negativos. Como se ha dicho en páginas anteriores, los **síntomas positivos** son aquellos que se añaden a la enfermedad como son alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento y comportamiento extraño.

Síntomas positivos¹	
Tipos	Características
Delirios	<ul style="list-style-type: none"> - La persona con esquizofrenia cree que unas ideas que son falsas son verdaderas, aunque exista algún tipo de prueba que demuestre que están en un error. - Este tipo de ideación suele tener un carácter fantástico.
Alucinaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Son senso- percepciones sensoriales imaginarias. - A veces las personas con esquizofrenia mantienen conversaciones con sus propias alucinaciones. - Pueden percibir colores y formas de manera distorsionada.
Trastornos del pensamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Forma de pensar confundida - La conversación resulta difícil de

¹De Información sobre la esquizofrenia relevante para el desarrollo del Programa, (pp. 1-146), por Centro de Asistencia Terapéutica, 2008, Barcelona.

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
 FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
 GRADO EN TRABAJO SOCIAL
 TRABAJO FIN DE GRADO

	<p>seguir ya que se salta de un tema a otro de manera inconexa.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La sintaxis se vuelve extraña- - En los casos más graves puede resultar imposible entenderlo.
Comportamiento extraño	<ul style="list-style-type: none"> - Gestos raros, muecas o expresiones faciales inadecuadas y posturas extrañas sin razón aparente.

Siguiendo a Anderson (1997) los **síntomas negativos** son aquellos que se van perdiendo con el paso del tiempo, algunos de estos son pobreza afectiva, alogía, abulia/apatía, anhedonia/insociabilidad y atención.

Síntomas negativos²	
Tipos	Características
Pobreza afectiva	<ul style="list-style-type: none"> - Expresión facial inmutable. - Movimientos espontáneos disminuidos. - Escasez de ademanes expresivos. - Escaso contacto visual. - Ausencia de respuesta afectiva. - Incongruencia afectiva. - Ausencia de inflexiones vocales.

² De *Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos*, (p. 47), por Abelardo (coord.), 1997, Madrid: Pirámide.

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
 FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
 GRADO EN TRABAJO SOCIAL
 TRABAJO FIN DE GRADO

Alogía	<ul style="list-style-type: none"> - Pobreza del lenguaje. - Pobreza del contenido del lenguaje. - Bloqueo. - Latencia de respuesta incrementada.
Abulia/Apatía	<ul style="list-style-type: none"> - Aseo e higiene. - Falta de persistencia en el trabajo o escuela. - Anergia física.
Anhedonia/insociabilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Intereses o actividades recreativas. - Actividades o interés sexual. - Capacidad para sentir intimidad y proximidad. - Relaciones con amigos y semejantes.
Atención	<ul style="list-style-type: none"> - Distracción social. - Falta de atención.

Respeto a esta enfermedad existe la controversia de si se trata de una enfermedad mental o biológica. Siguiendo a Rodés (2007) Existen cinco tipos de esquizofrenia reconocidos:

- Paranoide: Esta se caracteriza por la abundancia de ideas delirantes y voces sobre el resto de síntomas que pueden surgir como consecuencia de la enfermedad. Es decir, existe un predominio de síntomas positivos. Este subtipo es el más frecuente de todos. A pesar de que su inicio es tardío es la que presenta un mejor pronóstico de cara al transcurso de la enfermedad para su posterior adaptación.
- Catatónica: En este tipo se muestran síntomas negativos acompañados de ecolalia o ecopraxia. Predominan las alteraciones motrices y una marcada inhibición motriz.

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

Actualmente es muy rara y que se caracteriza por síntomas negativos (falta de colaboración, mutismo, rigidez muscular extrema).

- Desorganizada: El sujeto muestra una serie de conductas caóticas, una afectividad plana, dificultad en la manera de interactuar con el entorno. Así mismo presenta un predominio de los síntomas negativos, como un deterioro emocional.
- Indiferenciada: En este se observa que los síntomas de los diferentes tipos de esquizofrenia se encuentran de manera mezclada y ninguno predomina sobre los demás. Este es el “Cajón de sastre” reservado para aquellas esquizofrenias que no entran en ninguna de las tres categorías mencionadas anteriormente.
- Residual: Cualquiera de los otros cuatro subtipos de esquizofrenia pueden derivar a una esquizofrenia residual con el paso del tiempo. Esta se caracteriza por el predominio de síntomas negativos de desmotivación, deterioro emocional muy marcado, así como síntomas cognitivos o de deterioro intelectual. Recoge aquellas que muestran una ausencia de sintomatología de las esquizofrenias descritas anteriormente, o su aparición es de forma tenue. (p. 451)

4. Teoría de la Vulnerabilidad

Fue elaborado por Zubin y Spring. (1997) (Rodríguez,1997, p.275) Este modelo hace una aportación fundamental al añadir el concepto de variable moderadora a la hora de aplicar una causa a la esquizofrenia.

Según estos autores aunque dos personas tengan el mismo grado de vulnerabilidad ante condiciones similares, no quiere decir que ambas terminen desarrollando el mismo episodio esquizofrénico.

Estos autores reconocen tres categorías de variables moderadas:

- Nicho ecológico.
- Características de personalidad.
- Red social o de relaciones interpersonales.

Atendiendo a esta última categoría, los autores destacan como variable el ambiente familiar. Dentro del cual puede aumentar o reducir los riesgos de amenaza para que un individuo sea vulnerable. Más concretamente han diferenciado cuatro tipos de ambientes tóxicos:

- Ambientes cognitivamente confusos.
- Ambientes críticos intrusivos.
- Ambientes excesivamente demandantes.
- Ambientes físicamente amenazantes.

5. Emoción Expresada

“La emoción expresada comenzó a estudiarse en los años 50, año en el que muchos de los pacientes con esquizofrenia recaían una y otra vez al ser dados de alta. Se observó que existía una relación entre las recaídas y las condiciones del ambiente donde se movían los pacientes. Este ambiente estaba afectando a las relaciones que los pacientes tenían con sus familiares y amigos en lo que se refiere a evolución positiva o negativa para su trastorno (Brown, Monck, Cartairs y Wing, 1962; Brown, Birley y Wing, 1973)” (Rodríguez,1997, p.274)

Siguiendo a Rodríguez (1997) este concepto surgió para designar algunos aspectos que se manifiestan dentro de un núcleo familiar hacia los miembros enfermos. De manera específica, hace referencia a aquellas características de la conducta que tiene la familia dentro del propio entorno hacia el enfermo y que son observados en las entrevistas o mencionados por el propio familiar. (p.274)

Para este autor el constructo consta de 5 componentes:

- Criticismo del familiar: Comentarios críticos realizados por el familiar acerca del comportamiento del paciente.
- Hostilidad: Es un tipo más extremo de comentario crítico, que implica una impresión negativa generalizada o un rechazo manifiesto del paciente como persona y no solo de su conducta.
- Sobreimplicación: Refleja una respuesta emocional exagerada y desproporcionada; una conducta sobreprotectora hacia el paciente o los intentos por parte del familiar, de ejercer un control excesivo sobre la conducta del paciente.
- Calor: Manifestaciones de empatía, comprensión, afecto e interés hacia el paciente.
- Comentarios positivos: Expresiones de aprobación, valoración o aprecio del paciente o de su conducta.

6. Red de Salud Mental: Dispositivos

Para las personas con Trastorno Mental Grave la atención que ofrecen los Centros de Salud Mental puede ser insuficiente dada la cantidad de necesidades sanitarias y sociales que este colectivo puede llegar a demandar.

Para ello, existen un tipo de recursos intermediarios como son las instituciones para personas con TMG destinados a aquellas personas que no necesitan una hospitalización transitoria o permanente pero si necesitan otros apoyos para desarrollar su autonomía, para relacionarse de forma satisfactoria dentro de su comunidad y así evitar su aislamiento dentro de la misma.

Por lo tanto, no se trata solo de un espacio en el que estar, sino que las personas que acuden a ellas requieren pautas específicas y continuadas en relación entre otras a la mediación y la atención, para favorecer su integración social, su organización en la vida diaria, todo lo relacionado con autocuidados, la rehabilitación, etc.

Las instituciones son por ende un recurso intermediario como para evitar una hospitalización prolongada, entre los que se incluyen centros y hospitales de día, centros de rehabilitación e integración laboral y programas de seguimiento. Estas se encuentran constituidas por equipos multidisciplinares con el objetivo de mantener la adherencia al tratamiento, evitar recaídas y mejorar el funcionamiento psicosocial.

6.1 Unidad de Media Estancia

La Unidad de Media Estancia (UME), *también denominada de rehabilitación intensiva hospitalaria, es un centro de tratamiento en régimen de hospitalización dotado de equipos y programas específicos, capaces de prestar una atención individualizada intensiva y especialmente destinada a la rehabilitación del paciente. Se trata, por lo tanto, de unidades de*

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

*hospitalización activa con una estancia media de 6 meses, prorrogable*³. En otras palabras, la Unidad de Media Estancia, es un tipo de unidad hospitalaria creada para dar una asistencia a pacientes cuya situación psicopatológica persiste después del tratamiento usual que se realiza en los Equipos de Salud Mental y las Unidades de Hospitalización Breve. El objetivo de esto es proporcionar terapias rehabilitadoras de las diferentes funciones psicopatológicas que se hayan podido ver afectadas. Una unidad de Media Estancia comparte características con las Unidades de Hospitalización Breves y las Unidades de Rehabilitación Hospitalaria.

Los usuarios que se benefician de este recurso tienen que estar internados desde un mínimo de tres meses hasta un máximo de un año. Los objetivos que tienen las Unidades de Media Estancia son:

- *Tratar resistencias psicopatológicas, intensificando y completando acciones terapéuticas ya iniciadas en otros dispositivos asistenciales.*
- *Evitar la cronificación y el riesgo de institucionalización.*
- *Promover la adquisición de habilidades que mejoren la autonomía del paciente.*⁴

En la Comunidad Autónoma de Aragón para poder acceder a este dispositivo los usuarios deben realizar un *paso previo y obtener la aceptación por una Comisión Colegiada y la solicitud a la misma de su psiquiatra de zona, en la que explique los motivos por los que el recurso se considera necesario.*⁵ Además de esto, nos encontramos con una cartera de servicios que la Unidad de Media Estancia tiene que aportar, estos son:

- *Admisión e ingreso.*
- *Atención básica a pacientes ingresados.*
 - *Manutención.*
 - *Aseo.*

³ Rodés, Juan.(2007). *Libro de la salud del hospital clinic de Barcelona*. Recuperado de <http://www.opolanco.es/servicios-medicos-psiQUIATRIA.php>

⁴ Junta de Extremadura.(2007).*Manual de la Organización y funcionamiento de la unidad de media estancia (UME)* Recuperado de [http://aerp.es/MOF-UME__\(WEB\).pdf](http://aerp.es/MOF-UME__(WEB).pdf))

⁵ Gobierno de Aragón.(18 de marzo 2015). *Servicio Aragonés de Salud. Salud Mental*. Recuperado de http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/OOAA/ServicioAragonesSalud/AreasTematicas/InformacionCiudadano_DerechosDeberes/ci.03_salud_mental.detalleDepartamento

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

- *Movilización. 7.3*
 - *Consulta de psiquiatría.*
 - *Consulta de psicología clínica.*
 - *Consulta de enfermería.*
 - *Consulta de trabajador social.*
 - *Consulta de terapeuta ocupacional.*
 - *Elaboración y evaluación del Plan Individualizado de Rehabilitación y Reinserción (PIR).*
 - *Actividades psicoterapéuticas de rehabilitación y resocialización.*⁶

6.2 Unidad Larga Estancia

*“Las unidades de Larga Estancia son centros de tratamiento en régimen de internamiento donde se presta atención y cuidados de hospitalización activa durante un tiempo prolongado a pacientes con enfermedades mentales graves de evolución crónica, con desadaptación familiar y social severa y con limitaciones de funcionamiento autónomo en los que resulta difícil su reinserción en la comunidad. En ellos se llevan a cabo programas terapéuticos y rehabilitadores intensivos y extensivos para mejorar o mantener las capacidades de los residentes. Se diferencian unidades de rehabilitación activa para pacientes menores de 65 años y Unidades Residenciales Psicogeríatras asistidas para los de mayor edad difícilmente externizables.”*⁷ Esto quiere decir que las Unidades de Larga Estancia son centros que se ocupan de un internamiento de los usuarios psiquiátricos que tienen unas graves deficiencias en el nivel familiar, social y unas graves limitaciones a la hora de realizar las Actividades de la Vida Diaria (AVD). En estas instituciones se realizan programas

⁶ Gobierno de Aragón departamento de Salud y Consumo. (3 de marzo 2015). Cartera de Servicios de Atención a la Salud Mental del Sistema de Salud de Aragón. Recuperado de <http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Documentos/docs/Ciudadano/AtencionUsuario/OfertaServicios/CARTERA+DE+SERVICIOS+SANITARIOS+DEL+SISTEMA+DE+SALUD+DE+.PDF>

⁷ Hospital Obispo Polanco. (3 de marzo 2015). Recuperado de <http://www.opolanco.es/servicios-medicos-psiQUIATRIA.php>

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

intensivos de rehabilitación a todos los niveles: laboral, social, entre otros; intentando de esta manera mejorar las aptitudes de los pacientes y ganar una mayor autonomía personal en su día a día.

Para acceder a una Unidad de Larga Estancia en Aragón, el procedimiento de ingreso es el mismo que el de las Unidades de Media Estancia. Es decir, se *precisa el paso previo y su aceptación por una Comisión Colegiada y la solicitud a la misma de su psiquiatra de zona, en la que explique los motivos por los que el recurso se considera necesario.*

6.3 Centro de Día

Un Centro de Día es *un centro de atención intensiva que dispone de todos los espacios físicos y elementos necesarios para proporcionar una atención diurna integral a las personas usuarias y favorecer su permanencia en el entorno habitual.* (Decreto 143/2011, de 14 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón.). En el ámbito de Salud Mental corresponde a un espacio en el que se puede intervenir de manera comunitaria con el objetivo de rehabilitar y mejorar la integración social de las personas que tienen un Trastorno Mental Grave.

Para acceder a un Centro de Día en Aragón en el ámbito de Salud Mental hay que pasar por una Comisión Colegiada, obtener la confirmación de esta de que el usuario puede ir a un Centro de Día y, además de esto es necesario que el psiquiatra que lleva el caso del paciente realice una solicitud, en la que exponga los motivos por los que el recurso se considera necesario.

Por otro lado, en la Cartera de Servicios de Atención a la Salud Mental del Sistema de Salud de Aragón, encontramos que los servicios que se ofrecen son:

- *Admisión.*
- *Consulta de psiquiatría.*
- *Consulta de psicología clínica.*
- *Consulta de enfermería.*

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

- *Consulta de trabajador social.*
- *Consulta de terapia ocupacional. Programas grupales ocupacionales.*
- *Talleres específicos.*
- *Metodología de trabajo por objetivos (plan terapéutico individualizado).*
- *Interconsultas con otros servicios del hospital.*
 - *Interconsulta.*
 - *Sesiones clínicas*⁸.

6.4 Programa de Pisos Asistidos

Desde el Catálogo de Servicios Sociales de Aragón se define que un piso tutelado es *un centro de atención residencial que constituye un hogar funcional de uso temporal y atención primaria cuyo objeto es conseguir la integración social y autonomía de las personas bajo tutela, protección y apoyo técnico de un servicio especializado. La distribución del espacio debe facilitar la convivencia, el desenvolvimiento de las actividades propias de la vida cotidiana y su personalización en el marco de la convivencia.* (Decreto 143/2011, de 14 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón.). En otras palabras, el programa de pisos consiste en intentar aumentar el grado de autonomía de los pacientes de Salud Mental, intentar liberar la sobrecarga familiar estabilizando la situación clínica de los diferentes usuarios de Trastorno Mental Grave, aumentar la integración social e intentar conseguir una independencia de las personas beneficiarias de este servicio. Todo esto se intenta conseguir ofreciendo desde el programa de pisos un servicio asistencial y residencial alternativo al entorno familiar. Para cada uno de los usuarios se establece un programa individualizado, realizando un seguimiento diario y otorgando un apoyo individual

⁸ Gobierno de Aragón. *Cartera de Servicios de Atención a la Salud Mental del Sistema de Salud de Aragón*. Pp. 1-12 recuperado de <http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Documentos/docs/Ciudadano/AtencionUsuario/OfertaServicios/CARTERA+SALUD+MENTAL.PDF>

manteniendo en todo momento una coordinación con los diferentes recursos a los que van los usuarios para complementar su proceso rehabilitador.

Para poder acceder a los diferentes programas de pisos de Aragón en Salud Mental normalmente tienen que haber pasado por un proceso rehabilitador psicosocial y tener la solicitud del Centro de Salud Mental de referencia a la Subcomisión de ingresos de Salud Mental de la zona.

Desde la Cartera de Servicios de Atención a la Salud Mental del Sistema de Salud de Aragón se define una serie de servicios que se dan desde el programa de pisos asistidos. Los servicios que se dan desde este recurso son:

- *Cobertura de necesidades básicas.*
- *Supervisión externa.*
 - *Autocuidado.*
 - *Organización y desarrollo de las tareas domésticas y de la convivencia.*
 - *Actividades instrumentales.*
 - *Seguimiento de la medicación.*
 - *Desarrollo de actividades y gestiones externas.*
 - *Integración comunitaria.*
 - *Ocio y tiempo libre.*
 - *Coordinación con dispositivos sanitarios, sociales y comunitarios.*⁹

6.5 Rehabilitación Laboral

La Rehabilitación laboral con personas con Trastorno Mental Grave consiste en que a través de este recurso los diferentes pacientes que pueden acceder a este puedan adquirir, recuperar, potenciar y compensar los conocimientos, actitudes, entre otras necesarias para la elección, obtención y mantenimiento de un puesto de trabajo. En otras palabras, *la rehabilitación laboral en las personas con enfermedad mental como un proceso específico,*

⁹ Gobierno de Aragón. Cartera de Servicios de Atención a la Salud Mental del Sistema de Salud de Aragón recuperado de <http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Documentos/docs/Ciudadano/AtencionUsuario/OfertraServicios/CARTERA+SALUD+MENTAL.PDF>

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

*estructurado e individualizado dirigido a ayudar y preparar a estas personas para favorecer su acceso y mantenimiento en el mundo laboral.*¹⁰

6.6 Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC)

El EASC es un programa que en Zaragoza se puede encontrar en la Fundación Ramón Rey Ardid. Este programa se lleva a cabo dentro del ámbito comunitario y consiste en acompañamiento terapéutico. Para acceder a este programa las personas con TMG deben haber pasado por un proceso de rehabilitación previo. En caso de que no se haya accedido por este proceso se realiza un acercamiento progresivo al centro de referencia en el ámbito de la salud y al recurso que más se adecue a las necesidades psicosociales del usuario para comenzar su rehabilitación psicosocial.

El objetivo principal del EASC es la realización de un proceso en red con los diferentes recursos sociales y sanitarios del Sector al que pertenece la entidad con la que se lleve a cabo el programa. Consiguiendo de esta manera una vida más estructurada, mayor estabilidad social, mental y emocional del usuario dentro de su comunidad.

11

¹⁰ Óscar Sánchez Rodríguez Seminario de Rehabilitación Laboral de personas con enfermedad mental (2006) Comunidad de Madrid Recuperado <http://www.psicosocialart.es/documentacion/word/seminariorehlab.pdf>

¹¹ Grupo Rey Ardid. (9 de mayo 2015). Apoyo socio comunitario a personas con TMG. Recuperado de <http://www.reyardid.org/imagenes/documentos/189.pdf>

7. Rehabilitación Psicosocial

Siguiendo a Rodríguez (1997) La rehabilitación psicosocial es un proceso de carácter global encaminado a la ayuda de personas que presentan dificultades psíquicas en relación con su entorno, mejorando la integración en su comunidad a través de la optimización de las tareas en las diferentes áreas necesarias para que sea lo más normalizada posible (p.92)

Esta tiene como objetivo favorecer y facilitar cambios en el comportamiento del individuo hasta socializarlo. Por lo tanto, la evaluación cobra importancia como forma de destacar esas relaciones que posibilitan el cambio. Además es de vital importancia, ya que, antes de intervenir es necesario realizar un análisis que nos permitirá descubrir las contingencias necesarias para llevarles por el buen camino, en lugar de incorporar los individuos a los modelos que más se adecuen a cada caso.

Al hablar de evaluación en relación con la rehabilitación hay que destacar que se está haciendo mención al análisis previo de las diferentes relaciones que establece el individuo con su medio ambiente. Se trata por tanto, de ver que potencialidades y dificultades presenta dentro del su entorno. Siguiendo a Cuevas y Perona << (...) *recabar información sobre aquellas áreas en las que puede desempeñarse una persona, con el objetivo de identificar su nivel actual de habilidades y las posibles dificultades en el desarrollo de una vida satisfactoria (...). La identificación de posibles problemas de funcionamiento en las áreas junto a la determinación de las competencias personales es el primer paso en la evaluación conductual de la esquizofrenia*>> (Fernández, Touriño, Benítez, Abelleira, 2010, p.32.)

Solo analizando la relación del sujeto con el medio ambiente se podrá cuantificar las dificultades y potencialidades sobre las que poder actuar y perder marcar el camino correcto hacia la intervención. Realizando este análisis previo se evita partir de evaluaciones subjetivas en las que no podría apoyarse el proceso de intervención.

A modo de conclusión se puede decir que *“la evaluación busca recoger y analizar, sistemáticamente, todo un conjunto de datos que permitan describir y enjuiciar la realidad de acuerdo a un patrón epistemológico de referencia. Esto permitirá formular juicios y propuestas*

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

para favorecer procesos de rehabilitación psicosocial. (Fernández, Touriño, Benítez, Abelleira 2010 p.32.)” (Rodríguez, 1997, p.104)

Siguiendo con la evaluación, es importante distinguir entre la evaluación psicosocial y evaluación diagnóstica. La primera se lleva a cabo para la rehabilitación tanto conductual como social de la persona, provocado por un problema psiquiátrico grave o crónico. Mientras que la evaluación diagnóstica desarrolla criterios operativos para la clasificación y va acompañada de una explicación psicopatológica.

Del mismo modo, debe quedar claro que la evaluación psicosocial implica una intervención dentro del área psicológica. Esta va dirigida a cambiar la conducta del individuo con respecto a su ambiente por lo que implica que dicha intervención se dé a nivel individualizado. Asimismo, la evaluación ha de verse como un proceso lineal, a partir del cual tienen origen las cuestiones que se resolverán mediante la intervención. Por ello, nunca debe observarse como un proceso aislado y dividido sino como algo global dividido en dos fases: evaluación inicial y evolución continua (Fernández, Touriño, Benítez, Abelleira 2010 p.34.)

Evaluación inicial

Supone un primer acercamiento al problema a resolver, por lo tanto se trata de la visión global del proceso evaluador, en la que se pretende una primera recogida de la información que ayudara a delimitar el problema.

Evaluación continúa

Esta complementa a la anterior y se apoya en ella para guiar el proceso de intervención de un modo adecuado. En este punto cabe destacar que cuando se está trabajando con enfermos con problemas de la vida diaria, el proceso es continuo y nunca interrumpido. Por eso estas dos fases no pueden verse de manera individual a pesar de que normalmente son explicadas por separado.

7.1 La conexión con las familias

Cuando un individuo dentro de una familia desarrolla esta enfermedad suelen darse síntomas de angustia, miedo, incompreensión por lo que está sucediendo. Normalmente las familias suelen acudir al profesional cuando ocurren cosas que se escapan a su razón, pero hay que añadir que necesitan la ayuda profesional tanto en el primer episodio como en el décimo. Además es la conducta de los familiares como se ha dicho anteriormente es la que puede favorecer o no al desarrollo de la enfermedad, destacando que no es lo mismo la familia durante un primer episodio de la esquizofrenia (en la que aún no se ha llegado a asumir esa pérdida de la normalidad en la conducta del miembro familiar afectado) como en un vigésimo episodio (en el que están ya más habituados con la enfermedad).

En relación a ese primer contacto con los profesionales, la mayoría de los casos ocurre cuando la enfermedad está ya avanzada, lo que supone una intervención de urgencia y cuando los familiares se ven interrogados por los hospitales no reciben el apoyo emocional necesario. Todo esto conlleva a una baja involucración de las familias en cuanto al proceso de rehabilitación e incluso aparecen sentimientos de culpa. A esto hay que añadir que muchos profesionales ven a las familias como el principal agente negativo en la vida de los pacientes con esquizofrenia e incluso se desarrollan relaciones hostiles por parte de los familiares hacia los profesionales. Esto lleva a grandes debates sobre si una vez dados de alta deben volver a su hogar o deben ir a los servicios de apoyo existentes para estos pacientes. En el caso de volver al hogar hay que destacar que la ayuda familiar es fundamental en los casos en los que los pacientes están solos y no se han puesto en contacto.

Continuando con lo anterior, es primordial establecer una buena relación entre la clínica el paciente y la familia dado que esto es lo que posibilitara el realizar un tratamiento a largo plazo. Este vínculo está marcado por cinco metas:

- Debe establecerse una relación de colaboración y trabajo entre las familias y las clínicas que tenga como principal objetivo la recogida de información sobre el paciente.

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

- Los clínicos deben comprender aquellos elementos dentro del círculo familiar que pueden contribuir al estrés tanto por parte de las familias como de los pacientes.
- Asimismo deben entender los recursos que posee la familia y sus tentativas presentes y pasadas sobre la enfermedad.
- Los clínicos deben potencializar los aspectos positivos de la familia en la mayor medida de lo posible.
- Los clínicos deben establecer las reglas y expectativas del tratamiento mediante la elaboración de un contrato con metas específicas, asequibles y mutuas.

8. Trabajador Social en Salud Mental

La función principal del trabajador social dentro del ámbito de Salud Mental es la de atender a todos los miembros pertenecientes al ámbito de esta especificidad de salud mental que se encuentra en los límites geográficos y poblacional establecidos.

Dentro del área de Salud Mental encontramos que un profesional del trabajo social puede realizar su labor en todas las instituciones, como son:

- Unidades de Salud Mental (USM)
- Unidades de Salud Mental Infantil (USMI)
- Unidad de Media Estancia (UME)
- Hospital de Día (HD)
- Unidad de Rehabilitación (UR)

Dentro de la Unidad de Salud Mental los profesionales de esta ciencia social adaptan su intervención a las diversas tipologías del sujeto usuario, de su familia y de su entorno. Con esto se pretende hallar las diferentes las necesidades sociosanitarias del usuario.

En el ámbito de la Salud Mental encontramos dos funciones básicas en las que interviene el Trabajador Social, una es la atención directa, otra sería la función preventiva de promoción e inserción social y, la tercera, función de coordinación. El objetivo de la primera consiste en fomentar y mejorar las diferentes actitudes, aptitudes y recursos tanto del usuario como de su familia. Todo ello siguiendo un proceso de valoración socio-familiar, diagnóstico social y planificación de la intervención social. Una de las técnicas más usuales para llevar a cabo este tipo de intervención son las entrevistas con los diferentes usuarios para mejorar su situación en todos los ámbitos posibles.

Por otro lado el objetivo de la función preventiva de promoción e inserción social consiste en la adaptación del usuario al medio social y familiar por vía de recursos normalizados, recursos específicos dirigidos a este colectivo y fomentando la creación de diferentes grupos como son los grupos de autoayuda, asociaciones de familiares y afectados, entre otros.

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

La función de coordinación presenta como objetivo es incorporar el factor social que suponen los problemas de salud mental para integrar la red social del usuario. Para que esto se lleve a cabo debe haber una buena coordinación entre los miembros del equipo multidisciplinar y de las diferentes instituciones que intervengan en el proceso de rehabilitación psicosocial del usuario. Estos mejoran y facilitan la terapia y el proceso de rehabilitación psicosocial en el que se ve inmerso el usuario. Dentro del equipo multidisciplinar, en el que podemos encontrar psiquiatras, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, entre otros. Los trabajadores sociales planifican y evalúan, junto con el resto de los componentes del equipo, el trabajo a todos los niveles, teniendo en cuenta las aportaciones de los diferentes profesionales. Garcés siguiendo a Díaz (2002), concreta más las funciones del trabajador social se puede apreciar que traslada los diferentes ámbitos racionales, culturales, económicos y biológicos a lo psicológico para poder llevar a cabo una buena valoración del usuario y del plan de tratamiento que se desarrollará con el paciente.

A modo de resumen, los trabajadores sociales son *los técnicos responsables de la intervención social con las personas con enfermedad mental, con el objetivo de desarrollar capacidades psicosociales para abordar su situación personal, así como su capacidad para desarrollar sus recursos personales y los que le ofrece el medio social, por lo tanto el eje de intervención serán la persona, la familia y la comunidad.*¹² Tratan de incluir lo social intentando mejorar la adaptación del paciente a su entorno social, intentando integrarle en la comunidad, mejorando sus relaciones sociales, trabajando en red con otros servicios sociales para mejorar y favorecer las necesidades y carencias del usuario mediante una serie de recursos y profesionales. En las áreas principales en las que se interviene son la familia, la formación y el empleo, las relaciones sociales y la autonomía personal. Para poder cumplir los diferentes planes que sean individualizados con cada uno de los pacientes se utilizan diversas técnicas como son la psicoeducación, la sensibilización, entrevistas, prevención, entre otras. Todo esto llevado a cabo dentro de un equipo multidisciplinar.

¹² Siurana. S. (3 de abril 2015). Esquizofrenia y terapia familiar. Recuperado de <http://esquizofreniayterapiafamiliar.blogspot.com.es/2013/06/que-hace-el-trabajador-social-en-salud.html>

8.1 El Trabajo Social con Grupos (TSG)

- El trabajo social con grupos es un método del Trabajo Social, cuya importancia reside en la relación que establecen los diferentes miembros del grupo dentro de este y el propio grupo actuando como contexto de sus miembros. Siguiendo a G. Konopka, este método se ofrece a personas que se encuentran dentro de una misma situación, la cual se puede mejorar a través del grupo con la ayuda del Trabajador Social. Konopka (1963) definió el Trabajo Social de Grupo (TSG) como “un método de Trabajo Social que ayuda a los individuos a mejorar su funcionamiento social a través de experiencias constructivas de grupo, y a enfrentarse con sus problemas personales, de grupo y de comunidad”. Siendo esta definición la más aceptada. (Rosselt, p.105)

El origen del TSG se encuentra en Estados Unidos, al igual que el Caso Social Individual, este paso por una etapa de formalización hasta que gracias a diferentes profesionales consiguió su reconocimiento como tal, para posteriormente establecerse en Europa y Latino América.

Al principio de los años 20 aparecen algunos autores que hablan de dos tendencias del TSG:

- Por un lado tiende al crecimiento del individuo de manera normal y a su ajuste social a través de las experiencias del grupo.
- Por otro, se dirige al desarrollo del grupo hacia unos fines más específicos o a la acción del cambio social. (Vínter 1969)(Rosselt, ,p.106)

Llegado el año 1939, este método era utilizado por psicólogos, Trabajadores Sociales y pedagogos quienes formaron una asociación americana para el estudio del Trabajo en Grupo. En este periodo existía la cuestión de si el Trabajo de Grupos debía ser tomado como una disciplina nueva o debería unirse al Trabajo Social. Finalmente se unió al Trabajo Social, formando parte de otros dos métodos, el Trabajo Social de Casos y el Trabajo Social con Comunidades.

- Respecto a la tipología de TSG atendiendo a Kisnerman (1971) (Rosselt, pp.111-113) encontramos la siguiente clasificación:

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

- Grupos que están orientados hacia el crecimiento: Dentro de los cuales se encuentran los
 - Grupos terapéuticos
 - Grupos de aprendizaje
 - Grupos recreativos.
- Grupos de acción social.

La diferencia está en que el Trabajo Social de Grupo, el profesional encargado toma conciencia de que el grupo es su objeto de intervención y su tarea no puede ser sustituida por los miembros del grupo. Mientras que en el Trabajo Social con grupos el profesional se sitúa a parte, dejando que sea el propio grupo el que se organice a través de sus líderes mientras a su vez trata de conseguir los objetivos propuestos.

En 1995 durante las IV Jornadas Nacionales de Trabajo Social de Grupo se intentó actualizar la clasificación anterior aclarando que la finalidad de dicho grupo es socio- terapéutica o socioeducativa buscando el bienestar de los miembros del grupo obteniendo así una idea del entorno.

- Grupos Socioterapéuticos: Estos se utilizan dentro del Trabajo Social para tratar aspectos que producen dolor o situaciones conflictivas para las personas impidiéndoles desarrollar sus capacidades (relaciones, afecto...). Por lo tanto, tiene la finalidad de mejorar las capacidades sociales de los sujetos.
- Grupos socioeducativos: Tienen como objetivo conseguir determinados comportamientos que carecen los miembros del grupo. Puede ser causa de un progreso personal, debido a evitar el deterioro o marginación de los individuos. Ej. Un persona hospitalizada.
- Grupos de acción social: El objetivo de este grupo es trascendental a los beneficios que estos puedan conseguir. El Trabajador Social lo que debe conseguir es que los miembros del grupo consigan trabajar de forma autónoma a través de los líderes del grupo para conseguir los objetivos que se propone.

- Grupos de Ayuda Mutua: Estos sirven para que los propios miembros del grupo sirvan de apoyo para resolver problemas que afectan a los miembros durante largos periodos de tiempo.

Nuestro trabajo se basa en los grupos de discusión, grupo que se explica a continuación.

8.1.1 Grupos de discusión

Este término procede de la tradición anglosajona y española. Algunos autores importantes son Merton, Kurt, Lewin, entre otros. Es una técnica que puede definirse como una tertulia entre seis a diez personas desconocidas entre sí y que a la vez son representativas del colectivo que se quiere estudiar. Estas se reúnen para discutir un tema bajo la dirección de un moderador y lograr dos objetivos por parte de este último:

- Conseguir un grupo cohesionado, es decir que se traspase lo individual, haciendo que los participantes se identifiquen con un nosotros, convirtiéndose en grupo.
- Que el diálogo sea un discurso adecuado para conseguir los objetivos que se han marcado con respecto al tema que se va a discutir.

¿Para qué sirve este grupo de discusión?

Este permite recoger información acerca de aquellos conceptos de los que no se dispone tanto conocimiento. El grupo permite comprender la realidad social en la que están inmersos los sujetos, contextualizarlos y observar sus propias realidades.

En conclusión, este grupo funciona como un espejo social, muestra la realidad en la que se mueven los sujetos del grupo permitiendo obtener representaciones sociales de cada uno de ellos dentro del contexto a través de un discurso cotidiano y reuniendo a su vez tres elementos; un grupo, un moderador y un tema que tratar.

8.1.1.1 Características de esta técnica

- **Los miembros interactúan cara a cara**, es decir, se les reunirá en una sala en la que puedan ver con quien están hablando. No se trata de quedar con ellos individualmente hacerles preguntas de cada tema para posteriormente juntar todos los discursos en uno. Se trata de lograr reunirlos a todos para ver cómo se comportan y reaccionan en el ambiente de grupo a los temas que se proponen.
- Para que se desarrolle ese dialogo de forma adecuada se cuenta con la ayuda de un **moderador**. Esta guiará el debate, evitando conflictos y reconduciendo el tema para que no se aleje de los objetivos que se pretenden alcanzar.
- Este **objetivo** es conseguir un consenso entre todos, en este caso sería el decálogo conforme a las normas de comportamiento y de actuación para las familias y los usuarios.
- **Se producen relaciones en un espacio y tiempo determinados**. A la hora de las reuniones y ante temas que suponen una mayor o menos controversia.
- **Trata de construir discursos de determinadas posiciones sociales**. Se trata de ver las opiniones de diferentes personas con respecto al tema propuesto. La idea es tener varias opiniones diferentes, por eso se trata de conseguir que las personas no se conozcan entre sí. Para estudiar cómo es su comportamiento y ver cómo llegan o no a un consenso.

8.1.1.2 Selección de participantes

Se realiza a partir de una muestra intencional eligiendo a un colectivo con unas características determinadas que queremos estudiar con respecto a un tema. Para ello se debe atender a una serie de criterios estructurales como es el nivel económico, posición social... así como relacionales. Dentro del grupo las relaciones entre los miembros de un grupo tienen que ser homogéneas pero entre grupos deben ser heterogéneas.

8.1.1.3 Preparación

- 1- **Reclutamiento de los integrantes.** Como ya se ha dicho, la única norma es que sean desconocidos entre sí, por lo demás se trata de un muestreo intencional seleccionando una muestra de la población interesada para llevar a cabo la investigación que se desee.
- 2- **Acuerdo de participación, explicar motivos de la investigación. Cita. Recordatorio. Recompensa.** Antes de realizar el primer encuentro se les preguntará para confirmar su participación voluntaria explicándoles los motivos de la investigación, la recompensa, si dan su consentimiento para grabar... todo ello en la medida de lo posible para no influir en los resultados. Finalmente se les confirmara la hora y el lugar de la cita.
- 3- **Diseño de la sala. Lugar neutro. Mesa redonda. Registro.** Para las reuniones se aconseja que el lugar sea neutro, es decir, que no incite a pensar o realizar ningún tipo de prejuicios que afecten a la forma de actuar mientras los sujetos están realizando la tertulia. Además de esto, debe integrar una mesa que permita verse la cara a todos los participantes, por ello se recomienda que sea redonda. Así mismo, hay que disponer de un lugar en el que dejar los aparatos de registro como una grabadora.

8.1.1.4 Conducción del grupo

Para desempeñar el Trabajo en Grupo se cuenta con el apoyo de los siguientes elementos:

Guion: Listado de puntos o temas. Sin imposición.

Para evitar que el discurso de los participantes derive a temas que no interesan para la investigación, el moderador contará con un guion de aspectos a tratar durante la reunión. De esta

forma se evita dejarse temas sin tratar así como poder reconducir el discurso si es necesario. Hay que destacar que en ocasiones es necesario y beneficioso que los participantes se expresen en según qué situaciones.

Moderador.

Es el profesional que va a dirigir el discurso, tiene la tarea de:

- Presentar: Se encargara de romper el hielo explicando lo que se va a hacer, introduciendo el tema y lanzando un par de preguntas al aire para iniciar la reunión.
- Promover el debate: Debe conseguir que las personas se suelten y participen lo más activamente posible ya que el objetivo es estudiar su posición con respecto al tema tratado.

8.1.1.5 Fases

- Presentación: El moderador se encargara de presentar el tema a seguir intentando conseguir los dos objetivos que se han explicado al principio.
- Calendario.
- Desarrollo: El moderador ira evaluando la participación del grupo intentando intervenir lo mínimo posible, reduciendo la intervención a situaciones en las que nadie se atreva a hablar. Para ello puede lanzar un par de preguntas y revivir el debate.
- Cierre: Se concluirá dándole las gracias a todos y con la conclusión común de todos los participantes. En caso de no llegar a un acuerdo el grupo habrá fracasado. Se les explicará cómo les llegara su recompensa.

8.1.1.6 Análisis

- Transcripción: Una vez se hay recogido toda la información en la grabadora pasara a realizarse la transcripción siendo lo más fiel posible a la discusión realizada anotando

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

formas de expresión y de conducta no verbales en la medida de lo posible. Debe realizarse lo antes posible cuando la información está fresca en la memoria.

- Lectura: Debe realizarse una lectura con el apoyo del audio comprobando que se ha realizado de forma correcta.

- Análisis temático: Se empezará analizando los diferentes temas que se han tratado durante el discurso.

- Análisis estructural: Debe separarse la participación de cada individuo, anotando el número de veces que ha intervenido y como lo ha hecho.

- Análisis situacional (Posiciones del grupo): Se explica la posición que cada uno de los miembros del grupo ha desarrollado conforme se ha ido realizando el debate.

9. Marco Legal

9.1 Constitución española de 1978

Dentro de esta ley encontramos el artículo número 43, sobre protección a la salud en el cual:

“1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto el cual reconoce el derecho a la protección de la salud. 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.”¹³

Asimismo se encuentra el artículo 49, este acomete a los poderes públicos a desarrollar una política para prevenir, tratar, rehabilitar e integrar a los disminuidos tanto físicos, sensoriales como psíquicos a los que prestan la atención especializada.

“Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos.”¹⁴

9.2 Ley General de Sanidad

Esta ley surge en respuesta a la necesidad de reconocer el derecho para obtener las prestaciones del sistema sanitario todos los ciudadanos, incluidos los extranjeros que se encuentran residentes en España. Asimismo, trata de establecer los principios para atribuir unas

¹³ 1978 Constitución Española

¹⁴ 1978 Constitución Española

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

características generales y comunes como fundamentos de todos los servicios sanitarios en todo el Estado.

Esas características son:

- Tiene como eje del modelo las Comunidades Autónomas.
- Posee una concepción integral de la salud
- Promoción de la salud/prevención de la enfermedad
- Participación comunitaria
- Área de Salud como núcleo básico de los Servicios de Salud

En dicha ley encontramos orientaciones para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente. Capítulo primero, (art 6)

“Artículo seis Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas 1. A la promoción de la salud. 2. A promover el interés individual familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población. 3. A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas. 4. A garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud. 5. A promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente.”¹⁵

Dentro de la misma encontramos el artículo 10 del capítulo 1 hablando de los derechos así como el capítulo 11 perteneciente a las obligaciones de los usuarios.

“Artículo diez Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias: 1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad. Sin que pueda ser discriminado por razones de raza. De tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical. 2. A la información sobre los servicios sanitarios a

¹⁵ 1986 Cap1, Art 6 Ley General de Sanidad.

que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso, 3. A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones”¹⁶

Por su parte la salud mental se encuentra recogida dentro del Capítulo 3 perteneciente al título 1º donde habla de la integración como base “la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas, potenciando la atención en ámbito comunitario y los recursos asistenciales ambulatorios e indicando que la atención en régimen de hospitalización si así se requiriera, se realice en unidades psiquiátricas de los hospitales generales”¹⁷.

Asimismo los Servicios de salud mental, atenciones psiquiátricas del servicio sanitario serán los encargados de cubrir la coordinación con los servicios sociales en aspectos de atención primaria y la atención de problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud general.

9.3 Las Leyes de Salud de las distintas Comunidades Autónomas

Son las encargadas de desarrollar todas las acciones del estado con la ayuda de las administraciones públicas competentes y del Estado. Aquí encontramos la ley básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información clínica. (Ley 41/2002 de 14 de noviembre). Su objetivo es la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de informaciones y documentación clínica.

9.4 Resolución de las Naciones Unidas 46/119 de diciembre de 1991 para la defensa de los derechos de los enfermos mentales.

Donde se reconoce el derecho a la no discriminación laboral, sanitaria, institucional y social de estas personas.

¹⁶ 1986 “Ley General de Sanidad” CAP 1 Art 10

¹⁷ 1986 “Ley General de Sanidad” CAP 3 Título 1º

9.5 Declaración de Madrid 1996

Realizada por la Asociación Psiquiátrica Mundial. En ella se establecen las directrices éticas que deben darse entre paciente y psiquiatra evitando de esta forma conductas compasivas u orientadas a sí mismo o violencia a terceros.

9.6 Real Decreto 63/1995

Incluye la atención a la salud mental y a la asistencia psiquiátrica, que abarca diagnóstico clínico, la psicofarmacoterapia y la psicoterapia individual, de grupo o familiar en su caso, la hospitalización.

9.7 Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

Se encuentran objetivos generales, específicos y recomendables encaminados a la mejora en la prevención y asistencia del TMG.

9.8 Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC) y Código Civil (CC)

Regula el internamiento de manera involuntaria por alguna razón psiquiátrica por la Ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000, de 7 de enero. Asimismo el artículo 763 regula ese procedimiento. Para todas aquellas personas que no puedan hacer uso de su voluntad por culpa de dichos trastornos, debido a que supone una violación al derecho de la libertad fundamental, por ello que todo internamiento sea realizado bajo supervisión judicial. Cabe destacar que durante el proceso toda persona afectada gozará de representación y defensa según los términos que expone el artículo 758 de la Ley de Enjuiciamiento Civil y Código Civil. Respecto a la decisión del ingreso o no se lleva a cabo en función del artículo 763 de la LEC.

Otra de las cosas que regula dicha ley es la incapacitación civil y la tutela. Dicha medida está prevista para aquellas personas que sufran enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a una persona controlarse a sí misma. De esta forma se protegen los intereses como los derechos de la misma a nivel personal y patrimonial. La

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

regulación se encuentra recogida en los artículos 199-214 y siguientes del CC y 756 a 763 de la LEC.

Otras medidas de incapacitación y tutela son:

Creación de la Comisión de Tutela y Defensa Judicial de Adultos regulada por el Decreto 168/1998, de 6 de octubre.

Protección Patrimonial de las personas con discapacidad Regula por Ley 41/ 2003 de 18 de noviembre.

Finalmente la Actualización de la Comisión es de Tutela y Defensa Judicial de Adultos Regulada por el Decreto 13/ 2004 de 27 de febrero.

10. Diseño de la intervención

En este apartado vamos a exponer la planificación que hemos realizado para la creación de este proyecto de intervención psicosocial. Comenzamos enunciando la hipótesis que va a orientar el trabajo, asumiendo una doble perspectiva, cuantitativa y cualitativa.

En primer lugar, vamos a definir el objetivo general y plantearnos otros interrogantes más específicos, es decir, delimitamos nuestro objetivo general: *Reducir la Emoción Expresada que existe en la familia para reducir las recaídas y dar voz a los usuarios.*

A raíz de este objetivo se construye todo el trabajo. Para intentar dar una solución a este fue necesario comenzar centrando y fijando el tema de estudio. En segundo lugar, concretamos nuestro objeto de estudio en usuarios esquizofrénicos y sus familiares. En tercer lugar, formulamos nuestro objetivo general. En cuarto lugar realizamos una revisión de la literatura y la construcción del “Marco teórico”, a la vez que iniciamos una investigación sobre la legislación vigente y elaborábamos el “Marco legislativo”. Esto nos sirvió para contextualizar la realidad del colectivo de referencia y crear una base teórica que facilitará la realización del planteamiento de nuestro proyecto psico-educativo.

10.1 Objetivos específicos

Después de plantearnos el objetivo general del proyecto, formulamos una serie objetivos más específicos:

- Conocer en qué consiste la esquizofrenia.
 - **Actividad:** Realización de una ponencia en la que se explicará en qué consiste la enfermedad, los diferentes tipos y sus características así como las consecuencias que esta enfermedad tiene.
 - **Indicador:** Contestación por parte de las personas que acudan a la ponencia a los tres cuestionarios que se pasaran en tres momentos diferentes. Estos tres momentos son: uno al inicio de la charla, un segundo test después de la misma y finalmente uno tras un año desde que se realizó la ponencia.

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

- Distinguir entre los principales recursos que se ofrecen desde cada uno de los dispositivos de salud mental, tanto para las familias como para los pacientes esquizofrénicos.
 - **Actividad:** Formación de grupos en los que cada familia cuente su experiencia en cada uno de los recursos en los que se encuentra. En caso de que se repitan o falten recursos, el profesional aportará sus conocimientos sobre el tema.
 - **Indicador:** Realización de fichas sobre los recursos tratados en la sesión.
- Demostrar que con un TMG una persona y una familia puede mantener una calidad de vida y seguir teniendo una vida normalizada.
 - **Actividad:** Charla impartida por José Manuel Arévalo desde su propia experiencia como persona con Trastorno Mental Grave. Complementada con una segunda parte en la que se desarrollaría una ronda de cuestiones para resolver dudas del público asistente.
 - **Indicador:** Realización con contestación de al menos 15 preguntas.
- Eliminar la estigmatización dentro del núcleo familiar, mostrar la necesidad de expresar cómo se sienten tanto los familiares más cercanos como los pacientes esquizofrénicos.
 - **Actividad:** Realización de un decálogo consensuado entre los usuarios y sus familiares.
 - **Indicador:** Al menos la mitad de las familias realicen o mantengan el decálogo.

10.2 Hipótesis

Tras conocer en profundidad y determinar la enfermedad estudiada, nos planteamos una hipótesis al respecto:

- Las familias que tienen Emoción Expresada si se les explicase y realizasen un decálogo consensuado se puede reducir el factor de riesgo para evitar la aparición de nuevas crisis en las personas con esquizofrenia.

10.3. Plan de trabajo

En relación con la metodología, esta investigación es de carácter cualitativo, evolutivo y retrospectivo.

Hemos realizado un análisis cualitativo mediante la recopilación documental y el análisis del contenido de los diferentes recursos bibliográficos que hemos utilizado como artículos, diferentes tipos de leyes y documentales.

Por último, la investigación es también evolutiva retrospectiva, ya que nos basamos en el cómo diversos autores realizaron anteriormente diferentes programas de psico-educación y los hemos tomado de ejemplo para poder desarrollar el nuestro.

11. Delimitación Geográfica del Proyecto

La Fundación Ramón Rey Ardid es una entidad sin ánimo de lucro, es pública y tiene un convenio con el SALUD, pero su modo de gestión es privada; es decir, está gestionado por la propia fundación.

El órgano de gobierno de la Fundación Ramón Rey Ardid es el Patronato, el cual está constituido por diferentes entidades públicas, organizaciones sociales y asociaciones de familiares de enfermos mentales.

Lo que se pretende desde Rey Ardid es la eliminación de la estigmatización y el intento de conseguir una mejor calidad de vida y de realizar una buena rehabilitación psicosocial para las personas con las que interviene. Los colectivos que trata son dispersos ya que engloba infancia, juventud, mayores, inmigración, integración social y laboral y salud mental; siendo este último el que nos interesa para este trabajo. Pero, si miramos esto de una manera más concreta nos encontramos un objetivo general que radica en *la realización, de forma directa o concertada, de actividades dirigidas a la atención, cuidado e integración de las personas excluidas o en peligro de exclusión de los siguientes grupos: infancia, juventud, mujeres, mayores, inmigrantes, minorías étnicas, drogodependientes, prioritariamente personas con enfermedad mental.*

Esta fundación tiene su origen en el año 1991, la cual recibe su nombre del catedrático de psiquiátrica natal de Zaragoza Don Ramón Rey Ardid (1903-1988). A lo largo de la historia de esta institución encontramos dos etapas. En la primera encontramos como referencia principal la UME (Unidad de Media Estancia) de Salud Mental de Aragón. Pero hoy en día esta fundación, dentro del área de Salud Mental, se sigue ocupando de la gestión de la UME y además de dos centros de rehabilitación y apoyo psicosocial para personas que padecen de algún tipo de TMG.

Un hecho importante es que en el año 1995 surge la figura del voluntariado dentro de esta institución con el objetivo de intentar mejorar la integración social de las personas que padecen de alguna enfermedad mental. Tras esto, tres años después nació la Sección Juvenil y de Voluntariado. Esta última es una de las importantes fuentes de las que funciona la institución. Un ejemplo de esto es que en 2013 hubo 134 voluntarios que participaron de una manera continuada en las diferentes actividades de ocio y tiempo libre.

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

Dentro del trabajo que nos ocupa, nos centramos en uno de los dos centros de rehabilitación psicosocial, más concretamente en el CRAP. En este centro nos encontramos el programa de Centro de Día, el programa de Pisos tutelados, el programa de Rehabilitación e Integración Laboral y el Club Social.

Este centro se encuentra localizado en la calle Pablo Iglesias, 40-42, CP: 50018 Zaragoza. Aunque también se puede encontrar información sobre las funciones que se llevan a cabo en esta a través de su página web <http://www.reyardid.org>, su correo electrónico cdia.smental@reyardid.org, del blog que realizan sobre el área de salud mental <http://gritandoenblogbaja.wordpress.com/>, por su canal de Youtube <http://www.youtube.com/user/gruporeyardid>, su página de Facebook <https://www.facebook.com/GrupoReyArdid> o por su página de Twitter <http://twitter.com/GrupoReyArdid>. Además de todo esto se puede contactar a través del teléfono 976 79 81 61 o del Fax 976 730 164.

Su delimitamos el ámbito de actuación de una manera sectorial, nos encontramos con que en el Centro de Día se ocupa del Sector 1. Este Sector en Zaragoza corresponde con los barrios Arrabal, ACTUR, La Jota, Picarral, Parque Goya y Barrio Jesús.

Desde el Centro de Día se ofertan una serie de servicios al colectivo de Salud Mental de estos barrios que consisten en:

- Programa de acogida.
- Atención psicológica individualizada.
- Programa de cuidados básicos de enfermería psiquiátrica.
- Programa de detección de necesidades sociales y de intervención familiar y comunitaria.
- Actividades psicoterapéuticas de rehabilitación.
- Actividades de resocialización y de integración social.

- Programa de intervención con familias¹⁸

12. Exposición del proyecto

En este apartado vamos a mostrar las diferentes actividades que se van a llevar a cabo:

12.1 ACTIVIDAD 1: “¿Sabes lo que es la esquizofrenia? Acércate y Conócela”

Charla impartida por uno de los dos enfermeros del CRAAP de Rey Ardid para que explique a los familiares la importancia, los factores de riesgo y el transcurso de la enfermedad de la esquizofrenia:

- **Destinatarios:** Los padres de los usuarios del programa del Centro de Día de Rey Ardid en la ciudad de Zaragoza.
- **Calendario:** 3 de noviembre.
- **Duración:** Dos horas de 18:00-20:00h.
- **Localización:** En una de las salas del Joaquín Roncal.
- **Descripción:** Se impartirá una charla por uno de los enfermeros del CRAAP de Rey Ardid. Este enfermero expondrá en su ponencia de dos horas la importancia, los factores de riesgo y las diferentes fases de la enfermedad de la esquizofrenia en las personas que la padecen a los familiares de los usuarios del programa del Centro de Día.
- **Organización:** la mesa se pondrá en el fondo de la sala y se encontrará una copa con un botellín pequeño de agua, dos posavasos, una servilleta pequeña de papel y un cartelito con el nombre de cada una de las personas que ocupen la mesa, se ocupará de esto una

¹⁸ Grupo Rey Ardid (2011) *CRAP ACTUR*. Recuperado de <http://www.reyardid.org/contenido/centro-de-dia-actur-zaragoza>

Grupo Rey Ardid (2011) *CRAP Actur. Servicios*. Recuperado de <http://www.reyardid.org/imagenes/documentos/84.pdf>

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

persona voluntaria de la Fundación Ramón Rey Ardid. La mesa será ocupada por el enfermero, la directora del CRAAP y por el trabajador social del Centro de Día.

12.2 ACTIVIDAD 2: “¡Let’s go! ¿La vida se para o continua?”

Charla impartida por José Manuel Arévalo:

- **Destinatarios:** Los usuarios del Centro de Día y sus familiares.
- **Calendario:** El 10 del mes de noviembre.
- **Duración:** De una hora y media
- **Localización:** En una de las salas del Joaquín Roncal.
- **Descripción:** Se realizará una ponencia por José Manuel Arévalo en la que contará su experiencia como persona que tiene un Trastorno Mental Grave diagnosticado. Tras esta conferencia José Manuel Arévalo atenderá las diferentes cuestiones que se puedan plantear en el debate.
- **Organización:** La mesa se pondrá en el inicio de la sala y se encontrará una copa con un botellín pequeño de agua, dos posavasos, una servilleta pequeña de papel y un cartelito con el nombre de cada una de las personas que ocupen la mesa, se ocupará de esto una persona voluntaria de la Fundación Ramón Rey Ardid. La mesa será ocupada por José Manuel Arévalo, la directora del CRAAP y por el trabajador social del Centro de Día.

12.3 ACTIVIDAD 3: Comprométete

Realización de un decálogo con los familiares de los usuarios del programa Centro de Día de Rey Ardid.

- **Destinatarios:** Los familiares de las personas usuarias del programa del Centro de Día de Rey Ardid.

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

- **Calendario:** Tercera semana de noviembre.
- **Duración:** Dos horas de 18-20 horas.
- **Localización:** En una de las salas del Joaquín Roncal.

Descripción: Se realizarán cuatro grupos de discusión con los cuarenta integrantes de familiares. Cada grupo contará con 10 personas diferentes elegidas al azar. Cada subgrupo irá un día, el primero el lunes, el segundo el martes, el siguiente el miércoles y el último el jueves. Con cada uno de estos grupos se trabajará una serie de cuestiones que serán:

- Los familiares con algún miembro esquizofrénico en su familia tratan la enfermedad como un tema tabú entre ellos.
- Los familiares con algún miembro esquizofrénico en su familia consideran que este por su enfermedad debe tener un trato diferente al de los demás.
- Las personas con esquizofrenia quieren que les sigan tratando de la misma manera que antes de tener diagnosticada la enfermedad y seguir manteniendo un grado de autonomía.
- Recursos con los que los familiares cuentan para acudir en caso de necesidad en el ámbito de la Salud Mental.

Una vez se hayan tratado estas cuestiones se hablará en la última media hora de la realización de un decálogo entre los integrantes de cada grupo. Finalmente, el viernes de esa semana se expondrá en el grupo integrado por los cuarenta familiares las propuestas de cada subgrupo y las conclusiones o ideas principales expuestas para llegar a un único decálogo consensuado por todos los miembros tras un debate.

- **Organización:** La actividad se llevará a cabo en un círculo formado en la sala con todos los miembros que van a participar. Habrá un botellín pequeño de agua para las personas que dirigirán a cada subgrupo. Estas personas serán uno de los psicólogos del Centro de Día, una de las terapeutas ocupacionales y el trabajador social. En el grupo grande se

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

encontrará una mesa al principio de la sala que estará ocupada con el trabajador social, la terapeuta ocupacional y el psicólogo con el que se ha llevado a cabo los subgrupos. Esta mesa tendrá tres posavasos, tres botellines de agua, tres cartelitos con el nombre de cada uno de los integrantes de la mesa y tres servilletas. Se ocupará de esto una persona voluntaria de la Fundación Ramón Rey Ardid.

12.4 ACTIVIDAD 4: “Implanta tus reglas”

Realización de un decálogo con los usuarios del programa Centro de Día de Rey Ardid:

- **Destinatarios:** Los usuarios del programa del Centro de Día de Rey Ardid.
- **Calendario:** Cuarta semana de noviembre.
- **Duración:** Dos horas de 18-20 horas.
- **Localización:** En una de las salas del Joaquín Roncal.

Descripción: Se realizarán dos grupos de discusión con los veinte integrantes de los usuarios del Centro de Día que acudirán. Cada grupo se conformará con 10 personas elegidas al azar. Cada subgrupo irá un día, el primero el lunes, el segundo el martes. Con cada uno de estos grupos se trabajará una serie de cuestiones que serían, los mismos que la semana anterior con sus familiares. Una vez se hayan tratado estas cuestiones se hablará en los últimos cuarenta y cinco minutos de la realización de un decálogo entre los integrantes de cada grupo. Finalmente, el jueves de esa semana se expondrá en el grupo de los veinte integrantes de los usuarios del Centro de Día las propuestas de cada subgrupo y las conclusiones o ideas principales expuestas para llegar a un único decálogo consensuado por todos los miembros tras un debate.

- **Organización:** La actividad se llevará a cabo en un círculo formado en la sala con todos los miembros que van a participar. Habrá un botellín pequeño de agua para las personas que dirigirán a cada subgrupo. Estas personas serán uno de los psicólogos del Centro de Día, una de las terapeutas ocupacionales y el trabajador social. En el grupo grande se

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

encontrará una mesa al principio de la sala que estará ocupada con el trabajador social, la terapeuta ocupacional y el psicólogo con el que se ha llevado a cabo los subgrupos. Esta mesa tendrá tres posavasos, tres botellines de agua, tres cartelitos con el nombre de cada uno de los integrantes de la mesa y tres servilletas. Se ocupará de esto una persona voluntaria de la Fundación Ramón Rey Ardid.

12.5 ACTIVIDAD 5: “Habla con tu familia”

Realización de un único decálogo para poner en práctica en su vida diaria entre los usuarios del programa del Centro de Día de Rey Ardid y sus familiares:

- **Destinatarios:** Los familiares y las personas usuarias del programa del Centro de Día de Rey Ardid.
- **Calendario:** Cuarta semana de noviembre.
- **Duración:** Tres horas de 18-21 horas.
- **Localización:** En una de las salas del Joaquín Roncal.

Descripción: Se realizará un único grupo grande formado por los familiares y los usuarios del Centro de Día de Rey Ardid. En esta sesión se expondrán de los dos decálogos que se han realizado entre los familiares y los pacientes. Conforme se va diciendo cada uno de los puntos se justificará el porqué de esa “norma” hasta llegar a un único decálogo consensuado entre ambas partes. La última hora se realizará un picoteo para cerrar las actividades del proyecto.

- **Organización:** La mesa se colocará en el inicio de la sala y se encontrará una copa con un botellín pequeño de agua, cuatro posavasos, una servilleta pequeña de papel y un cartelito con el nombre de cada una de las personas que ocupen la mesa, se ocupará de esto una persona voluntaria de la Fundación Ramón Rey Ardid. La mesa será ocupada por la directora del CRAAP, el enfermero, psicólogo y la terapeuta ocupacional que han

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

participado en las actividades anteriores y por el trabajador social del Centro de Día. El picoteo se ocupará de ponerlo cinco personas voluntarias del CRAAP de Rey Ardid.

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
 FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
 GRADO EN TRABAJO SOCIAL
 TRABAJO FIN DE GRADO

13. Cronograma

Cronograma	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Año siguiente
Elaboración del Proyecto													
Búsqueda de la necesidad y definición del problema													
Definición de la hipótesis, objetivo general y específicos													
Concreción de la finalidad del proyecto, ámbito de actuación													
Elaboración de las actividades que se van a llevar a cabo en este proyecto													
Metodología utilizada													
Elaboración de los recursos humanos, técnicos y financieros que se van a necesitar													
Elaboración del Presupuesto													
Elaboración de la metodología de evaluación del proyecto													
Difusión													
Coordinación con las familias													
Coordinación con el Joaquín Roncal													
Anunciar el proyecto a las familias y usuarios													
Ejecución													
Charla impartida para las familias para conocer la esquizofrenia													
Charla impartida por José Manuel Arévalo													
Grupo de Discusión con las familias y elaboración de su decálogo													
Grupo de Discusión con las personas con esquizofrenia y elaboración de su decálogo													
Grupo compuesto tanto por los familiares como por las personas con esquizofrenia para llegar al consenso													
Evaluación													
Recogida de datos de las actividades													
Entrevistas con las familias antes y después													
Tabla de Zarith													
Número de ingresos de los pacientes													
Conclusiones													

14. Recursos utilizados y presupuesto del proyecto

En este apartado se va a exponer los diferentes recursos humanos, económicos y materiales que se van a necesitar para poder llevar a cabo la realización del proyecto:

14.1 Recursos Humanos

- Personal y nº de horas:
 - Directora del CRAAP de Rey Ardid → 7 horas.
 - Trabajadora social de Rey Ardid → 23 horas.
 - 1 enfermero del CRAAP de Rey Ardid → 6 horas.
 - 1 Psicólogo del CRAAP de Rey Ardid → 19 horas.
 - 1 Terapeuta ocupacional del CRAAP de Rey Ardid → 19 horas.
 - Ponente José Manuel Arévalo → 2 horas.

14.2 Recursos Económicos

- Financiación del proyecto desde la propia Fundación Ramón Rey Ardid.

14.3 Recursos Materiales

- Bienes de capital:
 - Local: una de las salas del Joaquín Roncal.
 - Mobiliario: las mesas y sillas de la sala del Joaquín Roncal.
- Bienes consumibles:
 - 40 hojas con información para los familiares.
 - 20 folletos informativos para los familiares (se entregará uno por pareja).

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

- 3 carteles para colgar en el Centro de Día.
- 60 bolígrafos con propaganda del Rey Ardid para los familiares y usuarios del Centro de Día.
- Los 35 botellines de agua, 35 servilletas de papel y 35 posavasos.
- La alimentación para el picoteo: café, leche, agua, pastas e infusiones.
- Bienes no consumibles:
 - 1 ordenador y 1 proyector para las diferentes presentaciones.

14.4 Presupuesto

Recursos Humanos

- Personal y nº de horas:
 - Directora del CRAAP de Rey Ardid → 7 horas. Su salario mensual es de 1203'64€, de manera estimada. Por lo que el gasto que supondrá para este proyecto sería de **47,88€**, si el mes tiene 22 días laborales.
 - Trabajadora social de Rey Ardid → 23 horas. Su salario mensual es de 1203'64€, de manera estimada. Por lo que el gasto que supondrá para este proyecto sería de **157,32€**, si el mes tiene 22 días laborales.
 - 1 enfermero del CRAAP de Rey Ardid → 6 horas. Su salario base es de 1209'26€ según la resolución de 7 de agosto de 2012, de la Dirección General de Empleo, por la que se registran y publican las tablas salariales del XIII Convenio colectivo general de centros y servicios de atención a personas con discapacidad sería de **41,22€** si el mes es de 22 días laborales.
 - 1 Psicólogo del CRAAP de Rey Ardid → 19 horas. Su salario base es de 1641'84€ según la resolución de 7 de agosto de 2012, de la Dirección

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

General de Empleo, por la que se registran y publican las tablas salariales del XIII Convenio colectivo general de centros y servicios de atención a personas con discapacidad, sería de 177,27€ si el mes es de 22 días laborales.

- 1 Terapeuta ocupacional del CRAAP de Rey Ardid → 19 horas. Su salario mensual es de 1203'64€, de manera estimada. Por lo que el gasto que supondrá para este proyecto sería de 129,96€, si el mes tiene 22 días laborales
- Ponente José Manuel Arévalo → 2 horas. Es voluntario, no cobraría nada por la ponencia.
- **TOTAL: 553,65€**

Recursos Económicos

- Financiación del proyecto desde la propia Fundación Ramón Rey Ardid.

Recursos Materiales

- Bienes de capital:
 - Local: una de las salas del Joaquín Roncal que las cede de manera gratuita a la Fundación Ramón Rey Ardid.
 - Mobiliario: las mesas y sillas de la sala del Joaquín Roncal proporcionado de manera gratuita por este.
- Bienes consumibles:
 - 40 hojas con información para los familiares. (40x0'05€= 2€)
 - 20 folletos informativos para los familiares (se entregará uno por pareja). (20x0'50€=10€)
 - 3 carteles para colgar en el Centro de Día, (3x6€= 18€)

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

- 60 bolígrafos con propaganda de Rey Ardid para los familiares y usuarios del Centro de Día (60 x 0.60 = **36€**)
- Los 35 botellines de agua. (35x0,40€= **14€**).
- 1 paquete de servilletas de papel. (1x 1,05€= **1,05€**)
- 1 paquete de posavasos de papel (1x 0,90€= **0,90€**)
- La alimentación para el picoteo:
 - 1 cafetera → **40 €**
 - Termos → 10 x15€= **150€**
 - Leche → 10 bricks x 0.75€= **7.5€**
 - Agua → 1 garrafa de 8 litros= **0.70€**
 - Pastas → 6 cajas x 4€= **24 €**
 - Infusiones → 4 paquetes de infusiones x 1€= **4€**
- **TOTAL: 308,15**
- Bienes no consumibles:
 - 1 ordenador y 1 proyector para las diferentes presentaciones. Material proporcionado por el Joaquín Roncal, precio **0€**
- **PRESUPUESTO PARA IMPREVISTOS → 80€**

TOTAL DEL PRESUPUESTO: 941.8€

15. Criterios de Evaluación

En este apartado vamos a exponer las diferentes técnicas de evaluación que se realizarían para poder comprobar si este proyecto cumple o no la hipótesis planteada con anterioridad: las familias que tienen Emoción Expresada si se les explicase y realizasen un decálogo consensuado se puede reducir el factor de riesgo para evitar la aparición de nuevas crisis en las personas con esquizofrenia. Los criterios serían los siguientes:

- **Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)¹⁹:** Es una herramienta que mide la sobrecarga y el grado de estrés que tienen los cuidadores de las personas. Esta escala se pasaría al inicio del proyecto y un año después a los familiares para comprobar si se ha reducido o no los niveles de estrés.
- **Nº de ingresos:** Al pasar un año desde el inicio del proyecto y del transcurso de las actividades comprobar si con este decálogo y la ejecución del mismo en la vida diaria de los usuarios y sus familiares ha reducido los ingresos causados por la Emoción Expresada.
- **Realización de tres cuestionarios:** Cuando se realice la primera actividad el día tres de noviembre se pasará un cuestionario sobre la esquizofrenia que tendrán que contestar. Tras la finalización de la ponencia un segundo para ver si han ampliado algo los conocimientos o ha servido para aprender algo nuevo. Y un tercero transcurrido un año para evaluar si ha ocurrido alguna variante en sus conocimientos desde que se inició el proyecto.
- **Fichas de los recursos:** Cada subgrupo de la tercera actividad, Comprométete, realizaría una ficha de los recursos poniendo la dirección, utilidad y teléfono de contacto para poder acceder a información de estos servicios en caso de necesidad.
- **Preguntas o dudas:** En la segunda actividad tras la exposición de la historia de vida, se dejará un tiempo para que las personas expongan sus dudas e inquietudes. Comprobando de esta manera la utilidad de esta actividad consiguiendo al menos quince preguntas o intervenciones por parte del público.

¹⁹ La tabla se puede ver en anexos

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

- **Entrevistas con las familias antes y después del decálogo:** Se realizará un seguimiento desde el Centro de Día con los usuarios y las familias participantes de este centro en el proyecto para poder ver la evolución desde el cómo estaba antes la situación familiar en comparación con la de después de la integración del decálogo en sus vidas. Así mismo se podrá apreciar si se ha reducido o no la Emoción Expresada dentro del núcleo familiar. Si el decálogo no fuese útil en algunos casos, llevando a cabo esta valoración continuada, se podría suprimir su utilización siendo esta negativa para la comprobación positiva de la hipótesis de este proyecto.
- **50% de las familias realicen el diálogo y se cumpla de manera positiva o negativa la hipótesis:** Transcurrido el periodo de un año se apreciará si al menos diez de las veinte familias con las que se ha planteado este proyecto han utilizado en sus vidas diarias este decálogo pudiendo reducirse o no la Emoción Expresada que en sus vidas se encontraba. Para evaluarlo se realizará una plantilla semanal que se entregará a las familias para ver la evolución. Para ver si se ha cumplido o no esto se evaluará que las diez actividades se hayan realizado como mínimo un 60% de los días.

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

Bibliografía

AIS Asociación de Iniciativas Sociales. Madrid. Recupero de http://www.aiss-saludmental.com/pisos_supervisados/objetivos_programa/

Álvarez, José María y Colina Fernando. (2011). *Origen histórico de la esquizofrenia de la subjetividad*, Hospital Universitario Rio Hortega. Valladolid

American Psychiatric Association (1995) *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: MASSON, S.A

American Psychiatric Association,(2014) *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Rústica, 5ª Edición

American Psychiatric Association. (2014). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.

Angulo, E. (2000). Clonación ¿se admiten apuestas? En Nueva enciclopedia del mundo: apéndice siglo XX (vol. 41, pp. 620-622). Bilbao: Instituto Lexicográfico Durvan

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

Arribas Saiz, M^a Pilar; Martínez Sánchez, J. Joaquín; Pedrós Roselló, Alfonso; Tomás Pérez, Amparo; Vilar Cmppany, J.(1996). *Convivir con la esquizofrenia. Una guía de apoyo para familiares*. Valencia: Promolibro

Arribas, S. (1996).*Convivir con la esquizofrenia. Una guía de apoyo para familiares*. Valencia: Promolibro.

CAT Barcelona.(Sin fecha). Información sobre la esquizofrenia relevante para el desarrollo del Programa. Recuperado de <http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/esquizofrenia/volumen2.pdf>

Constitución Española de 1978

Davis, Flora.(2010). *La comunicación no verbal*. Alianza Editorial

Declaración de Madrid 1996

Decreto 143/2011, de 14 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Desviat, Manuel. *La Reforma Psiquiátrica*. Madrid: EDICIONES DOR, S.L.

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

Desviat, Manuel.(1994). *La Reforma Psiquiátrica*. Ediciones Dor, S.L.

Fernández, Jaime A.; Touriño, Rafael; Benítez, Natalia; Aballeira, Cristina.
(Editores)(2010).*Manual de Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. Valladolid, FEARP

Fundación Ramón Rey Ardid. Aragón <http://www.reyardid.org/contenido/pisos-tutelados->

Gisbert Gustemps & Montalvo Aguirrebala (2009). *Trabajo con familiares y usuarios. En Manual del Residente en Psiquiatría*. Madrid. ENE Life Publicidad S.A. y Editores.

Gobierno de Aragón departamento de Salud y Consumo. (3 de marzo 2015). *Cartera de Servicios de Atención a la Salud Mental del Sistema de Salud de Aragón*. Recuperado de <http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Documentos/docs/Ciudadano/AtencionUsuario/OferServicios/CARTERA+SALUD+MENTAL.PDF>

Gobierno de Aragón.(18 de marzo 2015). *Servicio Aragonés de Salud. Salud Mental*. Recuperado de http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/OOAA/ServicioAragonesSalud/AreasTematicas/InformacionCiudadano_DerechosDeberes/ci.03_salud_mental.detalleDepartamento

Goffman, Erving.(1987). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Madrid: Amorrortu Editores, S.A.

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

Gómez de Chávez, Manuel (coord.).(1980) *La transformación de Asistencia Psiquiátrica*.
Editorial Mayoría.

Grupo Rey Ardid (2011) *Centro de Día* Recuperado de
<http://www.reyardid.org/contenido/centro-de-dia>

Grupo Rey Ardid (2011) *CRAP ACTUR.* Recuperado de
<http://www.reyardid.org/contenido/centro-de-dia-actur-zaragoza>

Grupo Rey Ardid (2011) *CRAP Actur. Servicios.* Recuperado de
<http://www.reyardid.org/imagenes/documentos/84.pdf>

Grupo Rey Ardid (2011) *PisosTutelados.* Recuperado de
<http://www.reyardid.org/contenido/pisos-tutelados->

Hospital Obispo Polanco. (3 de marzo 2015). Recuperado de <http://www.opolanco.es/servicios-medicos-psiQUIATRIA.php>

I Jornadas de AENESMA el jueves, 16 día Jueves, 16 de octubre de 2014

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

Junta de Extremadura Consejería de Sanidad y Dependencia Servicio Extremeño de Salud.
Manual de organización y funcionamiento de una Unidad de Media Estancia (UME).
Recuperado de [http://aerp.es/MOF-UME_\(WEB\).pdf](http://aerp.es/MOF-UME_(WEB).pdf)

Karmona, Alberto.(2009). PNL-El cielo del Minotauro. Introducción a la programación neurolingüística. Colección Lector in Fábula. Argentina: Álvarez Castillo Editor

Keynes, J. M. (1994). Teoría general de la ocupación, el interés y el dinero. Madrid: Planeta

Ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000, de 7 de enero.

Ley General de Sanidad (1986)

Ministerio de Ciencia e Innovación. (2009). Anexo 4. Información para personas con TMG y sus familias. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICS_paciente.pdf

OMS. Manual de utilización de la escala OMS para la evaluación de discapacidad en personas con trastornos psiquiátricos.

Óscar Sánchez Rodríguez *Seminario de Rehabilitación Laboral de personas con enfermedad mental* (2006) Comunidad de Madrid Recuperado <http://www.psicosocialart.es/documentacion/word/seminariorehlab.pdf>

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

Profesionales de la Salud Mental integrados en la Federación Española de Rehabilitación Psicosocial (FEARP). (Sin Fecha). Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con trastornos mentales graves. Recuperado de

http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/gv_tmental_g.pdf

Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud

Resolución de 25 de febrero de 2014, de la Dirección General de Empleo, por la que se registran y publican las tablas salariales para el año 2014 del VI Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal.

Resolución de 7 de agosto de 2012, de la Dirección General de Empleo, por la que se registran y publican las tablas salariales del XIII Convenio colectivo general de centros y servicios de atención a personas con discapacidad.

Resolución de las Naciones Unidas 46/119 de diciembre de 1991 para la defensa de los derechos de los enfermos mentales.

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

Rodés .(2007). *Clínica de Barcelona y la Fundación BBVA: Capítulo 47* Fundación BBVA. Bilbao, España.

Rodríguez, Abelardo (coord.).(1997).*Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos*. Pirámide, S.A.

Rosselt Poch.*Trabajo Social de grupo: grupos socioterapéuticos y socioeducativos* (pp.103-114).Barcelona. Escola Universitària de Treball Social.

Servicio Aragonés de Salud. Hospital Obispo Polanco. Teruel. Recuperado de <http://www.opolanco.es/servicios-medicos-psiquiatria.php>

Servicio Extremeño de Salud.(2007).*Programa de Trastornos Mentales Graves. Extremadura*: Imprenta Moreno – Montijo. Extremadura

Seva Díaz, Antonio; colaboradores.(1996). *La esquizofrenia. Los pacientes esquizofrénicos, sus problemas específicos y su atención personal, familiar y social*. Caja ahorros de la Inmaculada. Zaragoza.

Siurana. S. (3 de abril 2015).Esquizofrenia y terapia familiar. Recuperado de <http://esquizofreniayterapiafamiliar.blogspot.com.es/2013/06/que-hace-el-trabajador-social-en-salud.html>

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

Tschorne, Patricia. (2005).*Dinámica de grupo en trabajo social*. Marú Ediciones. Salamanca.

Zubin y Spring. (1997).(Anderson, C. Reiss, D. y Hogarty, G.(1986).*Esquizofrenia y familia*.

Guía práctica de psicoeducación. Amorrortu editores: Buenos Aires

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
 FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
 GRADO EN TRABAJO SOCIAL
 TRABAJO FIN DE GRADO

1. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
 FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
 GRADO EN TRABAJO SOCIAL
 TRABAJO FIN DE GRADO

1. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Cada ítem se valora así:

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

*“Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.”*²⁰

²⁰ Circunvalación del Hipocampo.(2007). Escala de Zarit. Recuperado de <http://www.hipocampo.org/zarit.asp>

Ejemplo de decálogo

- 1- Fumar menos de un paquete diario.
- 2- No fumar dentro de la habitación.
- 3- Consumir como máximo dos cafés al día.
- 4- Comer cinco piezas de fruta diaria.
- 5- Hacer todos los días la cama.
- 6- Ir aseado todos los días.
- 7- Seguir el tratamiento terapéutico.
- 8- No faltar a las actividades del Centro de Día, salvo por causa justificada.
- 9- Evitar los comentarios críticos.
- 10- Recoger la mesa todos los días y ayudar a fregar los platos tres veces por semana.

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
 FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
 GRADO EN TRABAJO SOCIAL
 TRABAJO FIN DE GRADO

Ejemplo del cuadrante de cómo se está haciendo el decálogo de manera semanal

Tareas a realizar	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Fumar menos de un paquete diario							
No fumar dentro de una habitación							
Comer cinco piezas de fruta diaria							
Hacer todos los días la cama							
Ir aseado todos los días							
Seguir el tratamiento terapéutico							
No faltar a las actividades del Centro de Día							
Evitar comentarios críticos							
Recoger la mesa y fregar los platos tres veces por semana							
Marcar con una X si se ha cumplido la norma del decálogo en el día correspondiente							

Cartel del evento y folleto informativo para los familiares





Foto obtenida de <http://thumbs.dreamstime.com/x/la-mascota-abstracta-del-personaje-de-dibujos-animados-manosea-con-los-dedos-para-arriba-44206714.jpg>

Cómo mejorar la situación de las personas con esquizofrenia:

- No usar términos antiguos como locos, psicópatas, entre otros.
- Hablar de la enfermedad de una manera normalizada y no convertirla en un *tabú*.
- No aislarlos, eso puede hacer que la enfermedad se agrave.
- Ante cualquier duda dirigirse a los profesionales.



CENTRO DE
REHABILITACIÓN Y
APOYO PSICOSOCIAL
976798161
C/Pablo Iglesias, 40-42
CP:50018 Zaragoza

Subvenciona:



Fundación Ramón
Rey Ardid



Foto obtenida de http://esquizofreniaparanoide.com/wp-content/uploads/2012/10/Faceless_Composition_by_Jarofairie.jpg

Rehabilitación Psicosocial

Es un proceso que pretende ayudar a las personas que presentan dificultades psíquicas en relación con su entorno. Intentando mejorar las áreas necesarias para que su situación sea lo más normalizada posible.

Tipos de Esquizofrenia:

Paranoide
Catatónica
Desorganizada
Indiferenciada
Residual

“La pesadilla de la esquizofrenia, es no saber lo que es verdad.” (Una mente maravillosa)

Emoción Expresada

Es una serie de características de la conducta que tiene la familia dentro de su propio entorno hacia el enfermo. La existencia de la Emoción Expresada viene dada por cinco componentes:

Criticismo del familiar
Hostilidad
Sobreimplicación
Calor
Comentarios positivos



Foto obtenida de <https://busnueve.files.wordpress.com/2009/03/locura.jpg>

Esquizofrenia

Es una enfermedad que consiste en una desconexión con la realidad. Para que esta enfermedad sea reconocida debe haber como mínimo dos o más de los siguiente síntomas de manera prolongada en el tiempo:

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado.
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO FIN DE GRADO