



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

PROYECTO DE SENSIBILIZACIÓN Y APOYO A FAMILIARES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE ENFERMEDAD MENTAL

Autor:

Yolanda González Petisme

Director:

Francisco Galán Calvo

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

2017

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. FUNDAMENTACIÓN - MARCO TEÓRICO.....	4
2.1. SALUD MENTAL Y TRABAJO SOCIAL	4
2.1.1 EVOLUCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL.....	5
2.1.2. TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG).....	6
2.1.3. UNIDAD DE CORTA ESTANCIA (UCE)	7
2.2. FACTORES SOCIALES EN SALUD MENTAL	10
2.3. SALUD MENTAL Y FAMILIA	14
2.3.1. DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD	15
2.4. ENFOQUES EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA	16
2.5. TERAPIA PSICOEDUCATIVA PARA LA ESQUIZOFRENIA	18
2.5.1 ETAPAS DE LA TERAPIA.....	18
3. METODOLOGÍA.....	20
4. PROYECTO.....	21
4.1. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN.....	21
4.2. OBJETIVOS	24
4.3. ACTUACIONES.....	25
4.3.1. BENEFICIARIOS.....	25
4.3.2. DIFUSIÓN	25
4.3.3. ETAPAS DEL PROYECTO	25
4.4. TEMPORALIZACIÓN	35
4.5. RECURSOS.....	37
4.6. EVALUACIÓN.....	39
5. CONCLUSIONES.....	41
6. ANEXOS.....	43
6.1. ANEXO 1 - DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL EN ARAGÓN	43
6.2. ANEXO 2 – MODELO CARTEL PARA DIFUSIÓN	44
6.3. ANEXO 3 – CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA LAS FAMILIAS.....	45
7. BIBLIOGRAFÍA	47

1. INTRODUCCIÓN

A continuación se desarrolla mi Trabajo de Fin de Grado, el cual consiste en un proyecto que surgió a raíz de realizar las prácticas del grado en el área de psiquiatría, concretamente en la Unidad de Corta Estancia del hospital Royo Villanova.

Durante mis prácticas de 5 meses en el hospital, detecté que existía en este tipo de unidades una falta de atención a la familia, la cual en muchas ocasiones no entendía la enfermedad, por lo que no sabía cómo convivir con ella, ni cómo poder mejorar la situación en la que se encontraban.

Por otro lado, debido a mis circunstancias personales, he vivido siempre de cerca el tema de la enfermedad mental, teniendo a varias personas en mi entorno que la sufren. En mi caso, he podido llegar a comprender mejor todo lo que rodea la enfermedad mental, gracias a mi formación y a mi estancia en el Royo Villanova, pero es cierto que creo que he vivido en primera persona la falta de información que la familias viven, lo que les impide actuar para ayudar a sus familiares y poder entender que es lo que les sucede.

Así pues, el objetivo fundamental que persigue este proyecto es: “Potenciar las habilidades por parte de las familias para reducir los altos niveles de “emoción expresada” y con ello las recaídas de sus familiares con Trastorno Mental Grave (TMG)”.

Por ello, aunque este proyecto busca mejorar las condiciones de vida de las personas con TMG, el trabajo en sí, va dirigido a las familias, siendo las beneficiarias directas de los talleres que propongo, que las ayudarán facilitándoles conocimientos, tácticas, herramientas y habilidades que puedan utilizar en su día a día.

2. FUNDAMENTACIÓN - MARCO TEÓRICO

2.1. SALUD MENTAL Y TRABAJO SOCIAL

Para poder introducir el concepto de Salud Mental antes voy a hacer un inciso para centrarme en el concepto de Salud en general, siguiendo la definición que nos dio la Organización Mundial de la Salud (OMS), que aparece en el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York en 1946: “La salud es un estado de **completo bienestar físico, mental y social** y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Además vemos reflejado esto a su vez también en la definición de Salud Mental, que también nos aporta la OMS, en la que habla de esta como algo más que la ausencia de trastornos mentales. Así pues, como vemos no restringe el término de salud, ni de salud mental a las afecciones físicas o mentales, sino que va más allá, hablando del componente social de las enfermedades, en lo cual tiene mucho que aportar el Trabajo Social.

Como nos recuerda Miguel Miranda en su capítulo “El Trabajo Social en Salud Mental. Un poco de historia”, en 2004 la OMS clasificó la Salud Mental como una materia de interés para toda la sociedad, ya que esta afecta a la totalidad de la misma, por ello afirmó que “No hay grupo humano inmune; empero, el riesgo es más alto en los pobres, los sin techo, el desempleado, en las personas con poco nivel de escolaridad, las víctimas de la violencia, los migrantes y refugiados, las poblaciones indígenas, las mujeres maltratadas y el anciano abandonado” (Miranda,2015). Con esta cita quiero plasmar la claridad con la se aprecia la existencia de un componente social en las enfermedades mentales, siendo los sectores mencionados algunos de los más vulnerables para padecer dichas enfermedades.

Por todo esto, lo lógico es hablar de la necesidad de un **“modelo integral de salud”** que trate todas las necesidades que los pacientes presentan, tanto de tipo físico como mental o social. Sin embargo, la práctica nos hace ver cómo se dan otras prioridades, siendo lo biológico lo que permanece por encima tanto de lo mental como de lo social, conociéndose a esto como **“modelo médico hegemónico”**.

Por su parte, el Trabajo Social siempre ha defendido una visión holística, con la necesidad de la individualización de los casos y con un enfoque integral. Aunque la perspectiva biomédica es la que sigue teniendo una posición hegemónica entre los profesionales de la Psiquiatría, hay que mantener desde las Ciencias Sociales un dialogo y debate con el resto de profesionales para intentar conseguir que los pacientes lleguen a ser tratados desde una perspectiva bio-psico-social.

2.1.1 EVOLUCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL

Para poder introducir brevemente algunos puntos de la historia del Trabajo Social en Salud Mental me voy a basar en el Capítulo de Miguel Miranda, “El Trabajo Social en salud mental. Un poco de historia” (Miranda Aranda, 2015, págs. 69-81). En primer lugar, es importante mencionar la figura del psiquiatra **Adolf Meyer**. Según Miranda este fue muy influyente en la Psiquiatría norteamericana del siglo XX. Meyer con ayuda de su mujer, **Mary Potter Brooks**, trabajadora social, introdujo la teoría psicobiológica en la Psiquiatría, dando novedosa importancia a los factores sociales en Salud Mental.

Esto se encuentra ligado a una práctica, que se dio a principios de años noventa y a la que se denominó **Movimiento de Higiene Mental**, a la que encontramos ligada a Jane Addams, referente del Trabajo Social. Este movimiento, buscaba el evitar el ingreso del enfermo mental en las instituciones hospitalarias, buscando otro tipo de formas de intervención. Es entonces, cuando lo que hasta ese momento había sido el referente en cuanto establecimientos psiquiátricos, los manicomios, entraban en crisis y las críticas hacia ellos se fueron incrementando cada vez más.

Lo que se estaba produciendo es lo que hoy en día llamamos “**la reforma psiquiátrica**”, la cual dependiendo del lugar llevó un ritmo u otro, y llegó, en su desarrollo, hasta puntos diferentes. Esta trajo planes psiquiátricos, nuevos dispositivos y mayor protagonismo y presencia del Trabajo Social en ellos. Concretamente fue en el Hospital Psiquiátrico de Boston donde por primera se creó un Departamento de Trabajo Social, cuya trabajadora social dirigente fue **Mary C. Jarret**, la cual se puede afirmar que es una pionera del Trabajo Social en Salud Mental. También fue influyente para todo lo mencionado, la llegada de Freud a Estados Unidos con su **Teoría del Psicoanálisis**, que serviría de referente teórico durante las siguientes décadas.

En **España**, todo esto se produjo de forma tardía, incorporándose primero los trabajadores sociales a los manicomios, donde las funciones que tenían no eran claras. No fue hasta la creación de hospitales universitarios que fue posible la incorporación de un mayor número de trabajadores sociales al ámbito de la Psiquiatría.

Por otro lado, añadir que a partir de **los años sesenta**, tras tener un avance la psiquiatría comunitaria, se ha producido, con la globalización y los avances en la investigación biológica, un retorno a la hegemonía de lo biológico y el desarrollo cada vez mayor de farmacología, disminuyendo la formación psicodinámica. Esto ha llevado a un fuerte declive de la influencia del Psicoanálisis aunque es cierto que en general la población ve gran relación entre los problemas psicológicos y la Salud Mental.

Para finalizar, aunque como he dicho se ha producido un gran desarrollo en el campo de los fármacos y estos son mucho mejor tolerados que hace años, se podría decir que la eficacia no ha aumentado en la medida de lo esperado, sin embargo estos fármacos combinados con una buena **atención bio-psico-social** podrían tener mejores resultados.

2.1.2. TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

Una de las definiciones de **trastorno mental grave (TMG)** con mayor consenso es la que fue formulada por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) en 1987, citada en Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave (2009), que define a este colectivo 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”

Una de las clasificaciones más aceptadas en cuanto a trastornos mentales, es la que nos ofrece la Organización Mundial de la Salud (OMS), citada en Andréu (2015), por la cual podríamos diferenciar las siguientes categorías:

- Trastornos mentales orgánicos: demencias, delirios.
- Trastornos del comportamiento por consumo de sustancias psicótropas.
- Trastornos psicóticos: esquizofrenia, psicosis transitoria aguda, trastorno delirante, trastorno esquizoafectivo.
- Trastornos del humor: episodio maniaco, trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente, distimia.
- Trastornos neuróticos asociados al estrés y somatomorfos: fobias, trastornos de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno asociado al estrés, trastornos disociativos, trastornos somatomorfos.
- Trastornos del comportamiento asociados a funciones fisiológicas: trastornos de la alimentación, trastornos del sueño no orgánico, disfunción sexual no orgánica, trastornos puerperales.

- Trastornos de personalidad del comportamiento del adulto.
- Retraso mental y otros trastornos del desarrollo psicológico.
- Trastornos de la infancia y la adolescencia.

Este colectivo presenta ciertas necesidades específicas que deben ser abordadas, algunas de los ejemplos que propone el Plan Estratégico de Salud Mental de Aragón 2002-2010 citado en Andréu (2015), son las siguientes:

- La necesidad de recibir atención sanitaria
- Necesidad de atención socio sanitaria
- Necesidad de atención social
- Derecho al trabajo, formación y ocupación
- Necesidad de ingresos económicos adecuados
- Necesidad de vivienda y alojamientos con soporte
- Derecho a la libertad, la intimidad y a la protección jurídica
- Necesidad de soporte a las familias
- Derecho a la participación social

2.1.3. UNIDAD DE CORTA ESTANCIA (UCE)

Es importante hacer una introducción sobre las **Unidades de Corta Estancia** (UCE), ya que es en este tipo de dispositivos, donde en mis prácticas, detecté una falta de atención a las familias de los pacientes hospitalizados.

Creo que mediante una adaptación de la terapia psicoeducativa, de la que hablaré posteriormente, se podría reducir la “emoción expresada” ¹ de las familias, reduciendo así por tanto el número de reingresos que se producen. Posteriormente se hará una explicación del concepto de “emoción expresada” y de la terapia psicoeducativa.

¹ Estos términos serán explicados posteriormente

Algunas de las funciones de los trabajadores sociales en este tipo de unidades son las siguientes:

- Atención tanto individual del paciente
- Atención familiar
- Coordinación con otros dispositivos socio-sanitarios
- Orientación e información sobre los recursos disponibles
- Prevención, promoción e inserción social
- Trabajar con la problemática social que en muchos casos presenta el alta hospitalaria

En este tipo de unidades se enmarca en los dispositivos de tipo sanitario y el perfil de los pacientes que podemos encontrar es de enfermos psiquiátricos que se encuentran en una situación aguda o de crisis² de su enfermedad. Estos pacientes pueden ser ingresados tras su paso por urgencias o incluso derivados de otros dispositivos, como podría ser una Unidad de Media Estancia, entre otras.

El tiempo medio que suelen estar ingresados los pacientes en este tipo de unidades es de entre 20 o 30 días, aunque puede haber excepciones en las que el tiempo de ingreso sea superior. Al alta, en algunos casos los pacientes son derivados a otros dispositivos, como por ejemplo Centros de Día, Unidades de Media Estancia e incluso Unidades de Larga Estancia³, etc.

Las Unidades de Corta Estancia (UCE) cuentan con unas características físicas y estructurales muy características, ya que al tratarse de pacientes en los que puede existir riesgo de suicidio, de hacer daño a terceras personas, cuadros de bajo peso, etc. se necesita que exista una gran atención sobre ellos y por tanto la existencia y respeto de normas de seguridad muy estrictas.

Como caso concreto que conozco personalmente y con objetivo de plasmar con ejemplos a lo que me refiero con características físicas y estructurales, la UCE del hospital Royo Villanova cuenta con barreras en las ventanas y en la zona con balcón, cristales de seguridad, todas las puertas van cerradas con llave (despachos, zona de enfermería, comedor, etc.), hay una sala común en la que los pacientes realizan actividades con el personal del centro, como por ejemplo lectura de cuentos y posterior reflexión sobre los mismos. Por otro lado, para que las visitas puedan entrar deben llamar a un timbre, para que desde dentro de abra la puerta.

² “Estado temporal de desequilibrio (No es una enfermedad). Tiene, en cambio, un potencial de crecimiento para la persona, representa al mismo tiempo un peligro y una oportunidad de mejora personal.” (Ramírez de Mingo, 1992)

³ Anexo 1 – Dispositivos de Salud Mental en Aragón

En cuanto a las normas que podemos encontrar en estas unidades, está prohibido entrar con mecheros o cualquier tipo de objeto que pueda resultar peligroso y los pacientes no pueden utilizar cordones en las zapatillas. Además, una diferencia notoria con el resto del hospital es que las comidas, se hacen en un comedor común, a no ser que algún paciente por motivos físicos no pudiese desplazarse y tenga que comer en la habitación.

Para terminar, es importante hablar de que durante el ingreso en este tipo de unidades se debe realizar un diagnóstico y tratamiento a los pacientes, pero no solo de tipo exclusivamente médico, sino también psicológico y social. Aquí es, donde tendría un hueco en las Unidades de Corta Estancia la psicoeducación, en la parte social del diagnóstico y tratamiento.

2.2. FACTORES SOCIALES EN SALUD MENTAL

El objetivo que me planteo ahora es entender la importancia de cada uno de los factores sociales sobre las enfermedades mentales. Para ello voy a utilizar una división que nos aporta el Manual de Terapia Ocupacional en Salud Mental en uno de sus capítulos (Berrueta Maetzu & Bellido Mainar, 2012):

- **Variables sociodemográficas**

- **Edad:** Como dicen Berrueta y Bellido en el caso de la edad se puede decir que existe mayor incidencia de enfermedades mentales en adultos jóvenes. Sin embargo, es importante señalar que la morbilidad de determinadas enfermedades mentales cambia según el rango de edad. Sin embargo, se puede afirmar que “más del 50% de las enfermedades mentales se inician en la infancia o adolescencia y tendrán continuidad en la edad adulta” (Alonso, de Anta, Muro, & Quintero, 2015). Por otro lado, también según estos autores la prevalencia de enfermedades mentales en niños y adolescentes se encuentra entre el 5 y el 22% y entre un 4 y un 6% de los niños y adolescentes tienen un trastorno mental grave.

En cuanto a las personas mayores, en muchas ocasiones pueden verse con dificultades en la capacidad de autocuidado, dificultades en la movilidad, dolores y otros problemas tanto de tipo físico como mental, llegando a necesitar asistencia a largo plazo. No hay que olvidar que la salud mental y la física van de la mano. Las personas mayores también resultan más vulnerables al maltrato físico, psicológico, emocional, dolor por pérdidas de seres queridos, abandono, etc. En base a los datos de la OMS todos estos factores hacen que sea destacable la presencia de depresión en esta etapa vital, siendo el 7% de la población de ancianos a quienes les afecta la depresión unipolar.

- **Sexo:** En este caso, en general, la morbilidad es mayor en las mujeres. Sobre todo en la adolescencia, y tras esta, hay un predominio mayor de las enfermedades de la conducta alimentaria que afectan mayoritariamente a las mujeres. Son las mujeres las que también padecen más enfermedades como la depresión, ansiedad y trastornos de tipo somático. Por otro lado, en el caso de los hombres muestran mayores probabilidades que las mujeres de padecer trastornos por abuso de sustancias, como por ejemplo el alcohol.

Según un estudio, realizado sobre los determinantes de género en salud mental “En el Estado Español, el riesgo de mala salud mental en del 21,3% de la población pero la frecuencia es casi el doble en mujeres (27%) que en hombres (15,6%).” (Pla Julian, Adam Donat, & Bernabeu Díaz

, 2013) Esta diferencia por sexo se mantiene en todos los rangos de edades, excepto en la infancia. El grupo más vulnerable en cuanto al riesgo de sufrir una enfermedad mental sería el de mujeres españolas, adultas o de avanzada edad y de clase social baja. En segundo lugar, se encuentran las mujeres extranjeras jóvenes.

Por otro lado, el género se puede considerar un factor de riesgo en todas las etapas de la vida para la manifestación de sintomatología depresiva. Por último añadir que los resultados varias investigaciones reflejan que las mujeres solicitan ayuda psiquiátrica con más frecuencia que los hombres, pudiendo deberse a su mayor morbilidad psiquiátrica, a que está más socialmente aceptado que las mujeres acudan al médico que los hombres, al igual que se acepta más que las mujeres manifiesten sus sentimientos que los hombres, etc. (Pla Julian, Adam Donat, & Bernabeu Díaz, 2013)

- **Estado civil:** Según Berrueta y Bellido, independientemente del sexo los solteros tienen la menor morbilidad psiquiátrica, con cifras altas entre las personas que son viudas, separadas o divorciadas.

En el caso de los matrimonios, estos resultan favorables para los hombres pero las mujeres casadas, que tienen hijos pequeños y sean de clase social desfavorecida, sufren más riesgo de padecer una enfermedad mental.

Por otro lado, hay varios estudios que ponen de manifiesto el hecho de que tanto en hombres como en mujeres el divorcio es un factor que aumenta el riesgo de sufrir enfermedades, en el caso de salud mental sobre todo aumentaría las probabilidades de sufrir enfermedades como la depresión, fobias, ansiedad, etc. Estos a su vez pueden favorecer que se den trastornos psicossomáticos o conductas nocivas como adicciones. (Simó Nogera, Hernández Monleón, Muñoz Rodríguez, & González Sanjuán, 2015).

- **Profesión:** Aunque en este caso los resultados de las investigaciones son dispersos se puede decir que los puestos de trabajo que tienen un mayor nivel de estrés, de riesgos laborales, etc. tienen mayor morbilidad psiquiátrica. Esto se debe a que en sí mismo el estrés es un factor que conlleva riesgo en la morbilidad mental, y no solo en esta, sino que también influye en otras enfermedades. Así pues aunque el trabajo puede ser un factor que promueva la salud mental de las personas, añadiéndole el componente del estrés puede funcionar como factor de riesgo (Trucco Burrows, 2004). Por otro lado, añadir que el hecho de estar desempleado o en baja laboral también puede ser un factor de riesgo en salud mental, al igual que estar jubilado o ser pensionista. El hecho de tener un contrato laboral precario, ya sean contratos de tipo temporal o

inexistencia del mismo, también contarían como factores de riesgo. (Rocha, Pérez, Rodríguez Sanz, Borrell, & Obiols, 2010)

- **Residencia:** Según algunos estudios y como afirman Berrueta y Bellido los modos de vida rural ejercen en cierta forma como factor de protección sobre las enfermedades mentales, siendo en modos de vida urbanos en los que encontramos más prevalencia de las enfermedades mentales. Esto entre otras cosas puede deberse a la existencia de un mayor nivel de estrés en las ciudades que en las zonas rurales, por lo cual las primeras son más afectadas por enfermedades psiquiátricas.

- **Variables socioculturales**

- **Nivel sociocultural:** En este caso tanto la morbilidad como la gravedad de la enfermedad que se padezca son inversamente proporcionales al nivel de clase social, siendo las clases sociales más bajas las más afectadas. Por otro lado, teniendo en cuenta los estudios, tanto en mujeres como en hombres, se presenta una mayor morbilidad psiquiátrica en las personas sin estudios o con estudios primarios (Rocha, Pérez, Rodríguez Sanz, Borrell, & Obiols, 2010).

- **Variables generadoras de estrés**

- **Actitudes socioculturales:** Las actitudes que la sociedad tiene acerca de la enfermedad mental contribuyen a que se mantengan consecuencias sociales negativas, aislando, estigmatizando, etc. a las personas que sufren enfermedades mentales. Como dice Miranda “Y en el siglo XXI el riesgo de marginación sigue estando asociado a la enfermedad mental. No forma parte de su esencia. Es algo añadido fruto de la estructura social, de la ideología compartida, de los prejuicios y estereotipos, de la etiquetas. Algo que pertenece a lo “cultural”, a lo “social”, no a lo estrictamente biológico y, por tanto, materia de actuación para los trabajadores sociales que, como quedo establecido, son los portadores de la dimensión social de la enfermedad.” (Miranda Aranda, 2015, pág. 150).
- **Acontecimientos vitales y ambientales estresantes:** En este caso son un factor de riesgo tanto en el caso de que se traten de acontecimientos de tipo positivo (mejora en el puesto de empleo) como negativo (ser despedido). Esto se debe a que ambos tipo son acontecimientos que causan estrés. Los acontecimientos de este tipo tienden a ser más frecuentes en personas con un nivel socioeconómico bajo y entre minorías étnicas y raciales.
- **Emigración:** Esto produce un factor de riesgo sobre todo para enfermedades como la depresión o trastornos psicóticos. Algunos autores hablan de la existencia de un síndrome

específico, el síndrome de emigrante con estrés crónico o “el síndrome de Ulises”. Estaría a medio camino entre los trastornos adaptativos y el trastorno por estrés postraumático. En general, se puede decir que ser de origen de un país en vías de desarrollo aumenta las probabilidades padecer una enfermedad mental.

- **Enfermedades crónicas:** Por su parte padecer enfermedades crónicas o tener limitaciones en las actividades diarias son dos factores que también aumentan la morbilidad psiquiátrica. En el caso de las limitaciones en las actividades diarias el aumento de la morbilidad es mayor si dichas limitaciones se producen por factores mentales (Rocha, Pérez, Rodríguez Sanz, Borrell, & Obiols, 2010)
- **Pobreza, guerra, desplazamiento, inestabilidad económica, etc.:** Podríamos hacer una larga lista de elementos que suponen factor de riesgo. Cualquier elemento desestabilizador o que genere estrés en un momento dado podría convertirse en un factor a tener en cuenta.
- **Capital social**
 - **Redes sociales:** Estas ejercen un importante factor de apoyo, que sirve para generar una identidad social y posibilita a la sociedad el control individual. Dentro de la redes sociales encontramos la familia, la cual es fundamental en el desarrollo de la vida de las personas.
 - **Apoyo mutuo:** Esto puede incluir apoyo emocional, intercambio de información, recursos, servicios, bienes materiales, etc. Puede ejercer un efecto amortiguador sobre los factores de riesgo que hemos mencionado, por lo que tiene una gran importancia y va estrechamente relacionado con la salud. Al igual que un buen apoyo mutuo puede ejercer un efecto positivo, la carencia del mismo hace que la morbilidad psiquiátrica sea mayor. En ocasiones los inmigrantes se ven muy afectados por este factor cuando se encuentran solos en el país receptor, lo que les hace ser más vulnerables.

2.3. SALUD MENTAL Y FAMILIA

El papel de la familia en las enfermedades mentales ha ido cambiando en los últimos años, aunque es cierto que después de la reforma psiquiátrica la intervención familiar se ha convertido en algo esencial en el tratamiento de las enfermedades mentales, ya que es importante pensar en la familia como el mejor recurso para ayudar a la persona con enfermedad mental.

Hay datos que nos muestran la importancia de involucrar a la familia en el tratamiento de las personas con enfermedad mental, como que el 80% de las personas que padecen Trastorno Mental Grave viven con sus padres (Siurana López, 2015, pág. 309). Por ello, se ha ido intentando tratar a las familias desde un punto de vista sistémico, para la mejora de estructura y comunicación familiar, entre otras cosas.

Por esto todos los planes autonómicos de salud mental incluyen en su cartera de servicios un Programa de Atención a las Familias, en los cuales la figura del trabajador social es fundamental. Podemos hablar de dos tareas fundamentales del trabajador social en los equipos multidisciplinarios:

- “Realizar un diagnóstico de la situación psicosocial del paciente: personal (recursos propios y capacidades conservadas), contexto (redes y apoyos sociales, recursos del entorno) y malestar psicosocial generado en la interacción del individuos y el contexto.
- Disminuir las situaciones de desventaja o minusvalía detectadas y proporcionar los soportes sociales necesarios mejorar su adaptación social y favorecer su inserción en la comunidad.” (Siurana López, 2015, pág. 310)

Aunque la importancia de la familia como recurso para el tratamiento de los pacientes este demostrada es cierto que en la atención bio-psico-social, lo biológico es a lo que más importancia se le sigue dando. Esto hace que en muchas ocasiones las intervenciones familiares se queden en un segundo plano o no se busque la mejor forma de actuar con cada tipo de familia, sino técnicas generales, que pueden no ser eficaces para todas ellas.

Así pues a la hora de trabajar con las familias es fundamental la realización de un diagnóstico familiar, que nos ayude a orientar adecuadamente la forma de trabajar con cada tipo de familia, para finalmente llegar a la realización del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) el cual podemos definir como “Esquema o programa sistémico en el que se proponen objetivos y formas e llevarlo a cabo, estructurando secuencialmente, flexible y dinámico (permite realizar cambios), a modo de guía desde el que realizar la toma de decisiones” (Siurana López, 2015, pág. 330).

2.3.1. DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

La situación que genera el diagnóstico de una enfermedad mental en el ámbito familiar, y de la cual nos habla Siruana (2015), por lo general suele ser brusca y necesita de una intervención. Se debe tener en cuenta en primer lugar que la mayoría de los Trastornos Mentales Graves se diagnostican durante la adolescencia, que es en muchos casos cuando se produce el primer brote psicótico. Por otro lado, es cierto que en nuestra sociedad existe un gran estigma en cuando a la enfermedad mental y las familias suelen tener un gran desconocimiento sobre la sintomatología de las mismas, esta es una de las cosas por las que es fundamental trabajar con las familias y conseguir que estas entiendan en qué consiste la enfermedad.

Según Buckman citado en Siruana (2015) se pueden identificar las siguientes reacciones en las familias:

1. **Protección:** Es la reacción normal ante algo que afecta a personas que queremos.
2. **Rabia:** La violencia que produce la rabia puede ser dirigida hacia el paciente, médicos, otros miembros de la familia, etc.
3. **Duelo:** El diagnóstico supone la pérdida de expectativas que teníamos de la persona, suponiendo un importante impacto en la familia nuclear.
4. **Culpa:** Se puede buscar un suceso que ha desencadenado la enfermedad, lo que produce desesperación y angustia por el miedo a ser, en parte, culpable de la enfermedad del paciente.
5. **Miedo:** Puede sufrirse miedo al futuro en todos los ámbitos de la vida. En lo social, lo económico, laboral, etc.

Como ya he comentado y siguiendo con los que nos dice Siruana (2015) las redes sociales son un gran apoyo para las personas con enfermedad mental, pero es cierto que tras el diagnóstico de la enfermedad se puede apreciar en muchos pacientes **aislamiento social**, restringiéndose en gran medida las redes sociales. Por ello es interesante trabajar para un buen estado de las redes sociales para los pacientes con Trastorno Mental Grave, ya que está demostrado que las personas con menor vínculos sociales tienen índices mayores de reingresos en Unidades a Agudos.

Por otro lado, hay que añadir que este aislamiento no solo afecta a los pacientes, sino que también es sufrido por la familia nuclear y sobre todo por el cuidador principal. En general para la familia de un paciente de Trastorno Mental Grave la convivencia puede resultar complicada, existiendo dificultades en la comunicación familiar, gran variedad de conflictos, altos niveles de estrés, etc.

2.4. ENFOQUES EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

Cuando hablamos de “terapia familiar” podemos darnos cuenta de que no se habla de algo único sino que en ella se engloban varios tipos, como son la terapia familiar psicoanalítica, la terapia familiar gestáltica, la terapia familiar conductual y la **terapia familiar sistémica**, entre otras. Es en esta última en la que me voy a centrar y la que será el eje fundamental del proyecto.

Como afirma la autora Inmaculada Ochoa: “El paradigma de la terapia familiar sistémica postula que ni las personas ni sus problemas existen en un vacío, sino que ambos están íntimamente ligados a sistemas recíprocos más amplios, de los cuales el principal es la familia. Como consecuencia, se precisa tener en cuenta el funcionamiento familiar de conjunto y no sólo el del paciente identificado, al que se considera “portador” de un síntoma, que únicamente se entiende dentro de un contexto. En este sentido, la terapia familiar sistémica realiza una labor preventiva para que, una vez despojado el paciente de su síntoma, no haya otro miembro de la familia que lo “sustituya” generando a su vez otra conducta sintomática” (Ochoa de Alda, 2004, pág. 9)

Así pues el “sistema” con el que se trabaja en este tipo de terapia es el sistema familiar, compuesto por un conjunto de personas con relación entre sí que forma una unidad. Para acotar el sistema familiar se necesitan unos “límites” que diferenciaran al grupo de los demás y marcará el círculo de apoyo, afecto, etc. de los miembros de la familia. Si seguimos el argumento de la autora Inmaculada Ochoa encontramos las siguientes características en los sistemas familiares:

1. Totalidad: Esto significa que de las evaluaciones individuales de los miembros del grupo no sirven para entender al mismo, sino que es necesaria la evaluación de sus interacciones.

2. Causalidad circular: Según este principio las relaciones familiares son algo recíproco, pautado y repetitivo.

3. Equifinalidad: Este principio establece que se puede llegar al mismo estado final en un sistema familiar con diferentes condiciones durante el proceso.

4. Equicausalidad: Este principio sería el inverso al anterior, es decir partiendo de las mismas condiciones iniciales se puede llegar a un final diferente.

5. Limitación: Esto quiere decir que cuando se adopta una determinada conducta se tiende a emitir la misma respuesta a lo largo del tiempo, por lo que sí es sintomática acabaría por ser una patología.

6. Regla de relación: Ya que para el ser humano las relaciones son un eje fundamental de su vida, en el sistema familiar se siente la necesidad de definir la relación entre sus miembros.

7. Ordenación jerárquica: Como en todo sistema dentro de las familias también existe jerarquía entre los miembros.

8. Teleología: Dentro de la unidad familiar una de las exigencias es que este sistema busque un proceso de continuidad y de crecimiento. Este principio va de la mano con el concepto del “ciclo vital familiar”.

En cuanto al “**ciclo vital familiar**”, se pueden establecer unas etapas universales que este sigue a pesar de las diferencias culturales que pueden existir. Aunque hay ciertos aspectos en los que no hay un total acuerdo entre los diferentes autores se pueden establecer unas bases de los mismos. Inmaculada Ochoa nos dice que podemos observar dos tipos de periodos, los de equilibrio y adaptación; y los de desequilibrio y cambio. “Los primeros se caracterizan por el dominio de las tareas y aptitudes pertinentes a la etapa del ciclo que atraviesa el grupo familiar, mientras los segundos implican el paso a un estadio nuevo y más complejo, y requieren que se elaboren tareas y aptitudes también nuevas” (Ochoa de Alda, 2004, pág. 22)

Según esta misma autora las etapas generales de las que se podría hablar en el ciclo familiar son las siguientes:

1. Contacto
2. Establecimiento de la relación
3. Formalización de la relación
4. Luna de miel
5. Creación del grupo familiar
6. La segunda pareja

Una vez analizadas las características de los sistemas familiares y el ciclo vital de los mismos, es importante recalcar que hay diferentes enfoques de terapia familiar sistémica, teniendo cada uno una metodología y duración diferente. Algunos enfoques son la Terapia del MRI de Palo Alto, la Terapia del grupo de Milán, la Terapia centrada en las soluciones, la Terapia estructural, la Terapia estratégica y, por último, y en la cual me voy a centrar la **Terapia psicoeducativa para la esquizofrenia**.

2.5. TERAPIA PSICOEDUCATIVA PARA LA ESQUIZOFRENIA

En la década de 1950, unos investigadores británicos encabezados por Brown realizaron la siguiente observación, que posteriormente les llevó a investigar, “había una relación entre las condiciones de vida a las que regresaban los pacientes, tras ser dados de alta en el hospital, y su riesgo de sufrir recaída; este riesgo era mayor en aquellos que retornaban a un hogar conyugal o parental, en comparación con quienes volvían a otras condiciones de vida” (Anderson, Douglass, & Hogarty, 1986).

Lo que observaron fue que las familias en las que había un alto nivel de “**emoción expresada**”, es decir en las que se manifestaban críticas, hostilidad y niveles de sobreprotección altos, tenían altos índices de recaídas en los meses posteriores al alta hospitalaria, mientras que esos índices eran inferiores en caso de que al alta los pacientes fuesen a hogares con baja “emoción expresada”. Es de esta observación y posteriores investigaciones es de donde surgió la **terapia psicoeducativa para la esquizofrenia**.

2.5.1 ETAPAS DE LA TERAPIA

Según Anderson, citado en Ochoa de Alda (2004) la terapia psicoeducativa familiar está formada por tres etapas. En la primera etapa, se trata de establecer conexión tanto con la familia, como con el paciente. En la segunda etapa, el objetivo es que los familiares del paciente reciban toda la información necesaria sobre la enfermedad y todo lo que la rodea. Por último, se haría una planificación para el momento del alta, volviendo el paciente a la vivienda familiar.

Así pues voy a pasar a detallar cada una de estas etapas:

1. Conexión con la familia: Esta fase se produce con el paciente todavía ingresado en el hospital y busca establecer una buena relación entre el equipo terapéutico y la familia, que facilitaran el buen funcionamiento de las fases posteriores. En esta etapa se evaluaría con la familia la crisis sufrida por el paciente, la reacción de ellos ante la misma y ante la propia enfermedad y otras variables familiares. En esta etapa es fundamental conseguir que la familia para que se una al esfuerzo del equipo terapéutico y se trabaje en la misma dirección.

Por último, es esta fase es fundamental evaluar la gravedad de la enfermedad y en concreto de la crisis, y como han afectado al sistema familiar. Por otro lado, también es importante conocer la reacción de la familia ante tratamientos anteriores. Todo lo conseguido en esta primera etapa ayudará a llevar con más facilidad las dos posteriores, sobre todo si ha conseguido involucrar en los objetivos tanto a la familia como al paciente.

2. Informar a la familia: Las respuestas típicas por parte de la familia cuando una persona enferma son de apoyo, siendo más tolerantes y prestando más atención a su familiar enfermo. Sin embargo, en personas con enfermedades mentales este tipo de respuestas pueden no resultar favorables, sino que tienden a aumentar el nivel de estrés y se refuerzan conductas inapropiadas. Por ello, esta etapa de la terapia es fundamental, ya que se informa a la familia sobre cuáles son las formas más adecuadas de tratar al paciente.

En esta fase de la terapia el paciente no está presente y como nos detalla Inmaculada Ochoa (2004) esto se debe a dos razones:

1. El paciente acaba de sufrir una crisis por la que ha sido hospitalizado por que este tipo de reunión podría causarle más estrés y empeorar la situación.

2. En esta reunión la familia puede exponer todas sus dudas e inquietudes tanto de la enfermedad como de la crisis sufrida, por lo que sin la presencia del paciente lo pueden hacer con mayor sinceridad y sintiéndose más cómodos.

Durante estas reuniones se suelen juntar a varias familias de personas con enfermedad mental, por ejemplo esquizofrenia. El objetivo es que puedan entender la enfermedad y las estrategias que deben seguir para ayudar al paciente. Se aclara que el origen de las enfermedades mentales es, en su mayoría, de tipo orgánico, ayudando a eliminar el sentimiento de culpa que a veces existe en el sistema familiar e intentando destacar los puntos fuertes de la familia para trabajar en las estrategias que se explican.

3. Planificación de la vuelta a casa: En esta fase el paciente ya ha sido dado de alta y comienza siendo de sesiones familiares cada dos semanas. Se irían reestructurando los objetivos y las tareas que el paciente debe alcanzar y realizar según la evolución del mismo y se buscarían soluciones de forma conjunta con la familia y el paciente a los problemas que fuesen surgiendo.

3. METODOLOGÍA

La elaboración del proyecto, parte de la detección, en las prácticas en la Unidad de Corta Estancia del hospital Roy Villanova, de una carencia en la atención a las familiares de las personas ingresadas.

Desde que decidí la temática que iba a seguir el proyecto me he apoyado en mi tutor, para que en un primer momento, me guiase en los pasos que debía ir dando y me fuese orientado a lo largo del tiempo.

Una de las fuentes de información para la elaboración del mismo es mi **experiencia propia vivida durante las prácticas**, en las que pude trabajar con perfiles de pacientes muy diferentes, leer y realizar informes, entrevistas, etc. En ellas detecte que se producían una gran cantidad de reingresos, ya que en menos de 6 meses se dieron varios de estos casos.

Por otro lado, para la realización del proyecto ha sido fundamental la **consulta bibliográfica**, sobre diversas temáticas:

- Diseño de proyectos sociales
- Entrevistas en trabajo social
- Manuales de psicoeducación
- Manuales de Trastorno Mental Grave
- Manuales sobre Salud Mental
- Proyectos similares sobre psicoeducación
- Legislación y funcionamiento del Sistema Sanitario Aragonés

Toda la consulta bibliográfica se ha realizado a través de plataformas de búsqueda de la Universidad de Zaragoza, Dialnet, Alcorze, etc. Esto se ha realizado de esta forma para buscar en todo momento las fuentes de mayor fiabilidad y rigor académico.

4. PROYECTO

Antes de empezar la elaboración el proyecto que voy a realizar en este punto creo que es importante aclarar a que nos referimos cuando hablamos de **proyecto social o cultural**. La definición que nos dan los autores Ezequiel Ander-Egg y María José Aguilar es la siguiente: “Se trata de una ordenación de actividades y recursos que se realizan con el fin de producir “algo”, ya sea bienes o servicios capaces de satisfacer necesidades o de resolver problemas”. (Ander-Egg & Aguilar , 1991, pág. 13)

La base sobre la que se asienta el proyecto es la detección de una falta de mayor atención a las familias de los pacientes con TMG en las Unidades de Corta Estancia. Este proyecto pretende solucionar dicha carencia mediante la realización de una entrevista tanto con la familia como con el paciente y la posterior realización de talleres psicoeducativos para las familias, ayudando a las mismas a adquirir mayores conocimientos sobre los TMG y potenciando sus habilidades para que les ayuden a mejorar la situación una vez el paciente sea dado de alta. Teniendo como finalidad principal reducir el número de reingresos de dichos pacientes en este tipo de unidades.

4.1. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

El ámbito de intervención del proyecto es en el Sistema Sanitario y en particular en la cartera de servicios que están integradas dentro del SALUD (Servicio Aragonés de Salud), centrándome concretamente en las **Unidades de Corta Estancia (UCE)**. En general, en este tipo de dispositivos ingresan pacientes que se encuentran en una fase aguda de su enfermedad pero de los que espera una alta médica rápida. Esta alta en ocasiones suele ir acompañada de otros soportes como podría ser por ejemplo un Centro de Día o un Hospital de Día. Por ello, es en este tipo de Unidades donde más sentido tiene mi proyecto, ya que con un buen soporte familiar, mediante talleres psicoeducativos, los pacientes podrían bajar el índice de reingresos y mejorar su situación. Sin embargo, si durante el ingreso se viese que la enfermedad no puede ser controlada para dar el alta, se podría solicitar plaza en Unidades de Media o Larga Estancia, dependiendo de las características del paciente.

Para ponernos en situación voy a hacer un resumen general de la actual división del Mapa Sanitario de Aragón, este fue modificado a través del **Decreto 207/2003 del 22 de julio**, estructurándose la atención sanitaria en torno a ocho sectores. En cada uno de ellos se integran los diferentes dispositivos asistenciales de Atención Primaria, Atención Especializada y Salud Mental, además de la existencia de un Centro Coordinador de Urgencias (061) para todo el territorio.

Territorialmente, en la **provincia de Huesca** se distinguen los Sectores de Huesca y Barbastro. En la **provincia de Teruel**, los Sectores de Teruel y Alcañiz. Por el último, en la **provincia de Zaragoza** encontramos los Sectores de Calatayud, Zaragoza I, Zaragoza II y Zaragoza III, contando cada sector con un Hospital de referencia.

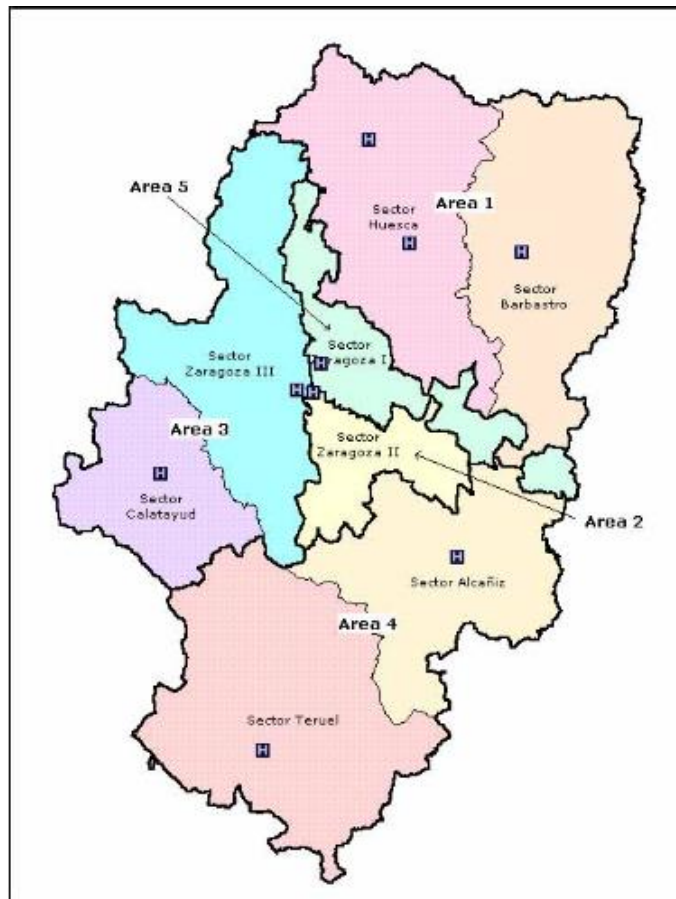


Ilustración 1. Mapa Sanitario de Aragón

Fuente: Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo

Así pues, centrándonos en la provincia de Zaragoza y concretamente en el ámbito de la Salud Mental nos encontramos con los siguientes centros:

- **SECTOR 1:**
 - Unidad de Salud Mental Actur Sur
 - **Unidad de Salud Mental Hospital Royo Villanova**
 - Unidad de trastorno de personalidad y de conducta alimentaria (UTP-UTCA). Hospital Nuestra Señora de Gracia
 - Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Actur Oeste

- Centro de Promoción de la Salud Mental.
- **SECTOR 2:**
 - **Unidad de Salud Mental Hospital Miguel Servet**
 - Unidad de Salud Mental Rebolería
 - Unidad de Salud Mental Romareda-Casablanca
 - Unidad de Salud Mental Torrero-La Paz
 - Unidad de Salud Mental Madre Vedruna-Miraflores
 - Unidad de Salud Mental Sagasta-Ruiseñores
 - Unidad de Salud Mental Las Fuentes
 - Unidad de Salud Mental San José-Norte
 - Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Muñoz-Fernández.
- **SECTOR 3:**
 - Unidad de Salud Mental Cinco Villas (Ejea)
 - **Unidad de Salud Mental Hospital Clínico Universitario**
 - Consultas Externas Hospital Clínico Universitario
 - Unidad de Salud Mental Delicias
 - Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Hospital Clínico Universitario.

Como se puede apreciar en la provincia de Zaragoza contamos con tres Unidades de Corta Estancia:

1. Unidad de Corta Estancia del Hospital Miguel Servet
2. Unidad de Corta Estancia del Hospital Clínico Universitario
3. Unidad de Corta Estancia del Hospital Royo Villanova

4.2. OBJETIVOS

Los objetivos que se persiguen con la realización de este proyecto son los siguientes:

- **OBJETIVO GENERAL:** Potenciar las habilidades por parte de las familias para reducir los altos niveles de “emoción expresada” y con ello las recaídas de las personas con TMG, de ese entorno familiar.
- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**
 - Entender qué es la enfermedad mental y su sintomatología
 - Aprender cómo manejar situaciones de crisis y poder alertar el abandono farmacológico
 - Conocer los cuidados que pueden necesitar sus familiares
 - Reducir los reingresos en Unidades de Corta Estancia

4.3. ACTUACIONES

4.3.1. BENEFICIARIOS

El **perfil al que va dirigido** es a pacientes con TMG de entre 18 y 45 años que viven con sus familias, y se encuentran ingresados en la Unidad de Corta Estancia, por lo que están en un momento agudo o de crisis de su enfermedad.

Es importante que estos pacientes no muestren síntomas de depresión psicótica, adicción a drogas o presenten enfermedades orgánicas, ya que en estos casos la psicoeducación no resultaría eficaz.

Aunque el perfil de los beneficiarios del proyecto se concreta a través de características de los pacientes, realmente el proyecto va dirigido en su mayoría a las familias de los mismos, ya que los talleres son para que estas adquieran conocimiento y habilidades que les sean útiles para la mejora de la situación de crisis.

4.3.2. DIFUSIÓN

Para dar comienzo a un proyecto, ya sea social o de otro tipo, es fundamental la difusión del mismo. En este caso la difusión se va a hacer mediante dos vías diferentes:

1. Difusión por parte de los profesionales: Los propios profesionales hablarán con las familias, cuyo perfil del paciente y del contexto familiar sea el adecuado para encajar en el proyecto y así para proponerles la participación en el mismo.

2. Cartel en la Unidad de Corta Estancia: Por otro lado, la segunda forma de difusión que se utilizaría sería la colocación de un cartel⁴ en la entrada de la Unidad de Corta Estancia, que pueda hacer que sean las propias familias las que demanden la participación en los talleres. El proyecto se sitúa en el Hospital Royo Villanova, por lo que es ahí donde se colocará el cartel para que sirva de información a las familias y que puedan ser las propias familias las que soliciten la participación en los talleres.

4.3.3. ETAPAS DEL PROYECTO

La terapia psicoeducativa, como he dicho consta de **tres etapas**. No obstante, ya que el proyecto busca adaptar una terapia psicoeducativa para las familias a un corto periodo de tiempo, para realizarla en aproximadamente dos semanas, la etapa de finalización, va ligada a la finalización de los talleres, por lo que realmente en el proyecto solo encontramos **dos etapas** bien diferenciadas. En cuanto a la tercera etapa,

⁴ Anexo 2 – Modelo cartel para difusión

que sería el seguimiento posterior, será realizado en otros recursos a los que se accederá posteriormente al alta de la Unidad de Corta Estancia (UCE).

Antes de la entrevista, la cual sería la primera etapa, se facilitará a cada miembro de la familia nuclear la siguiente plantilla (García Navarro, 2011), para poder posteriormente dar uno u otro enfoque a la entrevista en función de las respuestas que den cada familiar a las preguntas planteadas.

1. IDENTIFICAR ¿Cómo me siento?	
2. USAR ¿Cómo me quiero sentir?	
3. ¿Por qué me siento así (como he indicado en el “1”)?	
4. ¿Qué puedo hacer (conducta) para sentirme como me quiero sentir?	

Tabla 1. Plantilla para la familia nuclear

Fuente: García Navarro (2011)

- En la **primera etapa - Entrevista:**

Objetivos: Establecer conexión tanto con la familia como con el paciente. Estos dos objetivos son muy importantes para que el resto de etapas se realicen a forma eficaz y siendo más fácil tanto para el profesional, como para la familia y el paciente llegar a los objetivos marcados.

Asistentes: Trabajador social, familia nuclear y paciente.

Actividad: Entrevista en busca de conseguir una alianza terapéutica.

El modelo de entrevista que se aplicaría, para el cual me he basado en “La entrevista en Trabajo Social” (Cáceres C. , Oblitas B., & Parra P., 2000) para esta fase sería el siguiente:

PRIMER CONTACTO	Este se realiza habitualmente por teléfono, en este momento se presentaría el Trabajador Social e invitaría a la familia a una entrevista para conocerse. Se debe destacar la importancia de que acuda a este encuentro toda la familia, ya que de cada uno vamos a poder obtener información de diferente tipo.
PRIMERA ENTREVISTA	

INICIO O APERTURA	<ul style="list-style-type: none"> • Se cita a la familia entre 30 o 15 minutos antes de la entrevista. Este tiempo se utiliza para realizar un saludo y una presentación informal del Trabajador Social a la familia. • Es fundamental en esta fase el acercamiento del trabajador social a la familia • Los entrevistados deben conseguir poder captar la utilidad y beneficios que les puede aportar tanto la entrevista como las fases posteriores de la intervención. • Este primer contacto ya nos ofrecerá información y nos hará ver quiénes son los miembros de la familia con los que más fácilmente podremos establecer conexión. • Importante establecer la conexión con la familia hablándoles de la confidencialidad para que sientan que pueden abrirse y enfocar la situación desde su perspectiva con total sinceridad
DESARROLLO Y CONTENIDO	<ul style="list-style-type: none"> • En esta fase se realizaran preguntas y es importante que sean claras, sencillas, motivadoras y no invasoras. • Es importante realizar de entrevista desde la empatía y transmitiendo a las familia discreción. • Importante no preguntar información que no podamos justificar la razón por la cual la demandamos, pudiendo ser invasiva para los entrevistados.
TÉRMINO O FINAL	<ul style="list-style-type: none"> • En esta etapa el trabajador buscará la reflexión por parte de la familia, justificándose los encuentros que se van a dar a posteriori. • Es importante que los entrevistados salgan de la entrevista con sensación de apoyo.

Tabla 2. Esquema entrevista

Fuente: Creación propia

- En la **segunda etapa - Talleres**

Anderson, citado por Inmaculada Ochoa (2004), presenta un seminario tipo para la psicoeducación, centrándose concretamente en la esquizofrenia, para esta fase de la intervención:

9:00 – 9:15	Café e interacción informal
9:15 – 9:30	Introducciones formales y explicación del programa del día
9:30 – 10:30	¿Qué es la esquizofrenia?

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Historia y epidemiología ○ La experiencia personal del paciente ○ La experiencia social desde el observador ○ Psicobiología
10:30 – 10:45	Pausa para un café y debate informal
10:45 – 12:00	Tratamiento de la esquizofrenia <ul style="list-style-type: none"> ○ Medicación antipsicótica: actuación, necesidad, influencias sobre los resultados y efectos colaterales ○ Tratamientos psicosociales: efectos, otros tratamientos y técnicas
12:00 – 13:00	Comida y debate informal
13:00 – 15:30	La familia y la esquizofrenia <ul style="list-style-type: none"> ○ Necesidades del paciente y de la familia ○ Reacciones de la familia ante la enfermedad ○ Problemas que enfrentan los pacientes y sus familias ○ Qué puede hacer la familia para ayudar al paciente
15:30 – 16:00	Preguntas sobre problemas específicos <ul style="list-style-type: none"> ○ Resumen final ○ Interacción informal

Tabla 3. Seminario tipo psicoeducación

Fuente: Anderson, citado por Inmaculada Ochoa (2004)

Sin embargo, en el proyecto, y con el fin de poder hacerlo más práctico y participativo para las familias, esta etapa se va a dividir en la realización de dos talleres, en lugar de un solo seminario, que puede sobrecargar de información a las familias.

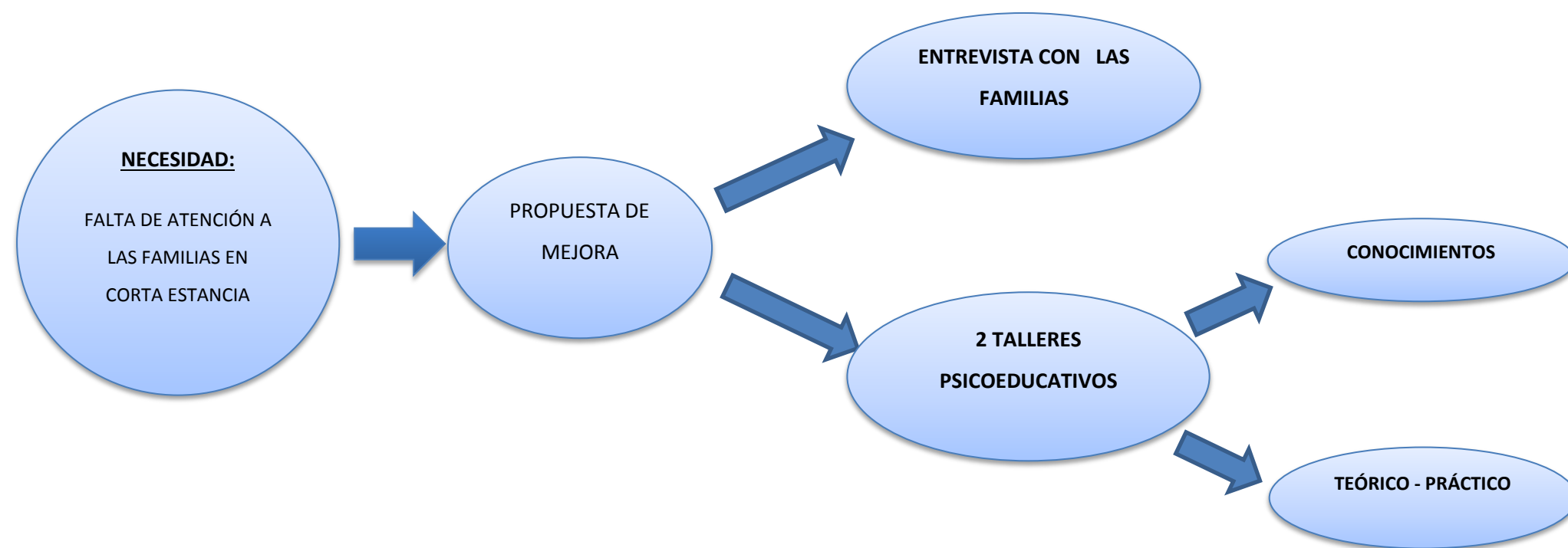
Esta modificación en las fases de la terapia psicoeducativa, también se debe a que este tipo de intervenciones duran en torno a tres meses y esto se debe adaptar al corto periodo de tiempo que duran los ingresos en las Unidades de Corta Estancia (UCE), que son de dos semanas de media.

Los dos talleres tendrán los siguientes contenidos:

1. Taller 1: En el primer taller se tratarán los temas más referentes al conocimiento de la enfermedad, resolución de dudas, compartir sentimientos por parte de las familias, etc.

2. Taller 2: En cuanto al segundo se centrará en una parte de tipo más teórico-práctica y finalizando con la información de recursos disponibles, utilizando esto como una etapa de cierre.

La estructura del proyecto reflejada de forma esquemática es la siguiente:



Paso a detallar en qué consistirán cada uno de los talleres:

TALLER 1

1. HABLAR DE LA ENFERMEDAD

Esta esta primera parte es el grueso del primer taller y la sección más teórica de todas. En ella es importante que queden claros conceptos como:

- Qué es el trastorno mental grave
- Que tratamiento tiene
- Para qué sirve dicho tratamiento
- Posibles efectos secundarios de la medicación
- Cómo detectar el abandono farmacológico
- Qué es la “emoción expresada”
- Solución de todas las dudas que surjan a las familias

Esta parte del taller la realizará uno de los psiquiatras de la Unidad de Corta Estancia, pudiendo orientar y resolver con las familias todas las dudas que les puedan surgir.

2. COMPARTIR COMO SE SIENTEN

Esta parte del taller sirve para que las familias puedan expresar y compartir sus sentimientos acerca de la enfermedad. Nos apoyaremos, para esta fase, en las plantillas que ellos han rellenado antes de la entrevista que se realizó a cada familia.

Sarán las familias las que tengan las plantillas que han rellenado y los que decidan que quieren compartir con los demás y que no, y nunca forzándolas por parte del profesional para que hablen si ellos no quieren hacerlo.

3. LLUVIA DE IDEAS - ¿QUÉ PUEDO HACER?

Una vez han hablado de cómo se sienten se hará una lluvia de ideas, en la que serán las familias, las que reflexionen sobre que creen que pueden hacer para mejorar la situación en la que se encuentran, escribiendo conductas que creen que podrían ayudar tanto a su familiar como a la situación de convivencia actual.

Estas ideas las plasmarán en un papel que guardarán ya que lo volveremos a utilizar en el segundo taller, haciendo la comparativa de cómo han cambiado las ideas que lanzan las familias una vez realizadas todas las fases. (“¿Qué podemos hacer ahora?”).

TALLER 2

1. QUÉ PODEMOS HACER LA FAMILIA PARA AYUDAR AL PACIENTE

Esta etapa consistirá en la explicación situaciones y sugerencias generales de cómo actuar por parte de las familias, para que puedan aplicarlas en situaciones reales, una vez el paciente sea dado de alta.

El modelo que se seguirá en el taller es el que es el de las sugerencias generales que la Guía práctica de psicoeducación (1986) nos cita, siendo los siguientes los temas a tratar con las familias:

- Revisar las expectativas, al menos temporalmente: Tienen que entender que no pueden mantener las mismas expectativas sobre los pacientes que en el momento anterior al ingreso. Es este punto es importante que la familia comprenda que la persona acaba de pasar por una fase aguda de su enfermedad, y que como si se tratase de una enfermedad de tipo físico, va a necesitar un tiempo posterior al alta para mejorar.

Por otro lado, hay que hacer ver a las familias que una vez que la persona comienza a superar el episodio agudo sufrido, no se debe comparar la conducta que en ese momento tenga el paciente con la de otra persona, sino con la que este mismo tenía, por ejemplo, hace un mes. Esto es lo que se llama “patrón interno de comparación”.

- Crear barreras a la estimulación excesiva: En este punto la familia debe comprender la repercusión que un ambiente de estrés y con demasiada estimulación tiene sobre la persona con TMG. En general deben entender como las siguientes situaciones son perjudiciales para la estabilidad del paciente:
 - Conflictos y críticas, tanto a nivel familiar, como en concreto con el paciente
 - Involucración extrema con el paciente

- Menor involucración con la red social de cada miembro de la familia
- Fijar límites: Aunque puede parecer chocante este punto habiendo hablado de la importancia de reducción del estrés, las familias deben entender que las normas y reglas son necesarias para el buen funcionamiento de la convivencia.

Estas normas externas pueden resultar incluso tranquilizadoras para los pacientes que en momentos se pueden sentir desbordados por su propio caos mental.

Cuando se van a marcar los límites es importante que estos estén fijados de forma clara y sean específicos y ante dudas a la hora de marcarlos hay que clarificar que no deben dudar en acudir a un profesional que les pueda orientar al respecto.

- Pasar por alto, selectivamente, determinadas conductas: Aunque es cierto que en ocasiones se puede pasar por alto ciertas conductas, debemos clarificar que nunca se deben desatender amenazas o conductas de suicidio, ya que son de alto riesgo en este tipo de pacientes.

Por otro lado, aunque este tipo de pacientes no tienden a ser violentos, cuando se prevea una inminente conducta de este tipo, y si no se ha podido evitar pidiendo al paciente que se retire a su habitación o a otra estancia de la casa, lo recomendable será llamar para ser auxiliados.

- Mantener las comunicaciones en un nivel simple: El objetivo en este punto hacer ver a las familias la importancia de no transmitir mensajes demasiado abstractos y evitar el exceso de detalles. La comunicación tiene que ser simple e intentando destacar las ideas positivas o que reflejen apoyo al paciente.

Se puede aclarar este punto mediante un ejemplo de una conversación entre un paciente y su esposa que nos facilita la guía:

— *“Naomi: Me gustaría ir al cine con él.*
 — *Clínico: ¿Qué le parece la idea, Art?*
 — *Art: La fuerza controlará la escena y el láser radiará animales.*
 — *Naomi: ¿Qué? ¡Oh, debe referirse a aquella vez en que fuimos a ver La guerra de las galaxias! Nos gustó de veras. Supongo que quiere ir.*
 — *Clínico: Eso es increíble... Sinceramente, Art, no entendí lo que dijo. (A Naomi) ¿Usted lo entendió realmente?*
 — *Naomi: Bueno, creo que no. Ocurre que, a veces, es más fácil tratar de hallarle un sentido a lo que dice que preguntárselo a él.*

— *Clínico: Sin duda. A veces debe ser difícil seguir el hilo de sus comentarios, pero me parece que sería de ayuda para Art si ambos le pedimos que sea más claro en sus respuestas. No todas las personas a las que se dirija tendrán la paciencia que tiene usted.*” (Anderson, Douglass, & Hogarty, 1986, pág. 180)

- Apoyar el régimen de medicación del paciente: Se debe concienciar a la familia de la importancia de la mediación para el bienestar del paciente y por consiguiente de la buena convivencia familiar. Es importante que entiendan los costes y beneficios que la mediación aporta al paciente. (Este punto ya habrá sido tratado en la parte “1. HABLAR DE LA ENFERMEDAD” del taller)
- Normalizar la rutina familiar: En este punto hay que dejar claro a las familias que aunque uno de sus miembros sufra TMG, es fundamental que cada uno de ellos siga manteniendo preocupación consigo mismo, ya que sin esto difícilmente podrá cuidar de los demás. Se debe dar importancia a los apoyos y redes sociales, que pueden darles apoyo psicológico y de otros tipos.
- Aprender a reconocer las señales de necesidad de ayuda: Las familias deben aprender a detectar las conductas de los pacientes que denotan un aumento de estrés y por tanto un aumento de las posibilidades de que los pacientes sufran una crisis. Aunque es cierto que estas “señales” son diferentes de una persona a otra, las propias familias irán conociendo con el paso del tiempo las que pueden resultar alarmantes en su caso concreto.

3. ¿QUÉ PODEMOS HACER AHORA?

En este punto retomamos las ideas que las familias habían escrito en un papel en el anterior taller contestando a la pregunta “¿QUÉ PODEMOS HACER?”.

Les pediremos que tras toda la información que se les ha ido facilitado en ambos talleres, escriban que creen que pueden hacer ahora para ayudar a su familiar y mejorar la situación de convivencia en la que se encontraban.

En ella podrán ver si han cambiado las ideas que tenían sobre qué tipo de conductas pueden ser favorecedoras y cuales pueden resultar perjudiciales. Además esto les ayudará a la hora de poder ver si el taller les ha servido de ayuda, ya que ellos mismos podrán ver reflejado si existe una ampliación en sus conocimientos sobre todo lo que rodea la enfermedad mental.

4. RECURSOS SALUD MENTAL (ETAPA CIERRE)

Esta última parte del taller va a servirnos como cierre de la adaptación de la terapia psicoeducativa, dado que, como ya hemos dicho al tratarse de una Unidad de Corta Estancia, se trabaja con pacientes que están ingresados durante una media de 20 a 30 días.

En este punto del taller se explicará a la familia los recursos existentes⁵, en este caso en la Comunidad Autónoma de Aragón. Además, con las familias, el equipo clínico valorará el recurso más conveniente para cada uno de los pacientes para realizar las derivaciones pertinentes a otros recursos, en los que se podrá hacer un seguimiento con cada una de las familias, y se podrá seguir la terapia psicoeducativa.

⁵ Anexo 1 - Dispositivos de Salud Mental en Aragón

4.4. TEMPORALIZACIÓN

La temporalidad del proyecto, en un principio, sería de **un año**. Una vez que analizadas las evaluaciones del mismo y teniendo en cuenta la satisfacción de las familias, en caso de que estas sean positivas se podría tener la posibilidad de alargarlo en el tiempo e incluso de implantarlo en otras Unidades de Corta Estancia.

A la hora de hablar de la temporalización es importante recordar que la estructura del proyecto se divide en dos grandes etapas:

- Entrevista con las familias
- Realización de dos talleres

La temporalización con la que se guía el proyecto, una vez que se produce el ingreso del paciente y que se detecta que encaja con el perfil beneficiario del mismo, es la siguiente:

TEMPORIZACIÓN		
1º SEMANA	2º SEMANA	3º SEMANA
ENTREVISTA	REALIZACIÓN DE LOS TALLERES	TIEMPO DE CONSULTA

Tabla 4. Temporalización

Fuente: Creación propia

Dado que el tiempo de ingreso en las Unidades de Corta Estancia está en torno a los 20 o 30 días, es fundamental que tanto la entrevista como la realización de los talleres se encuentren dentro de este margen. En cuanto a la duración de los talleres será de hora y media cada uno.

Un calendario anual del proyecto desde Enero de 2017 a Diciembre del 2017, de las fechas de realización de los talleres, sería el siguiente:

ENERO						
L	M	X	J	V	S	D
					1	
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

FEBRERO						
L	M	X	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28					

MARZO						
L	M	X	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

ABRIL						
L	M	X	J	V	S	D
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

MAYO						
L	M	X	J	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

JUNIO						
L	M	X	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

JULIO						
L	M	X	J	V	S	D
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						


AGOSTO						
L	M	X	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

SEPTIEMBRE						
L	M	X	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

OCTUBRE						
L	M	X	J	V	S	D
					1	
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

NOVIEMBRE						
L	M	X	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

DICIEMBRE						
L	M	X	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

 Taller 1

 Taller 2

4.5. RECURSOS

- **Recursos humanos:**

- **Trabajador Social:** Será el responsable de la coordinación y la elaboración del proyecto para que esta lleve a cabo.
 - Su papel será de gran importancia en la primera etapa, en la que realiza la entrevista a la familia y al paciente, y en la que llegar a una alianza terapéutica será de gran ayuda para el buen funcionamiento de las siguientes etapas.
 - En la segunda etapa, también es el trabajador social quién se encarga de la realización de los talleres con las familias, exceptuando la primera parte del primer taller (“Hablar de la enfermedad”), que será realizada por un psiquiatra.
 - En cuanto a la finalización, esta forma parte del último de los talleres, dando a conocer recursos a las familias que les puedan de ser de ayuda una vez dada el alta. Es también el trabajador social el encargado de llevar acabo esta parte del proyecto.
- **Psiquiatra:** La función que desempeña el psiquiatra en el proyecto es su participación en el primer taller, siendo la persona que dirige la parte “Hablar de la enfermedad”.

- **Recursos materiales:**

- Despacho del trabajador social
- Salón de actos del Hospital Royo Villanova
- Material que se precisen los talleres (folios, bolígrafos, etc.)

- **Recursos económicos:**

- En la siguiente tabla se muestran los costes generales de la realización del proyecto:

RECURSO	CANTIDAD MENSUAL	CANTIDAD ANUAL
---------	------------------	----------------

Sueldo trabajador social	1.100€	13.200€
Impresión carteles DINA3	1,10€	13,20€
Impresión trípticos	-	70€
COSTE MATERIAL	10€	120€
TOTAL	1.111,10 €	13.403,20 €

Tabla 5. Recursos económicos

Fuente: Creación propia

A modo de aclaración de los datos anteriores:

- Se realizarían 3 impresiones mensuales de carteles, en tamaño DINA4, que servirán para la difusión del proyecto.
- En cuanto a los trípticos solo se realizaría una impresión anual, teniendo 1000 trípticos para todo el periodo anual, por este motivo no aparece el coste mensual.

4.6. EVALUACIÓN

La evaluación del proyecto es fundamental para analizar el seguimiento y posible ampliación del mismo o por el contrario su finalización por falta de resultados.

Así pues la evaluación es algo fundamental y debe ir ligada a la planificación del proyecto ya que, “La evaluación no debe ser concebida como una actividad aislada y autosuficiente. Ella forma parte del proceso de planificación de la política social, generando retroalimentación que permite elegir entre diversos proyectos, de acuerdo con su eficacia y eficiencia. Asimismo, analiza los logros obtenidos por esos proyectos, creando la posibilidad de rectificar las acciones y reorientarlas hacia el fin postulado” (Cohen & Franco, 1992, pág. 73).

La evaluación que se va a realizar en este caso va a ser realizada por el propio trabajador social, por lo que al no intervenir ningún agente externo sería un tipo de evaluación interna.

La evaluación que se va a realizar es de tres tipos (Aguilar & Ander-Egg, 1992), teniendo en cuenta el momento en el que se realiza la evaluación:

1. Evaluación antes (o ex – ante): Para realizar esta evaluación cada miembro de la familia implementará una Escala de Ambiente Familiar (FES – Family Environment Scale), que nos ayudará a saber en qué estado se encuentra el clima familiar antes de la realización de los talleres. Dicho cuestionario consta de 90 ítems a las que se deberá responder Verdadero o Falso. Estos, según Becerra (2009), se dividen en tres dimensiones:

- Relación
 - Cohesión
 - Expresividad
 - Conflicto
- Crecimiento personal
 - Independencia
 - Orientación de logro
 - Orientación intelectual y cultural
 - Énfasis activo y recreativo

- Énfasis moral y religioso
- Mantenimiento del sistema
 - Organización
 - Control

2. Evaluación durante: En la evaluación durante se van a tener en cuenta fundamentalmente dos variables:

- **Cualitativa:** La satisfacción de las familias. Esta se medirá a través de un cuestionario⁶ que se realizara al finalizar el segundo taller.
- **Cuantitativa:** Número de reingresos que se producen en la Unidad de Corta Estancia de los pacientes cuyas familias han participado en los talleres.

3. Evaluación ex – post: Esta evaluación se realizará un mes después de la asistencia a los talleres, y consistirá en volver a implementar la Escala de Ambiente Familiar, para poder comprar los resultados que se obtienen antes y después de los talleres.

⁶ Anexo 3 – Cuestionario de evaluación

5. CONCLUSIONES

Como apunte final y capitulación de este trabajo, es importante mencionar cuales son los beneficios que creo pueden conseguirse gracias a la consecución del proyecto y cuáles son las dificultades más notables con las que me he ido encontrando a lo largo de la realización del mismo.

Así pues hay que recordar que el objetivo que persigue el proyecto, es conseguir una mayor atención a las familias de pacientes de TMG, ingresados en las Unidades de Corta Estancia. Mediante los talleres psicoeducativos se consigue un mayor acercamiento a las mismas y es importante tener en cuenta que la familia resulta fundamental, cada vez más, en el tratamiento de los pacientes con enfermedades mentales.

Las familias son un importante recurso con el que contamos y ayudando a estas, en este caso mediante la realización de psicoeducación, les damos conocimientos y habilidades que les hacen ser un recurso con mucho más potencial para ayudar y apoyar a la persona con TMG.

Sin embargo, es fácil que debido al momento de crisis en el que se encuentran inmersas las familias en el momento del ingreso, se encuentren cerradas y no se muestren receptivas a la participación en los talleres propuestos. Este es uno de los grandes obstáculos con los que el proyecto se puede topar y con lo que los profesionales deben contar a la hora de la difusión y captación de las familias cuyo perfil encaja en el de beneficiarios del mismo.

Otra dificultad que he encontrado es la gran variabilidad del tipo de pacientes con los que se trabaja en las Unidades de Corta Estancia, y en consecuencia, las grandes diferencias en los tiempos de ingreso de cada uno de los pacientes. Esto se ve reflejado en que un ingreso puede durar dos o tres días mientras otros pueden alargarse en los meses, haciendo esto difícil para crear una estructura fija de trabajo en este tipo de unidades.

Por todo lo mencionado, para que este pueda tener buenos resultados una de las partes fundamentales es el seguimiento y evaluación del mismo. En el caso de encontrar insatisfacción en las familias por los talleres o cualquier otro punto que concierne al proyecto es importante tener capacidad de cambio, para modificar lo que sea necesario con el transcurso de los talleres.

Siguiendo con el tema de la evaluación, y centrándome más en la evaluación posterior al proyecto, en la que se puede apreciar si los resultados del proyecto son positivos, decir que lo ideal sería que en caso de que estos fuesen positivos, este pudiese llevarse a cabo en otras Unidades de Corta Estancia, haciendo que la atención a la familia sea cada vez mayor y podamos contar con las familias como mejores aliados a la hora de trabajar con personas con TMG.

Por último, cerrar las conclusiones diciendo que la realización del proyecto no tiene sentido sin una buena derivación posterior a recursos y dispositivos asistenciales en los que se va a poder seguir trabajando tanto con las familias como con los pacientes, y en los que se podrá ver la evolución que ambos tienen y orientarles en todo lo que sea necesario a lo largo del tiempo.

6. ANEXOS

6.1. ANEXO 1 - DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL EN ARAGÓN

En la siguiente tabla se hace una división de los diferentes dispositivos de Salud Mental en Aragón, la cual es de elaboración propia, basándome en los datos facilitados por el Sistema de Información de Atención Primaria del SNS (2009):

DISPOSITIVOS SANITARIOS	UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ADULTOS (U.S.M.)
	UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL (U.S.M.I.J.)
	UNIDAD DE CORTA ESTANCIA (U.C.E.)
	HOSPITAL DE DÍA
	UNIDADES MONOGRÁFICAS O ESPECIALES:
DISPOSITIVOS INTERMEDIOS (APOYO Y REHABILITADORES)	CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL O CENTROS DE DÍA (C.D.)
	UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA (U.M.E.)
	UNIDAD DE LARGA ESTANCIA (U.L.E.):
	ALTERNATIVAS RESIDENCIALES
DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN E INSERCIÓN SOCIO-LABORAL	CLUBES SOCIALES
	CENTROS OCUPACIONALES
	TALLER-ESCUELA O PRELABORAL
	CENTROS ESPECIALES DE EMPLEO

Tabla 6. Recursos de Salud Mental en Aragón.

Fuente: Creación propia

6.2. ANEXO 2 – MODELO CARTEL PARA DIFUSIÓN



Ilustración 2. Modelo de cartel para difusión.

Fuente: Creación propia

6.3. ANEXO 3 – CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA LAS FAMILIAS

El cuestionario de evaluación para medir la satisfacción de las familias en relación a los talleres consta de dos partes:

- La primera parte está formada por un cuestionario utilizando la Escala Likert, en la cual se formulan frases y cada miembro de la familia deberá contestar numéricamente teniendo como opciones cinco niveles:
 - 5: Totalmente de acuerdo
 - 4: De acuerdo
 - 3: Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - 2: En desacuerdo
 - 1: Totalmente en desacuerdo
- La segunda parte consta de preguntas abiertas.

El ejemplo de cuestionario sería el siguiente:

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DE LOS TALLERES	
PARTE 1 – Responda en una escala del 1 (Totalmente en desacuerdo) al 5 (Totalmente de acuerdo)	
Estoy satisfecho en líneas generales con los talleres	
Tengo mayores conocimientos del Trastorno Mental Grave	
Voy a aplicar los conocimientos adquiridos en los talleres	
Ha sido sencillo adecuar mis horarios para poder asistir a los talleres	
El tiempo de duración de los talleres ha sido adecuado	
Los métodos utilizados por el profesional han sido eficaces	
El profesional me ha ayudado a resolver mis dudas en todo momento	
El profesional ha sabido transmitir bien el mensaje sobre la enfermedad	
El lugar en el que se han desarrollado los talleres me ha parecido adecuado	
El material utilizado para los talleres se ha adecuado a las necesidades	
PARTE 2 - Responda las siguientes preguntas	
¿Ha cambiado mi visión de la enfermedad? Si es así, ¿cómo puede esto ayudarme en el día a día?	
¿Cuentas con mayores habilidades y conocimientos para enfrentarte a diversas situaciones?	
¿Crees que este tipo de talleres podrían seguir ayudándote en futuro?	
¿Qué crees que se podría mejorar de los talleres impartidos?	
Me gustaría añadir que:	

Tabla 7. Cuestionario de satisfacción para las familias

Fuentes: Creación propia

7. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, M. J., & Ander-Egg, E. (1992). *Evaluación de servicios y programas sociales*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Alonso, V., de Anta, L., Muro, E. R., & Quintero, J. (17 de Abril de 2015). "PROTOCOLOS DE PRÁCTICA ASISTENCIAL: Protocolo de evaluación ante un paciente pediátrico con sospecha de enfermedad mental.". *Medicine - Programa De Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(*Enfermedades psiquiátricas (III): Patología psiquiátrica en pediatría, adolescencia y embarazo. Dependencias y alteraciones de la conducta alimentaria.*), 5161-5165. Obtenido de http://ac.els-cdn.com/S0304541215002358/1-s2.0-S0304541215002358-main.pdf?_tid=183d18a2-04bd-11e6-96e4-00000aab0f01&acdnat=1460912268_2e5dc0954e59eba88ffeaab02c05b30a
- Ander-Egg, E., & Aguilar, M. J. (1991). *Cómo elaborar un proyecto social. Guía para diseñar proyectos sociales y culturales*. Buenos Aires: HVMANITAS.
- Anderson, C., Douglass, R., & Hogarty, G. (1986). *Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Andréu Moreno, N. (2015). Personas con trastorno mental. Características, dificultades y necesidades. En M. Miranda Aranda, *Lo social en la salud mental (I) Trabajo social en Psiquiatría* (págs. 289-308). Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Becerra García, J. A. (2009). *Evaluación de la emoción expresada: descripción de alguno de los instrumentos utilizados para su medida*. Obtenido de Psiquiatria.com: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/44/54/26/44542699642856166655807646134686897380>
- Becerra, R. M., & Kennel, B. L. (2008). *Elementos básicos para el Trabajo Social en salud mental*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Berrueta Maetzu, L. M., & Bellido Mainar, J. R. (2012). Factores sociales que influyen en la salud mental. En Ó. Sánchez Rodríguez, B. Polonio López, & M. Pellegrini Spangenberg, *Terapia Ocupacional en Salud Mental. Teoría y técnicas para la autonomía personal*. (págs. 33-40). Madrid: Editorial médica panamericana.

- Cáceres C. , L., Oblitas B., B., & Parra P., L. (2000). *La entrevista en Trabajo Social*. Bolívar: Espacio Editorial Buenos Aires.
- Cohen, E., & Franco, R. (1992). *Evaluación de proyectos sociales*. México: Siglo XXI editores, S.A.
- García Navarro, E. (2011). La educación emocional en la familia. En R. Bisquerra, *Educación emocional. Propuestas para educadores y familia* (págs. 212 -248). Bilbao: Desclée de Brouwer, D. L.
- Garrido Luque, A., Torregrosa Peris, J. R., & Álvaro Estramiana, J. L. (1992). *Influencias sociales y psicológicas en la salud mental*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Gobierno de Aragón. Departamento de salud y consumo. (Septiembre de 2004). *Mapa sanitario Comunidad Autónoma de Aragón*. Obtenido de http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/GuiaCentrosServiciosSanitarios/OrdenacionSanitaria/MapaSanitario/MAPA_SANITARIO_ARAGON.pdf
- Gradillas, V. (1998). *La familia del enfermo mental. La otra cara de la psiquiatría*. Madrid: Díaz Santos.
- Lobo Satué, A. (2007). Factores Psicosociales y enfermedades somáticas corporales: Perspectivas de una Psiquiatría Psicosomática. *Trabajo Social y Salud*, 31 - 48.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. Obtenido de Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICS_compl.pdf
- Miranda Aranda, M. (2015). *Lo social en la salud mental (I) Trabajo Social en Psiquiatría*. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Ochoa de Alda, I. (2004). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- OMS. (17 de Abril de 2016). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- Pla Julian, I., Adam Donat, A., & Bernabeu Díaz , I. (2013). Estereotipos y prejuicios de género: factores determinanes en Salud Mental. *Norte de Salud Mental*, 20 - 28.

- Ramírez de Mingo, I. (1992). *El Trabajo Social de los Servicios de Salud Mental*. Madrid: EUDEMA, S.A.
- Rebolledo Moller, S., & Lobato Rodríguez, M. J. (1994). *Cómo afrontar la esquizofrenia. Guía para familias*. Madrid: Psiquiatría y vida.
- Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez Sanz, M., Borrell, C., & Obiols, J. E. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 22(3), 389-395.
- Servicio Aragonés de Salud. (2003). *Programa de Rehabilitación y Reinserción Psicosocial en Salud Mental*. Obtenido de Plan Estratégico de Salud Mental: http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/20/docs/Areas/Informaci%C3%B3n%20al%20ciudadano/Salud%20mental/Publicaciones/PROGRAMA_REHABILITACION_REINSERCI%C3%B3N_PSICOSOCIAL_SALUD_MENTAL_2003.pdf
- Simó Nogera, C., Hernández Monleón, A., Muñoz Rodríguez, D., & González Sanjuán, M. E. (2015). El efecto del estado civil y de la convivencia en pareja en la salud. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 141-166.
- Sistema de Información de Atención Primaria del SNS. (2009). *Atención a la Salud Mental*. Obtenido de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/Salud_Mental_2009.pdf
- Siurana López, S. (2015). Intervención familiar del trabajador social en salud mental. En M. Miranda Aranda, *Lo social en la salud mental (I) Trabajo Social en Psiquiatría* (págs. 309-347). Zaragoza : Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Trucco Burrows, M. (2004). *Portal Regional de la BVS*. Obtenido de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=420805&indexSearch=ID>
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa S. A. .