

**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2017 / 2018

TRABAJO FIN DE GRADO

**Programa de Educación para la Salud dirigido a familiares
cuidadores de personas con esquizofrenia tras primer brote
psicótico.**

**Health educational programme for family caregivers of people
with schizophrenia after the first psychotic episode.**

Autora: Cristina Aisa Cosío

Director: José Manuel Granada López

ÍNDICE

Resumen	3
Introducción.....	5
Objetivo	8
Metodología	8
Programa de salud.....	11
1. Diagnóstico	11
1.1 Análisis	11
1.2 Priorización.....	11
1.3 Diagnósticos	11
2. Planificación	12
2.1 Objetivos	12
2.2 Población diana.....	13
2.3 Recursos	13
2.4 Estrategias	14
2.5 Actividades.....	15
2.6 Cronograma	19
3. Ejecución	20
4. Evaluación	21
Conclusión	22
Bibliografía	23
Anexos	28

RESUMEN

Introducción: La esquizofrenia es el trastorno psicótico más frecuente entre el síndrome psicótico no afectivo. Afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo y se inicia frecuentemente al final de la adolescencia o principio de la edad adulta causando un deterioro funcional progresivo. El abordaje terapéutico debe integrar todos los aspectos que están implicados en esta patología (biológica, psicológica, familiar, social). Es una de las enfermedades mentales que más carga genera en el cuidador primario. La enfermería cobra importancia en esta enfermedad puesto que a través de una intervención enfermera directa sobre los cuidadores principales, capacitándoles para afrontar los problemas, mejoran significativamente su estado de salud y su sobrecarga familiar.

Objetivo: Diseñar un programa de Educación para la Salud dirigido a familiares cuidadores de personas con esquizofrenia tras un primer episodio psicótico.

Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la esquizofrenia y la psicoeducación familiar en diferentes bases de datos, páginas web y libros. Con esta información, se ha diseñado un programa de Educación para la Salud con la finalidad de proporcionar a los familiares conocimientos sobre la esquizofrenia y estrategias de afrontamiento ante este trastorno.

Conclusión: Con la implantación de un Programa de Educación para la Salud dirigido a los familiares tras el primer brote psicótico se conseguirá un mayor nivel de conocimientos y una mejora en el manejo de la enfermedad, las estrategias de afrontamiento y la dinámica familiar favoreciendo así la evolución del paciente y la calidad de vida del entorno familiar.

Palabras clave: Psicoeducación familiar, esquizofrenia, primer brote psicótico, intervención familiar, emoción expresada, enfermería.

ABSTRACT

Introduction: The Schizophrenia is the most frequent psychotic disorder among all disorders we can find in the psychotic not affective syndrome. It affects more than 21 million people in the world and begins frequently at the end of the adolescence or at the beginning of the adult age causing a progressive functional impairment. The therapeutic approach must include all aspects involved in this pathology (biological, psychological, familiar, social). It is one of the mental illness that generates more burden in primary caregiver. Nursing becomes relevant because, through a direct nurse intervention to primary caregivers, they can significantly improve their health and family burden teaching them how to deal with problems.

Objective: Designing a health educational programme for caregivers relatives of people with schizophrenia after the first psychotic episode.

Methodology: Has been made a bibliographic review about schizophrenia and family psycho-education based on different databases, websites and books. With this information, has been design a health educational program in order to provide the relatives schizophrenia's knowledge and coping strategies about the disorder.

Conclusion: The implementation of a health program after the first psychotic episode for family caregivers could achive an increased level of knowledge and an improvement in disease management, in coping strategies and in family dynamic benefiting evolution of patient and family quality life.

Key words: Family Psycho-education, schizophrenia, first psychotic episode, family intervention, expressed emotion, nursing.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es el trastorno psicótico más frecuente entre los síndromes psicóticos no afectivos. Se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Se inicia frecuentemente al final de la adolescencia o principio de la edad adulta y está asociado a un deterioro funcional progresivo.(1)(2)

La esquizofrenia afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo (2). Se calcula para esta enfermedad una prevalencia entre el 0.5 y 1.5% de la población. Se hace referencia al 1 % sin diferencia de sexo, raza ni desarrollo socioeconómico, ya que se ha demostrado que la prevalencia de la esquizofrenia varía dentro de los países y a nivel local y de suburbios.

Se expresa por igual entre hombres y mujeres, aunque los primeros síntomas psicóticos tienen su mayor expresión entre los 15-24 años en los hombres y entre los 25-30 en mujeres. (3)

En cuanto a la expectativa de vida de estos pacientes, esta se reduce en 15 años en comparación con la población general, por causas atribuibles a enfermedades somáticas (más del 60% de los fallecimientos), a suicidios (menos del 28%) y accidentes (12%).(4)

A la hora de realizar un diagnóstico de esquizofrenia se debe tener en cuenta los criterios longitudinales, referentes al curso de la enfermedad, y los transversales, asociados a cada dimensión de la enfermedad.(5)

Actualmente, al delimitar esta enfermedad se habla de dimensiones: la psicótica, la desorganizada y la negativa o de déficit. (6) Los criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia según el DSM-V-TR aparecen en el Anexo 1.

Este trastorno cursa como un proceso con múltiples fases (aguda, residual, en remisión).(7) Las manifestaciones se agrupan en síntomas positivos y negativos, a los que se ha añadido la desorganización. Los síntomas afectan a múltiples procesos psicológicos, como la percepción (alucinaciones),

ideación, comprobación de la realidad (delirios), procesos de pensamiento (asociaciones laxas), sentimientos (afecto plano, afecto inapropiado), atención, concentración, motivación y juicio.(8) Estas alteraciones determinan con el tiempo, un deterioro en el autocuidado, en las relaciones familiares y sociales saludables y dificultades para desarrollar actividades laborales y lúdicas.

Al plantear estrategias terapéuticas para abordar la esquizofrenia hay que tener en cuenta sus premisas etiológicas y evolutivas. Por ello el abordaje terapéutico debe integrar todos los aspectos implicados en esta patología (biológica, psicológica, familiar, social). (7)

En cuanto al tratamiento farmacológico, está demostrado que los antipsicóticos, junto con otros fármacos adyuvantes, pueden mejorar los síntomas psicóticos de la esquizofrenia y prevenir las recaídas y además, éste es requerido por las terapias psicosociales para conseguir su máxima efectividad.(9)

La denominación de terapias psicosociales recoge diversas actividades con distintos objetivos como la prevención de recaídas, recuperación de habilidades o capacidades, la intervención familiar o la formación vocacional y reinserción laboral.

Entre las modalidades de intervención psicosociales de mayor efectividad destacamos la terapia cognitivo-conductual (TCC); los programas de entrenamiento en habilidades sociales (EHS); la rehabilitación cognitiva; y la psicoterapia familiar y los programas de psicoeducación.(10)

El abordaje psicoeducativo de la familia de la persona con esquizofrenia es actualmente asumido como necesario en el tratamiento de la esquizofrenia.(11) La desinstitutionalización del paciente psiquiátrico hace unas décadas supuso problemas de adaptación en el entorno social y familiar de los pacientes.(12)

Cuando el diagnóstico de esquizofrenia se produce durante el ingreso hospitalario, la familia cuenta con el apoyo del personal sanitario, pero al alta debe afrontar los nuevos retos que supone esta enfermedad. (13)

La labor de la familia del paciente diagnosticado de trastorno mental grave es muy difícil, debido al desconocimiento de la enfermedad, a lo complejo de sus síntomas, a las repercusiones en la vida diaria del paciente y en la convivencia familiar. Además del dolor, la vergüenza, el miedo, la culpa y el rechazo que pueden aparecer.(14)

Además, es importante que la familia encuentre formas eficaces de afrontamiento y cuidado ante los síntomas, problemas y limitaciones que muestra el paciente, porque estas respuestas serán un factor de peso en la determinación del curso y pronóstico de la enfermedad.(15)

Quienes apoyan la eficacia de las intervenciones familiares en la reducción de las recaídas explican su logro a través de la reducción del nivel emoción expresada (EE), el estrés y la carga familiar, y la estimulación de la capacidad resolutoria de problemas de los familiares, mejorando además la adherencia farmacológica de los pacientes.(14)(16)

En resumen, la esquizofrenia es una de las enfermedades mentales que más carga genera en el cuidador primario debido a su curso crónico, a la elevada morbilidad asociada, y a su interferencia sobre los logros sociolaborales, al iniciarse en la adolescencia y en la etapa adulta temprana.(17) La aparición del trastorno expone a la familia a múltiples problemas y esta debe de encontrar formas eficaces de afrontamiento y cuidado, puesto que estas acciones tendrán un peso importante en la evolución de la enfermedad. (15) A través de una intervención enfermera directa sobre los cuidadores principales, capacitándoles para afrontar los problemas, mejoran significativamente en su estado de salud y su sobrecarga familiar. (18)

OBJETIVOS

Objetivo general: Diseñar un programa de Educación para la Salud dirigido a familiares cuidadores de personas con esquizofrenia tras un primer episodio psicótico.

Objetivos específicos:

- Proporcionar información sobre la enfermedad, sus características, su curso y las limitaciones que suponen para el paciente para que puedan comprenderla mejor.
- Detectar las necesidades expresadas por las familias de los pacientes tras primer episodio psicótico.
- Educar en la resolución de problemas
- Recaltar la importancia de un buen manejo familiar de la enfermedad en el curso de esta.
- Prevenir el síndrome del cuidador.

METODOLOGÍA

Para el correcto diseño del programa de salud, se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cuiden, IBECs, Dialnet, Scielo, Pubmed. El conector usado durante toda la búsqueda es "AND".

Las palabras claves utilizadas han sido: tratamiento farmacológico, tratamiento combinado, epidemiología, comorbilidades, psicoeducación, psicosis enfermería, psicoeducación familiar, emoción expresada, estrategias afrontamiento familiar, "family intervention", "schizophrenia".

Los criterios de inclusión han sido: coincidencia con el título o contenido del artículo, preferentemente español y entre los años 2007-2018, excepto un artículo del 2005.

Se ha utilizado la página web de la OMS y se han consultado guías de práctica clínica de la Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud y de Confederación de Salud Mental de España.

Para destacar los principales problemas encontrados se ha utilizado el libro de diagnósticos enfermeros, NANDA; y los libros NIC Y NOC para relacionarlos con los objetivos a conseguir y las actividades a realizar.

Además, a través de Alcorze se seleccionaron dos libros que se han incluido en la revisión, "Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos" y "Trastornos psicóticos".

Bases de datos	Artículos encontrados	Artículos utilizados	Palabras clave
IBECS	60	2	Tratamiento AND farmacológico AND esquizofrenia
	15	3	Esquizofrenia AND psicoeducación
DIALNET	19	1	Epidemiología AND esquizofrenia
	13	1	Revisión AND tratamiento AND farmacológico AND esquizofrenia
	27	2	Emoción AND expresada AND esquizofrenia

	47	1	Comorbilidades AND esquizofrenia
CUIDEN	3	1	Estrategias AND afrentamiento AND familiar AND esquizofrenia
	8	1	Psicoeducación AND familiar AND esquizofrenia
	11	1	Inicio AND esquizofrenia
SCIELO	3	1	Tratamiento AND combinado AND esquizofrenia
PUBMED	66	1	"family intervention" AND schizophrenia

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

1. Diagnóstico

1.1 Análisis

El abordaje psicoeducativo de la familia del paciente esquizofrénico se considera necesario por su relación con la reducción del riesgo de recidivas, la mejora de la dinámica familiar, los niveles de comunicación, el manejo de situaciones de conflicto, y en general, la calidad de vida dentro del seno de la familia.(11)

1.2 Priorización

Este programa está dirigido a los familiares de pacientes tras un primer episodio psicótico, ya que tiene gran relevancia realizar la intervención familiar psicoeducativa en la fase inicial del trastorno. Es en esta fase donde requieren una atención profesional de calidad para determinar el futuro de la enfermedad y la calidad de vida del entorno familiar. (12)

1.3 Diagnósticos NANDA, NIC y NOC

(00126) Conocimientos deficientes r/c información insuficiente, conocimiento insuficiente de los recursos m/p conducta inapropiada, conocimiento insuficiente.

(00075) Disposición para mejorar el afrontamiento familiar m/p expresa deseo de conectar con otros que hayan experimentado una situación familiar.

(00062) Riesgo de cansancio del rol del cuidador r/c falta de experiencia con los cuidados, adaptación familiar ineficaz.

(00074) Afrontamiento familiar comprometido r/c comprensión insuficiente de la información por la persona de referencia m/p la persona de referencia manifiesta conocimiento insuficiente que interfiere en las conductas eficaces.

DIAGNÓSTICOS(19)	NOC(20)	NIC(21)
(00126) Conocimiento deficientes	(1803) Conocimiento: proceso de la enfermedad (1813) Conocimiento: Régimen terapéutico (1806) Conocimiento: recursos sanitarios	(5602) Enseñanza: proceso de enfermedad (5618) Enseñanza: procedimiento/tratamiento (5240) Asesoramiento (5515) Mejorar el acceso a la información sanitaria
(00075) Disposición para mejorar el afrontamiento familiar	(2600) Afrontamiento de los problemas de la familia (2604) Normalización de la familia. (2202) Preparación del cuidador familiar domiciliario	(7140) Apoyo a la familia (7040) Apoyo al cuidador principal (7120) Movilización familiar
(00062) Riesgo de cansancio del rol del cuidador	(2210) Resistencia del papel del cuidador (2609) Apoyo familiar durante el tratamiento (2506) Salud emocional del cuidador principal	(7040) Apoyo al cuidador principal (7260) Cuidados por relevo (5440) Aumentar los sistemas de apoyo
(00074) Afrontamiento familiar comprometido	(2600) Afrontamiento de los problemas de la familia (2609) Apoyo familiar durante el tratamiento (1803) Conocimiento: Proceso de la enfermedad	(7110) Fomentar la implicación familiar (5520) Facilitar el aprendizaje (5230) Mejorar el afrontamiento

2. Planificación

2.1 Objetivos

Objetivo general:

- Educar y apoyar a familiares cuidadores de personas con esquizofrenia en la etapa inicial de la enfermedad.

Objetivos específicos:

- Informar sobre los síntomas, causas, tratamiento y necesidades de las personas con esquizofrenia.
- Conocer los sentimientos, las dificultades y las formas de afrontarlas que tienen los familiares tras un primer episodio psicótico.
- Formar a los cuidadores en estrategias de afrontamiento, cuidados a un paciente con esquizofrenia y recursos sanitarios.

2.2 Población

La población diana a la que se dirige este programa son los familiares cuidadores de personas con esquizofrenia del sector sanitario II de Zaragoza tras la aparición del primer episodio psicótico. Incluyen a los familiares cuidadores de personas con esquizofrenia pertenecientes a cada una de las Unidades de Salud Mental de este sector.

2.3 Recursos

Para la realización de este programa son necesarios como recursos materiales:

- Una sala bien acondicionada del Centro de Salud José Ramón Muñoz Fernández, equipada con ordenador, proyector, y sillas con paleta
- Folios, folletos, cuestionarios impresos.
- Como recursos humanos, el programa precisa de una enfermera especialista en Salud Mental que impartirá las sesiones.

PRESUPUESTO DEL PROGRAMA	
RECURSOS HUMANOS	
Enfermera	4h x 30€= 120€
RECURSOS MATERIALES	
Bolígrafos	12 x 0,80=9,6 €
Folletos	60 x 0,15€= 9€
Encuestas	30 x 0,10€=3€
TOTAL= 141,6€	

2.4 Estrategias

El desarrollo de este programa se realizará de forma dinámica. Se llevará a cabo una búsqueda bibliográfica para conocer la situación actual de la psicoeducación en familiares de personas con esquizofrenia. Las sesiones se plantearán de forma flexible pudiendo modificar los contenidos a tratar según las necesidades de los familiares cuidadores asistentes al programa.

Habrà un solo grupo de actuación formado por 10 participantes máximo. El lugar donde se desarrollaran las sesiones será el salón de actos del centro de salud José Ramón Muñoz Fernández, ya que se trata de un centro amplio y que alberga una de las unidades de Salud Mental del sector II.

La captación de los participantes se realizará a partir de las Unidades de Salud Mental del sector II. Se explicará a los profesionales de salud mental el contenido y objetivo del programa para que transmitan la información a los familiares cuidadores y les hagan entrega de un folleto informativo (Anexo 2). Posteriormente la enfermera encargada del programa realizará una reunión informativa con los interesados para informarles sobre el programa.

2.5 Actividades

Sesión 1.

Actividades	Objetivos	Metodología	Descripción del procedimiento	Recursos	Duración y lugar
Presentación y reparto de cuestionarios de conocimientos	Sentirse en confianza y evidenciar las necesidades y conocimientos iniciales	Expositiva mediante la explicación verbal. Participativa mediante la cumplimentación del cuestionario.	Presentación de la enfermera y de cada uno de los participantes indicando cuando ha tenido lugar el primer episodio psicótico de su familiar. A continuación la enfermera repartirá los cuestionarios.	Recursos humanos: una enfermera Recursos materiales: fotocopias de cuestionarios, bolis y sillas con paletas	20 minutos aproximadamente. Sala acondicionada del Centro de Salud José Ramón Muñoz Fernández
Concepto esquizofrenia, factores que intervienen, síntomas y opciones terapéuticas	Conocer los síntomas, causas, tratamiento y necesidades del paciente con esquizofrenia	Expositiva a través de presentación power point. Participativa a través de dudas y preguntas.	La enfermera explicará los factores que intervienen en la aparición de la enfermedad, los síntomas y la actuación en fase prodrómica y la importancia de un tratamiento combinado.	Recursos humanos: una enfermera Recursos materiales: ordenador con proyector y sillas	35 minutos aproximadamente. Sala acondicionada del Centro de Salud José Ramón Muñoz Fernández
Importancia del nivel de emoción expresada en la evolución de la enfermedad	Conocer cómo influyen las relaciones familiares en el estado del paciente con esquizofrenia	Expositiva a través de presentación power point. Participativa a través de dudas y preguntas	Se hablará sobre la influencia de las relaciones familiares en las recaídas, la conocida como emoción expresada (EE) y se explicarán brevemente las expresiones emocionales más características.	Recursos humanos: una enfermera Recursos materiales: ordenador con proyector y sillas	35 minutos aproximadamente. Sala acondicionada del Centro de Salud José Ramón Muñoz Fernández

Sesión 2.

Actividad	Objetivos	Metodología	Descripción del procedimiento	Recursos humanos y materiales	Duración y lugar
Recordatorio sesión 1.	Reforzar los conocimientos adquiridos en la 1ª sesión.	Expositiva a través de presentación Power Point.	La enfermera hará un resumen con las ideas clave de la 1ª sesión para favorecer la comprensión de la enfermedad y sus estrategias terapéuticas.	Recursos humanos: una enfermera. Recursos materiales: un ordenador con un proyector y sillas.	10 minutos aproximadamente. Sala acondicionada del Centro de Salud José Ramón Muñoz Fernández.
Terapia de grupo	Compartir los sentimientos, las dificultades y formas de afrontamiento ante el inicio del trastorno de su familiar.	Participativa a través de la ronda de preguntas.	La enfermera formulará las preguntas y cada familiar responderá. Al final de cada cuestión habrá un espacio para añadir o interactuar entre ellos.	Recursos humanos: una enfermera. Recursos materiales: un ordenador con un proyector y sillas.	50 minutos aproximadamente Sala acondicionada del Centro de Salud José Ramón Muñoz Fernández.

Sesión 3.

Actividad	Objetivos	Metodología	Descripción procedimiento	Recursos humanos y materiales	Duración y lugar
Recordatorio emoción expresada	Afianzar el concepto de la emoción expresada	Expositiva y participativa mediante dudas y preguntas.	La enfermera insistirá en la importancia de la emoción expresada, cómo las críticas y actitudes hostiles pueden empeorar el curso de la esquizofrenia.	Recursos humanos: una enfermera Recursos materiales: Sillas y ordenador con proyector	10 minutos aproximadamente. Sala acondicionada del Centro de Salud José Ramón Muñoz Fernández.
Estrategias para el alivio de la sobrecarga familiar	Aprender pautas de actuación para la estabilidad familiar	Expositiva mediante presentación Power Point.	La enfermera explicará la importancia de cuidarse los propios cuidadores y adoptar pautas de actuación para aliviar la sobrecarga familiar.	Recursos humanos: una enfermera Recursos materiales: sillas, ordenador con proyector.	30 minutos aproximadamente. Sala acondicionada del Centro de Salud José Ramón Muñoz Fernández.
Servicios de Salud Mental en Aragón	Conocer los distintos servicios disponibles para sus familiares	Expositiva mediante presentación Power Point.	La enfermera informará sobre los distintos servicios en el Servicio Aragonés de Salud para pacientes con enfermedades mentales y cómo se accede a ellos.	Recursos humanos: una enfermera Recursos materiales: sillas, ordenador con proyector.	30 minutos aproximadamente Sala acondicionada del Centro de Salud José Ramón Muñoz Fernández.

Dudas y cuestionarios de conocimientos y satisfacción	Expresar las dudas, conocimientos y satisfacción al final del programa	Participativa	Los familiares expresarán sus dudas y sentimientos y se entregarán los cuestionarios de conocimientos y satisfacción con el programa.	Recursos materiales: cuestionarios, silla con paleta, bolis.	20 minutos aproximadamente Sala acondicionada del Centro de Salud José Ramón Muñoz Fernández.
---	--	---------------	---	--	--

2.6 Cronograma

	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4			Mes 5
				1 ^{er} día	2 ^o día	3 ^{er} día	
Recopilación de información							
Captación							
Preparación de las sesiones							
Sesión 1							
Sesión 2							
Sesión 3							
Evaluación							

3. Ejecución

Sesión 1. ¿Qué es la esquizofrenia?

Esta sesión comenzará con la presentación de la enfermera y de los participantes indicando cuando ha tenido lugar el primer episodio psicótico de su familiar, favoreciendo el clima de confianza.

La enfermera administrará un cuestionario de conocimientos sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento (Anexo 3), en la que se dispondrá de un espacio en el que redactar lo que esperan de este programa. Para evidenciar así cuáles son sus necesidades y conocimientos iniciales.

A continuación, se explicará, a través de una presentación Power Point, las generalidades de la esquizofrenia: definición de la enfermedad; factores que intervienen en su aparición; los distintos síntomas y actuación en la fase prodrómica (Anexo 4); y las opciones terapéuticas, recalcando la importancia de un tratamiento combinado que incluya psicofármacos, psicoterapia y técnicas de rehabilitación psicosocial (7), donde el propósito final del tratamiento sea mejorar la calidad de vida del paciente y restablecer las funciones afectadas.(22)

Finalmente, se hablará sobre la importancia de las relaciones familiares en la evolución de la enfermedad, concretamente sobre su influencia en las recaídas, la conocida como emoción expresada (EE) y se explicarán brevemente las expresiones emocionales más características: comentarios críticos, hostilidad y exceso de involucramiento afectivo.(23)

SESIÓN 2. ¿Qué supone para ti la esquizofrenia?

En esta sesión la enfermera resumirá los conceptos más importantes de la 1ª sesión y realizará una serie de preguntas a los familiares cuidadores para que puedan expresar las dudas, los sentimientos y dificultades que les ha supuesto el diagnóstico de su familiar.

Esta sesión se desarrolla en el Anexo 5.

SESIÓN 3. ¿Cómo afrontar la esquizofrenia?

En esta última sesión, la enfermera recordará el concepto de emoción expresada y explicará la posibilidad de experimentar sentimientos de enfado y rechazo que la empeoren y por ello la importancia de cuidarse los propios cuidadores y adoptar pautas de actuación que alivien la sobrecarga familiar. (23) (24). También informará sobre los distintos servicios de Salud Mental en el Servicio Aragonés de Salud y por último entregará el cuestionario de conocimientos y un cuestionario de satisfacción con el programa. (Anexo 6)

Esta sesión se desarrolla en el Anexo 5.

4. Evaluación

En la evaluación de la estructura, se determinará si los recursos disponibles en el centro de salud están en buen estado y han sido adecuados para la realización del programa.

En cuanto a la evaluación del proceso se analizará si las técnicas de enseñanza han sido las adecuadas a los participantes, si las actividades han sido realizadas en el tiempo y lugar previsto y si ha llegado a la población diana, para lo que se llevará un control de asistencia a las sesiones y se registrará la Unidad de Salud Mental de procedencia.

Para la evaluación de los resultados, a nivel cuantitativo, se entregará un cuestionario pre y post de conocimientos sobre la enfermedad y las estrategias de afrontamiento; y a nivel cualitativo, se entregará una encuesta de satisfacción anónima donde podrán escribir sugerencias y expresar el grado de utilidad del programa en la etapa inicial de la enfermedad de su familiar.

Conclusiones

En el contexto actual de tratamiento de los pacientes con esquizofrenia en el seno familiar, se ha comprobado que los miembros de familias con una persona con psicosis tras el primer brote, presentan un elevado malestar personal, falta de estrategias de afrontamiento, sentimientos de culpa, miedo al futuro... lo que repercute de forma negativa en la evolución del paciente y la calidad de vida del entorno familiar.

Con la implantación del Programa de Educación para la Salud dirigido a familiares de pacientes tras el primer brote psicótico se conseguirá un mayor nivel de conocimientos y con ello una mejora en el manejo de la enfermedad, en las estrategias de afrontamiento y en la dinámica familiar. Para ello, el programa se implementará de forma dinámica, adaptándose a las necesidades de los familiares cuidadores en el momento de su desarrollo.

Una vez constatada su efectividad y estudiado su impacto en el sector II, se implementará en los otros dos sectores sanitarios de Zaragoza, y tras un estudio cuantitativo se implementará también en el resto de Aragón.

BIBLIOGRAFÍA

1. Crespo-Facorro B, Bernardo M, Argimon JM, Arrojo M, Bravo-Ortiz MF, Cabrera-Cifuentes A, et al. Eficacia, eficiencia y efectividad en el tratamiento multidimensional de la esquizofrenia: proyecto Rethinking. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2017;10(1):4-20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.09.001>
2. Esquizofrenia [Internet]. World Health Organization. 2018 [actualizada el 9 de abril de 2018- acceso 20 de abril de 2018] Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
3. López Rodríguez P, Sanmillán Brooks HE, Cainet Beltrán AR, Olivares Martínez O de las M. Algunas consideraciones teóricas relacionadas con el estudio de la esquizofrenia. *Rev Inf Científica* [Internet]. 2015;93(5):1189-206. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/189>
4. Bobes García J, Saiz Ruiz J, Bernardo Arroyo M, Caballero Martínez F, Gilaberete Asín I, Ciudad Herrera A. Consenso delphi sobre la salud física del paciente con esquizofrenia: valoración por un panel de expertos de las recomendaciones de las sociedades españolas de psiquiatría y de psiquiatría biológica. *Actas Españolas ...* [Internet]. 2012;40(3):114-28. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=11399287&AN=35061246&h=2S5vaAkLe52/7GQ1cNtFKWZ8JCKzTpDYDC5muypwhs46AJe3pJgBRjDwIOEIncowiINS7+MHpxrgWv6RmIpNRQ==&crl=c>
5. Ortiz de Zárate San Agustín A, Alonso Durana I, Ubis González A, Ruiz de Azúa Velasco M^a. *Guía de Cuidados de Enfermería en Salud Mental: Trastornos Psicóticos*. Barcelona. Elsevier Masson; 2011.
6. Lemos Giráldez S, Fonseca Pedrero E, Paino Piñeiro M. *Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*. 1^a Ed. Madrid: Síntesis; 2015
7. Silvestre García M, Ingelmo Fernández J, García-Ordás Álvarez A. *Propuesta de un enfoque dinámico grupal para el tratamiento*

- combinado de los trastornos esquizofrénicos. Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría [Internet]. 2013;33(117):289-300. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352013000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
8. Cayuela-Fuentes, Pedro Simón; Segura-López, Gabriel; Lisón-García, Antonio; Nieto-Munuera, Joaquín. Enfermería Comunitaria: Continuidad de cuidados en pacientes esquizofrénicos. Enfermería Comunitaria (rev. digital) 2015, 11(2). Disponible en <http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/comunitaria/v11n2/ec10471.php>
 9. Tajima K, Fernández H, López J, Carrasco J, Díaz M. Tratamientos para la esquizofrenia. Revisión crítica sobre la farmacología y mecanismos de acción de los antipsicóticos. Actas Esp Psiquiatr[Internet]. 2009;37(6):330-42. Disponible en: <http://docplayer.es/14662407-Tratamientos-para-la-esquizofrenia-revision-critica-sobre-la-farmacologia-y-mecanismos-de-accion-de-los-antipsicoticos.html>
 10. Barcons C, Miquel V, Sarri C, Argila C, Saló L, Fábregas M, et al. Estudio Piloto: Programa de soporte a la vinculación hacia dispositivos socio-sanitarios y formativo-laborales, para pacientes esquizofrénicos. Informaciones Psiquiátricas. 2014;4(218):9-28. Disponible en: <http://informacionespsiquiatricas.com/informe218/files/assets/basic-html/index.html#1>
 11. Higuera Romero J, Ramírez Ruiz RM. Implementación de programas de psicoeducación familiar en la práctica clínica: Análisis de una experiencia. Apunt Psicol [Internet]. 2011;29(1):71-85. Disponible en: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/188>
 12. Parra Parra Y, Gonzalez Fajardo A, Parra Parra A, Barceló Muñoz N, Alcolea López M, Martínez Ruíz A. Intervenciones psicoeducativas a familiares de pacientes tras un primer brote psicótico: una revisión

- actualizada. Paraninfo Digit [Internet]. 2014;año VIII(N. 20):6. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n18/073d.php>
13. Romero Brioso, Ana María; Zarzoso García, Miguel; Romero Brioso, Yolanda. Programa de psicoeducación familiar en la esquizofrenia. Experiencias enfermeras. Rev Presencia 2009 jul-dic, 5(10). Disponible en <http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/presencia/n10/p7106.php>
 14. García Ramos PR, Moreno Pérez A, Freund Llovera N, Lahera Forteza G. Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia : implicaciones terapéuticas . Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2012;32(116):739-56. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16570>
 15. DE LA HIGUERA ROMERO J. Psicoeducación familiar en la esquizofrenia: de los datos empíricos a la realidad clínica. Apunt Psicol [Internet]. 2005;23(3):275-92. Disponible en: <http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/98>
 16. Claxton M, Onwumere J, Fornells-Ambrojo M. Do family interventions improve outcomes in early psychosis? A systematic review and meta-analysis. Front Psychol. 2017[Internet];8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5366348/pdf/fpsyg-08-00371.pdf>
 17. Serrano Drozdowskyj E. Transiciones Diagnósticas Hacia La Esquizofrenia [Tesis doctoral]. Universidad Autónoma de Madrid; 2012. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/9923/50851_SERRANO_D_ELENA.pdf?sequence=1
 18. Jaime Jiménez DF. Efectividad de un programa de intervención psicoeducativa enfermera en la mejora de conocimientos , afrontamiento familiar y sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes diagnosticados de psicosis temprana[tesis doctoral]. Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga; 2016. Disponible en:

https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/14289/TD_JAIME_JIMENEZ_Francisco.pdf?sequence=1&isAllowed=y

19. North American Nursing Diagnosis Association. Nanda Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2015-2017. 10ª Ed. Elsevier; 2015.
20. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª Ed. Elsevier; 2013
21. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª Ed. Elsevier; 2013
22. Lemos Giráldez S, Vallina Fernández O, Fernández Iglesias P, Fonseca Pedrero E, Paino M. Bases Clínicas para un Nuevo Modelo de Atención a las Psicosis. Clínica y Salud [Internet]. 2010;21(3):299-318. Disponible en: <http://www.copmadrid.org/webcopm/resource.do?recurso=4000&numero=20101102130418609000>
23. Rascón G ML, Gutiérrez L MDL, Valencia C M, Murow T E. Relacion entre la emoci3n expresada por el familiar responsable y la conducta sintomatica de pacientes con esquizofrenia, incluido el funcionamiento social. Salud Ment. 2008;31(3):205-12. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000300006
24. Rebolledo S, Lobato M. Cómo afrontar la esquizofrenia: Una guía para familiares , cuidadores y personas afectadas. Sociedad Española de Psiquiatría. 2005. 205 p. Disponible en: <http://www.fundaciodrissa.com/wp-content/uploads/2010/04/Com-afrontar-lesquizofr%C3%A8nia.pdf>
25. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013
26. Salud Mental: Información general. Gobierno de Aragón; 2017[Acceso 24 abril] Disponible en:

http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/OOAA/ServicioAragonesSalud/AreasTematicas/InformacionCiudadano_DerechosDeberes/ci.03_salud_mental.detalleDepartamento?channelSelected=5b39dd2a38e2b210VgnVCM100000450a15acRCRD

ANEXOS

Anexo 1. (25)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-V de Esquizofrenia

- A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):
1. Delirios
 2. Alucinaciones
 3. Discurso desorganizado (ej. Disgregación o incoherencia frecuente)
 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico
 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva o disminuida o abulia)
- B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).
- C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales)
- D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido

episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

- E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.
- F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Anexo 2. (Elaboración propia)



AFRONTAMOS LA ESQUIZOFRENIA

¿Qué es la esquizofrenia?

¿Cómo convivir con un familiar con esquizofrenia?

Programa de salud para familiares cuidadores de personas con esquizofrenia tras el primer brote psicótico

Sesión 1. ¿Qué es la esquizofrenia?

Sesión 2. ¿Qué supone para ti esta la
esquizofrenia?

Sesión 3. ¿Cómo afrontarla?

Lugar: Centro de Salud José Ramón Muñoz
Fernández.

Paseo de Sagasta, 52, 50006 Zaragoza

Teléfono contacto:

Correo electrónico:

Anexo 3. (Elaboración propia)

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS INICIAL Y FINAL

Unidad de Salud Mental de procedencia:

Cuidador principal: SI NO

Tiempo transcurrido desde el primer episodio de la enfermedad de su familiar:

¿Qué espera de este programa?

¿Cómo definiría la esquizofrenia?

¿Cuáles son los principales síntomas de esta?

Enumere 3 síntomas prodrómicos y exprese cómo actuaría ante ellos.

¿Qué tratamientos conoce para la esquizofrenia?

¿Crees que es importante la inclusión de la familia en el tratamiento del paciente con trastorno esquizofrénico? ¿Por qué?

¿Qué estrategias de afrontamiento pone en práctica para cuidar su salud mental y mantener la estabilidad en la familia?

¿De qué recursos socio-sanitarios dispone tanto usted como su familiar?

Anexo 4. Síntomas prodrómicos y actitudes ante ellos. (23)

Algunos síntomas prodrómicos experimentados por las personas con enfermedad mental son:

- Cambios en los ritmos del sueño y de la actividad.
- Adoptar actitudes suspicaces o reticentes
- Mostrarse muy preocupado por circunstancias poco relevantes
- Dar importancia inusual a noticias o comentarios de los medios de comunicación
- Obsesionarse con temas religiosos
- Sentirse objeto de atenciones de extraños o personas poco relacionadas con él.

Además también deben ser considerados pródromos un incremento de comportamientos por defecto, como:

- Abandono de hábitos de aseo personal o de autocuidado
- Permanecer aislado y ensimismado durante más tiempo

Ante la alerta que significa la aparición de pródromos debemos incrementar las precauciones para prevenir el estallido de la crisis. Algunas actitudes útiles pueden ser:

- Asegurarse de que se toma la medicación antipsicótica en la forma y dosis prescrita
- Solicitar un adelanto de la consulta con el psiquiatra
- Si la persona afectada se encuentra irritable y muy suspicaz, es mejor dejarle y esperar a que se calme.
- Utilizar temas que interesen al paciente para empezar una conversación cuyo fin sea conocer cómo se encuentra.
- Escucharle siempre todo lo que quiera comunicar, aunque no se esté de acuerdo, o los contenidos de sus preocupaciones sean disparatados.
- Hay que aprender a responder más al sentimiento que al contenido
- Cuanto más extensos sean sus pródromos más debemos bajar el listón de las exigencias y concentrarnos en lo más básico: la toma de la medicación, la prevención de trastornos de la conducta graves

(agresividad, amenazas e intentos de suicidio), el mantenimiento del diálogo y el trato familiar.

Anexo 5. Sesiones programa se salud. (Elaboración propia)

Sesión 2. ¿Qué supone para ti la esquizofrenia?

La sesión comenzará con un resumen de la anterior y seguidamente la enfermera explicará el objetivo de esta sesión, que es conocer los sentimientos, las dudas y las dificultades que les ha supuesto el diagnóstico de esquizofrenia de su familiar. Expresará su comprensión, sobre la dificultad que puede suponer a algún familiar hablar sobre su situación delante de desconocidos y los animará a compartir su experiencia de forma cómoda y sin miedo a ser juzgados por los demás.

A continuación, la enfermera realizará una serie de preguntas (Anexo 7), proyectadas también en el Power Point, que cada familiar responderá. La enfermera mostrará empatía hacia los familiares y tratará con normalidad sus sentimientos, intentando disminuir sus sentimientos de culpa e incompreensión. Al final de cada cuestión habrá un espacio para añadir o interactuar entre ellos.

Tras la ronda de preguntas los familiares podrán expresar dudas y reflexiones y la enfermera les adelantará el tema a tratar en la 3ª sesión, que podrá ayudarles en los problemas expresados en esta.

Sesión 3. ¿Cómo afrontar la esquizofrenia?

En esta última sesión, la enfermera continuará exponiendo la importancia de una emoción expresada adecuada en la relación familiar y cómo conseguirla.

Se explicará que existe la posibilidad de experimentar sentimientos de enfado y rechazo al paciente ante las disfunciones conductuales de este, que pueden generar críticas y una actitud hostil que empeore el curso de su enfermedad. Por ello es importante, cuidarse los propios cuidadores y

adoptar pautas de actuación que alivien la sobrecarga familiar como participar en grupos de autoayuda y en asociaciones de familiares de personas afectadas de esquizofrenia, compartir el cuidado del familiar con otros, buscar recursos personales para relajarse y distraerse..etc.(23) (24) (Anexo 8)

A continuación, la enfermera informará sobre los distintos servicios de Salud Mental disponibles en el Servicio Aragonés de Salud y cómo se accede a cada uno de ellos.(Anexos 9 y 10)

Por último, se dejará un espacio de tiempo suficiente para que los familiares puedan expresar dudas o sentimientos y seguidamente se entregará el cuestionario de conocimientos de igual modo que en la primera sesión y un cuestionario de satisfacción con el programa.

Anexo 6. (Elaboración propia)

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN: PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA FAMILIARES DE PACIENTES TRAS PRIMER BROTE PSICÓTICO

La siguiente encuesta es anónima y sirve para conocer su opinión y satisfacción sobre el programa con el objetivo de detectar elementos a mejorar. Puntúe del 1 al 5, siendo 1 "totalmente desacuerdo" y 5 "totalmente de acuerdo" .

1. Le han parecido útiles los contenidos desarrollados en el programa y se han adaptado a sus expectativas

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Considera que va a poner en práctica los conocimientos que ha adquirido

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Encuentra oportuna la etapa de la enfermedad en la que es desarrollado este programa

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Se ha sentido escuchado, comprendido y cómodo en las ocasiones en las que ha tenido que expresar sus sentimientos y opiniones.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. La actitud del profesional de enfermería ha contribuido en el aprendizaje positivamente

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Considera adecuado el método didáctico para transmitir los conocimientos.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. Se han resuelto mis dudas

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. Las instalaciones y los materiales utilizados en el programa han facilitado el desarrollo de las actividades.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Sugerencias de mejora del programa:

Anexo 7. PREGUNTAS SESIÓN 2. (Elaboración propia)

¿Qué ha supuesto para vosotros la aparición de la esquizofrenia en la familia?

¿Cómo os sentís?

¿Qué necesitáis?

¿Qué comprendéis de esta enfermedad? ¿Y qué no?

¿Tenéis apoyos familiares?

¿Os sentís capaces de enfrentar las distintas situaciones por las que va a pasar vuestro familiar?

Anexo 8. Como cuidarse para cuidar (23)

Los problemas de la convivencia no sólo provienen de los posibles conflictos que crea la persona afectada por trastornos esquizofrénicos.

En muchos casos los principales problemas vienen de la ansiedad y sufrimiento que experimentan los padres como consecuencia de la enfermedad de su hijo, son la carga emocional que soporta la familia. Es necesario saber abordar estas dificultades.

Converse con otros padres que tienen los mismos problemas y aprenda a intercambiar consejos prácticos. Ciertas personas tienen reparo en comentar sus dificultades con otros familiares o amigos, ya que alimentan sentimientos de vergüenza o falso orgullo. Esta actitud hay que corregirla, pues lo realmente importante es sacar adelante la vida familiar y personal, y para lograrlo hay que valerse de recursos y ayudas de familiares y amigos.

Busque recursos personales para relajarse y distraerse. El cuidador debe cultivar su tiempo libre y sus aficiones, así como el vínculo conyugal u otros apoyos afectivos, ya que ello le ayudará a renovar su capacidad para afrontar los problemas.

Hágase hábil para afrontar problemas que se repiten. Es necesario cultivar la experiencia. Estar cada vez más preparados para afrontar situaciones críticas y que ya no sean una sorpresa inesperada.

Participe en grupos de autoayuda y en asociaciones de familiares de personas afectadas de esquizofrenia. Desarrolle una actividad cívica reivindicativa por mejores servicios y prestaciones.

Anexo 9. Red asistencial de Salud Mental. *(Material no publicado del departamento de sanidad)*

Unidad de hospitalización psiquiátrica (UCE)

Son unidades de características adecuadas a la hospitalización de pacientes psiquiátricos, ubicadas la gran mayoría en Hospitales Generales.

Están sectorizadas y coordinadas con el resto de recursos de salud mental y asistencia psiquiátrica.

Atendidos por un equipo multidisciplinar similar al del centro de salud mental pero con un mayor número de personal de enfermería.

Indicada en los siguientes casos:

- La patología podría ser una amenaza para el paciente o para los demás.
- Fracaso de tratamientos ambulatorios o en otras instituciones.
- Separación del entorno sociofamiliar, por ser negativo para el paciente o viceversa, cuando la patología del paciente se hace insostenible para el núcleo sociofamiliar.
- Evaluación, pruebas diagnósticas, proceso diagnóstico.
- Desintoxicación de drogas, fármacos, alcohol

Hospital de día

Es una alternativa al ingreso total, una hospitalización parcial con un abordaje terapéutico intensivo que no pueda realizarse desde el dispositivo ambulatorio habitual.

Se realiza una programación individual que puede comprender: tratamientos biológicos, psicoterapia individual o de grupo, cuidados de enfermería, intervención familiar, terapia ocupacional, etc.

Suele tener horario de mañana y media tarde (9h a 17h) residiendo en su domicilio habitual el resto del tiempo.

Centro de día (centro de rehabilitación psicosocial)

Centros que tienen como principal objetivo el trabajo con pacientes con trastorno mental grave y en situación de desadaptación social, familiar y/o laboral, con dificultades de funcionamiento, de autocuidados, etc.

Encaminados a favorecer la adquisición o recuperación de habilidades y destrezas para el funcionamiento dentro de la sociedad, fomentando su

autonomía e independencia y potenciando su integración familiar; utilizan para ello técnicas de psicoterapia individuales y grupales, cuidados de enfermería, socialización, terapias ocupacionales...

Unidad de larga estancia (ULE)

Se considera en la actualidad oportuno para pacientes sin autonomía, con nulos recursos sociofamiliares, aquellos en que su enfermedad hace difícil otros planteamientos rehabilitadores.

Siempre debe considerarse la rehabilitación y resocialización de paciente en los que sea posible, para evitar un funcionamiento de institución meramente de custodia.

Centros de inserción laboral (CIL)

Es un recurso social dirigido a la rehabilitación vocacional-laboral de las personas con trastorno mental grave y que se encuentran viviendo en la comunidad, favorecerá la inserción laboral en la empresa ordinaria, con un apoyo y supervisión, o bien en fórmulas de empleo protegido (Centros Especiales de Empleo), o, en su caso, sistemas de auto-empleo.

Centros residenciales

Es un dispositivo para el alojamiento y la rehabilitación psicosocial de pacientes con trastorno mental grave y dificultades en su funcionalidad.

Tiene más carácter social que sanitario, pues los usuarios, al igual que los que residen en pisos supervisados, hacen uso de otros dispositivos como la unidad de salud mental, centro de día, etc.

Pisos supervisados

Constituyen un espacio residencial al que acceden pacientes derivados de otros recursos rehabilitadores o desde el centro de salud mental, pretenden una vida autónoma del paciente, en régimen de convivencia en grupo y siempre bajo una supervisión y apoyo técnico.

Es uno de los pasos a seguir para favorecer la salida de grandes instituciones de custodia y la aproximación a un funcionamiento social normalizado de los pacientes.

Los pisos varían en sus características en cuanto a número de ocupantes, grado de autonomía, movilidad de los integrantes del grupo, autonomía económica, sexo de los ocupantes, etc.

Anexo 10. ¿Cómo acceder a los servicios de Salud Mental? (26)

A la consulta del centro de salud mental:

- Provistos del volante que acredite el paso previo por su médico de Atención Primaria en caso de que éste considere justificada la demanda de recibir atención especializada.
- Sin volante y sin paso previo por Atención Primaria en situaciones de urgencia durante el horario de consultas de su psiquiatra de zona.
- Desde cualquier otro servicio médico, provistos del volante de petición de consulta.

A los servicios de urgencia de los hospitales generales:

- En cualquier momento, si la situación es urgente y no permite demora, se puede acudir directamente.
- Por orden judicial.
- Conducidos por las fuerzas de orden público.

A los centros de rehabilitación de larga y media estancia:

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.

Al resto de los dispositivos rehabilitadores:

Derivados por su psiquiatra de zona.