



Universidad Europea CANARIAS

PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS:

Una propuesta de intervención para familiares de
pacientes en situación de primer ingreso hospitalario.

Trabajo fin de Máster

Autor/a: Julia Saavedra Almeida

Tutor/a: Nayra Caballero Estebaranz

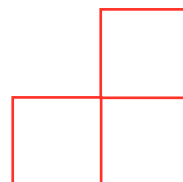
Fecha de realización: 20 de mayo de 2024

Campus de la Orotava

Calle Inocencia García, 1
38300 la Orotava
universidadeuropea.com

Instalaciones de Santa Cruz

C/ Valentín Sanz, 27
38002 Santa Cruz de Tenerife





*“Algo va mal cuando todo encaja, pues esa exactitud envaletonada siempre es señal de
que se respeta más el modelo que los acontecimientos”*

Colina, F. 2013.

Índice

Resumen	5
Abstract	6
1. Introducción	7
2. Intervención.....	12
Participantes	12
Desarrollo del Programa de Intervención.....	13
Contenidos y Actividades.....	15
Módulo 0. Apoyo y apertura.	17
Módulo 1. Compartiendo conocimiento.	20
Módulo 2. Cuidar y cuidarse.	26
Módulo 3. Las emociones.	29
Módulo 4. La comunicación interpersonal.....	31
Módulo 5. Fomentando la autonomía personal.....	36
Instrumentos, Recursos Humanos y Materiales.	37
Evaluación de la Intervención	39
3. Conclusiones	42
4. Referencias.....	45
5. Anexos.....	48
ANEXO I: Formulario de consentimiento informado.....	48
ANEXO II: Guía para entrevista familiar.	50
ANEXO III: Entrevista semiestructurada para Evaluación de Estado y Entorno de Familiares de	



Personas con Primer Ingreso Hospitalario por Esquizofrenia.....51

ANEXO IV: Modelo base del material de los módulos O y 1, a completar según el cuadernillo de
formación.53



Resumen

Un primer ingreso hospitalario por psicosis supone un cambio en la lectura del ambiente y el clima familiar. La percepción de las personas cercanas sobre la persona ingresada varía y la forma de responder ante las necesidades que se presentan se ve atravesada por el estigma, la culpa, la frustración o la pérdida. Se presenta un programa de intervención para la mejora de la calidad de vida de pacientes en situación de primer ingreso hospitalario por psicosis y familiares y personas allegadas, a llevar a cabo en la isla de Tenerife. Desde el modelo de atención comunitaria y centrado en la persona, se coloca la agencia de la persona participante en el centro de la intervención y se desarrolla bajo un marco de cooperación en donde familiares objeto se convierten en familiares expertos/as. A través de veinte sesiones estructuradas en cinco módulos se generará una red de apoyo que propicie una mayor percepción de recursos y fomente el alivio emocional, abarcando desde contenidos fundamentales más teóricos, como conceptos básicos sobre la esquizofrenia, hasta espacios de expresión y gestión emocional, intercediendo sobre el duelo, la culpa o las expectativas, las estrategias de autocuidado y la gestión de conflictos. En conclusión, se propone un plan novedoso  la población destinataria, con pacientes en situación de primer ingreso, pero basada en programas de intervención familiar de personas con esquizofrenia ejecutados y evaluados previamente en la isla de Gran Canaria, dando respuesta a la necesidad de tejer espacios comunitarios desde los primeros momentos en que se manifiesten unos síntomas que requieran la hospitalización.

Palabras clave: *apoyo emocional, esquizofrenia, expresión emocional, familiar experto, intervención familiar*

Abstract

The first time being hospitalized due to psychosis induces a radical change in the approach of a family environment. The perception around people being hospitalized varies and the way to respond to such necessities is usually filled with guilt, frustration and the sentiment of loss. It is hereby introduced an intervention program with the sole purpose of improving the situation of first time patients under psychosis and their families, to be held in the island of Tenerife. Taking into consideration the model of community care and focused on the individual, the agency of said individual is the main area of intervention and it develops within a context of cooperation in which "relatives-objects" become "relatives-experts". Through 20 sessions split into five modules a network of support will be created in which an optimization of resources and emotional relief will be the main goals. Going from the theoretical fundamentals, basic concepts of schizophrenia to safe spaces for emotional handling and expression, putting special attention on grief, guilt, expectations, self-care strategies and problem solving. As a whole, a brand new plan for a specific population is generated with patients being hospitalized for the first time based on a plan of family intervention previously developed and held in Gran Canaria for schizophrenia patients, thus providing a direct response to the need of generating communitary fields and spaces from the very first time hospital care requiring symptoms appear.

Keywords: *emotional support, schizophrenia, emotional expression, family expert, family intervention*

1. Introducción

La Reforma Psiquiátrica se inicia en el año 1982 y permite el paso de un modelo de atención basado en el Hospital Psiquiátrico a una nueva forma de entender la salud mental basada en el Modelo Comunitario, asumiendo así el modelo biopsicosocial del que hoy tenemos los recursos sociosanitarios. El mismo se sustenta en una ordenación sectorizada, territorial, multiprofesional y coordinada (Servicio Canario de Salud, 2019).

El cambio en el modelo asistencial da pie a la desinstitucionalización de pacientes diagnosticados/as de trastorno mental grave y genera cambios evidentes en la estructura y dinámica de la familia de las personas usuarias, abriendo el camino a la aparición de la figura de *cuidador/a familiar o informal*, en donde el/la familiar de referencia hará las veces de soporte emocional y físico de las mismas (Pozo Romero et al., 2017).

El Trastorno Mental Grave (en adelante, TMG), ya sea por su forma de manifestarse o por el frecuente pronóstico de cronicidad, supone dificultades en el funcionamiento normal de la persona usuaria, pudiendo incidir en el autocuidado, la autonomía personal, el control de la conducta o la capacidad de tener iniciativas y motivación (Pozo Romero et al., 2017). Esta realidad puede suponer en la familia la asunción del deber de mitigar la vulnerabilidad en la que les coloca el diagnóstico, cubriendo a través de sus capacidades y habilidades las necesidades y requerimientos del familiar.

Las personas encargadas del cuidado de familiares con TMG cubren las necesidades básicas y psicosociales de los mismos sin que tengan por qué contar con preparación formal para su ejercicio, pero también se ponen en juego los recursos económicos (De Valle Alonso et al., 2014). A esto se le suman las situaciones de difícil manejo a las que pueden enfrentarse, la toma de decisiones constante en referencia a la persona familiar con TMG, la dificultad presentada a la hora de compaginar metas de la vida personal con el rol ejercido, la afección general a la calidad de vida

que sustentan distintos estudios y en la afección en particular al sueño, el descanso, la actividad social, laboral y los recursos económicos (Vaquiro Rodríguez et al., 2010.).

Según la literatura científica y aún sin llegar a un acuerdo tácito, se determina que la esquizofrenia puede presentar dos tipos de síntomas, cuya nomenclatura varía según autoría y época: síntomas positivos (o “no déficit”) y síntomas negativos (o “déficit”). Según Belloch (2008) la definición de los primeros resulta unánime en general, mientras que al catalogar los segundos el debate continúa abierto. Según el manual de referencia suprarreferido, entre los síntomas positivos se encontrarían las alucinaciones, las ideas delirantes, el comportamiento extravagante y los trastornos formales del pensamiento de tipo positivo. Entre los negativos se encontraría el afecto embotado, la alogia, la abulia, la apatía, la anhedonia-insociabilidad y la alteración de los estados atencionales.

En una patología como la esquizofrenia, donde los inicios de la enfermedad pueden ser bruscos e insidiosos, los pródromos pueden durar meses en caso de darse una crisis y puede existen indicios más fácilmente identificables por parte de las personas con las que conviven los y las pacientes, que suelen ser los síntomas negativos. Según Hardy, K., Noordsy, D. & Adelsheim, S. (2024), la pérdida de contacto con la realidad puede experimentarse de diversas formas según la forma de presentación y del sujeto, pero las personas a su alrededor identificarán los cambios relativos al estado emocional del mismo, la pérdida de la funcionalidad social y el aislamiento. Según Pollio, North y Foster (1995, citado en Vallina y Lemos, 2002), que realizaron un estudio en pos de valorar la adecuación del contenido de los programas de intervención familiar en pacientes con esquizofrenia, existe un decalaje entre la oferta que se da desde los ámbitos profesionales y las demandas de las personas cuidadoras y familiares, llegando a destacar la importancia de incorporar y desarrollar contenido relativo a los síntomas negativos (quizá no tan espectaculares) y a las relaciones familiares.

Las consecuencias de la desinstitutionalización o deshospitalización en unidades psiquiátricas de larga estancia de pacientes con TMG se concretan, por lo tanto, en una mayor carga familiar, altos niveles de estrés o ansiedad y la posible aparición de síntomas depresógenos. Además, las personas en situación de calle, aislamiento o exclusión social con trastorno mental grave requieren de una adaptación socio-funcional a la que el Servicio Canario de Salud, a través del Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC), pretende dar cobertura. Mientras tanto, cuando las personas cuentan con familiares o con personas que ejercen cuidados informales, es sobre estas últimas en donde aterrizan los deberes asociados al cuidado del/de la paciente. La terapia grupal desde la asistencia clínica supone una apuesta por la familia, que juega un papel fundamental en las recaídas o las descompensaciones de pacientes con TMG. Asumir el papel que juega en la vida de los/las pacientes y las necesidades de apoyo e información, recabando y actuando en relación a la solicitud de estrategias de afrontamiento, implica tratar con coherencia la realidad sociofamiliar del trastorno mental (Ribé, Valero y Pérez-Testor, 2011). Además, la *American Psychological Association* (en adelante, APA) determina que la intervención familiar en la esquizofrenia se encuentra entre las diez más indicadas para personas con esquizofrenia y destaca que, en fases tempranas de la psicosis, es especialmente relevante (McFarlane, 2016, citado en Fonseca, 2021).

En el estado español la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2021) plantea dos líneas estratégicas que dan un marco que justifica la importancia de la implementación de programas de atención a familiares de pacientes con esquizofrenia o de pacientes con un primer ingreso por psicosis, colocando la promoción de la salud y la prevención de los problemas de salud mental [SIC] y la atención e intervención familiar como dos de sus fundamentos.

El Servicio Canario de Salud, en el último Plan de Salud Mental implementado a nivel autonómico (Plan de Salud Mental en Canarias 2019-2023), hace alusión a 11.585 pacientes con esquizofrenia atendidos en Atención Primaria en el año 2015, además de subrayar la complejidad que existe en el abordaje del tratamiento y la importancia de incluir, además de una atención

sanitaria directa con intervenciones psicosociales y de rehabilitación, intervenciones sobre el medio social y de apoyo a la familia (pág.266). Es desde el mismo medio sociosanitario donde se pone el modelo comunitario como eje de donde partan las respuestas a diferentes necesidades. Entiéndase, entre ellas, la precocidad en la detección y la intervención del trastorno mental, la actuación sobre los aspectos psicológicos y sociales que influyen en el pronóstico y las intervenciones psicoeducativas con las familias.

Precisamente, en relación con la intervención con familiares de personas con esquizofrenia una de las variables más estudiada como predictora de recaídas en el paciente es la Emoción Expresada (Espina y Pumar, 2000). Estudios recientes actualizan y recogen aquellos que, previamente, han determinado que la percepción de los y las familiares de la persona con esquizofrenia tengan sobre su funcionalidad impactará en el desarrollo de habilidades para la vida de ésta (Audiffred et al., 2022). El estigma generado histórica y culturalmente impacta de igual forma en la sociedad y en familiares de pacientes, que pueden a su vez ser verdugo y víctima y en los que las creencias sostenidas irracionalmente por la desinformación y las generalizaciones (Chang Paredes et al. 2018, citado en Audiffred et al., 2022), deben ser objeto y objetivo de intervención por parte de un sistema de salud que tiene como prioridad generar recursos y estrategias de apoyo a la persona con trastorno mental grave en su propio contexto comunitario.

Así, la alta emocionalidad expresada se refiere a un conjunto de actitudes, como son el nivel de criticismo, la implicación emocional excesiva y la presencia de hostilidad (Espina y Pumar, 2000). Las subescalas de la Emoción Expresada son cinco, Criticismo, Hostilidad, Sobreimplicación Emocional, Comentarios Positivos y Calor. Se trata de un constructo con validez transcultural que pone en el foco la importancia de la percepción de autonomía y valía del paciente por parte del entorno cercano.

Vallina y Lemos (2002), que analizan quince programas de educación familiar en la esquizofrenia, señalan que todos contienen información sobre categorías diagnósticas, etiología de

la enfermedad, sintomatología, curso clínico, tratamiento y pautas de manejo de la enfermedad y que resultan de utilidad no solo para la adquisición de conocimientos, también para modificar actitudes y lograr la cooperación terapéutica. Esta revisión concluye que la puesta en práctica de estos programas logra aliviar emociones como la culpabilidad y el remordimiento presentes de forma habitual en familiares de pacientes con esquizofrenia, además de suponer un medio para lograr una relación colaboradora que implique a las personas participantes en la intervención y configurar un marco de integración de conocimiento y comprensión de la enfermedad y ampliar la red de apoyo con la que cuentan.

En relación con la carga de la persona que ejerce los cuidados, en el año 2018 Ozen y colaboradores (Tourinho González, R., Abelleira Vidal, C., Benítez Zarza, N., Álvarez Rodríguez, J.C., Giráldez Castro, A., García Ortega, M. & Quintana Castellano, F.C., s.f.), en un estudio transversal y descriptivo apuntan a que los padres y cónyuges de pacientes con esquizofrenia cuentan con un mayor nivel de sobrecarga. Además, señalan una mayor sobrecarga cuando el paciente presenta sintomatología positiva. Ya en el año 1990, Mauryn y Boyd determinan los factores que contribuyen a la aparición de la carga objetiva y subjetiva, contando con las variables antecedentes (síntomas y funcionamiento del paciente, diagnóstico, residencia y tipo de tratamiento) y los factores mediadores (relación paciente-familia, desempeño de roles, estrategias de afrontamiento, situación socio-económica y otros acontecimientos vitales). Además, estos autores categorizan la conducta del paciente, el desempeño de roles, los efectos adversos en los familiares, la necesidad de apoyo requerido por el paciente y las necesidades económicas como factores que inciden, también, en la carga objetiva. Del análisis de estas variables se extrae el nivel de carga subjetiva.

En una situación de primer ingreso hospitalario y partiendo de una concepción de prevención y promoción de la salud, adelantarse a conocer las variables antecedentes y los factores mediadores

que operan en las familias de pacientes resulta fundamental para tratar de cumplir con los objetivos del programa.

Los principios básicos que regirán la intervención se establecen en línea con el planteamiento de atención, promoción y prevención comunitaria de organismos y entidades responsables en Salud Mental estatales y autonómicas: priorizar la autonomía del paciente y cuidadores/as, poner en valor las preferencias de las personas participantes en un contexto de información veraz, establecer una relación profesional-participante que se base en el acompañamiento, la cooperación y el reconocimiento mutuo y realizar una valoración holística, tanto objetiva como subjetiva, de las necesidades de las personas participantes.

Los objetivos generales de la intervención son cuatro:

- Mejorar la calidad de vida familiar de pacientes y familiares y personas allegadas
- Reducir la carga de la enfermedad
- Disminuir el número de recaídas y rehospitalizaciones
- Disminuir el nivel de carga y angustia de personas cuidadoras

Los objetivos específicos serán:

- Neutralizar las ideas preconcebidas negativas de la esquizofrenia
- Disminuir el nivel de ansiedad y estrés de familiares
- Aumentar la red social de familiares y el alivio emocional
- Generar una red de apoyo independiente al programa

El indicador de resultado primario será el número de recaídas y rehospitalizaciones durante y tras el programa. Asimismo, se recogerá el número de abandonos que se den durante el programa.

2. Intervención

Participantes

Las personas participantes de este programa de intervención serán familiares o personas que ejerzan los cuidados o convivan con pacientes en situación de primer ingreso hospitalario por episodio psicótico no orgánico.

Respecto a los criterios de inclusión-exclusión:

- Se incluyen familias de pacientes en situación de primer ingreso hospitalario por esquizofrenia de habla hispana.
- Se incluyen familias cuyo familiar haya prestado y firmado su conocimiento informado (Anexo I).
- Se excluyen familias de pacientes con patología dual.
- Se excluyen familias donde la persona que ejerza los cuidados fundamentales tenga discapacidad intelectual.

Desarrollo del Programa de Intervención

El *Programa de Intervención para Familiares de Personas en Situación de Primer Ingreso Hospitalario por Episodio Psicótico* se enmarca en los programas de intervención psicosocial de la red de salud mental de la isla de Tenerife, dentro del modelo de atención comunitaria y centrada en la persona.

En una fase previa se llevará a cabo un proceso de formación específico a profesionales voluntarios del área de psicología, enfermería y trabajo social que, a su vez, serán las personas responsables de implementar el programa en las áreas norte, metropolitana y sur de la isla tras haber conformado tres equipos de trabajo diferenciados. El Servicio Canario de salud aportará el personal sanitario necesario para la implementación del programa, que se desarrollará en los Centros de Rehabilitación Psicosocial de la zona norte, zona metropolitana y zona sur.

Se llevará a cabo un seguimiento de las sesiones de intervención una vez cada seis meses por parte de las personas coordinadoras del programa para generar espacios de comunicación interequipo y de valoración de resultados. En estas mismas reuniones se valorará el nivel subjetivo

de carga de trabajo de las personas voluntarias que implementan el programa y si existen dificultades que pudieran imposibilitar, en un futuro, su continuación, ya sea por percepción de sobrecarga, por falta de recursos humanos o por dificultades sobrevenidas en el proceso de implementación del propio programa.

Estructura general de las sesiones

Cada una de las sesiones tendrá una estructura clara y compartida, dividida en cinco tiempos diferenciados y pensados para generar espacios de intercambio de ideas y evaluaciones indirectas. El primer paso de las sesiones o tiempo 1 se denomina “Testeo previo” y se lleva a cabo antes de dar inicio a la sesión formal de intervención. Se trata de un espacio de socialización en donde se fomenta el contacto informal entre participantes y terapeutas y entre las propias personas participantes, previo a sentarse y que facilite la sensación de igualdad para lograr la confianza necesaria que requiere la figura de familiar como “coterapeuta”. La propia práctica de la intervención está determinada por que las personas participantes se conviertan en personas con agencia en lo que les ocurre, por lo que el objetivo de este primer acercamiento al contenido es generar cohesión grupal y que sirva para realizar una evaluación informal del estado de cada una de las personas participantes.

El segundo paso o tiempo 2 versará alrededor de un repaso de lo visto previamente. Para favorecer el recuerdo de los contenidos tratados y fomentar la atención y la implicación de las personas participantes se procurará llevar a cabo un acercamiento a las cuestiones tratadas en la sesión anterior que servirá, además, para poner al día en caso de que haya familiares que no hubieran podido acudir. Las personas responsables podrán, además, hacer una evaluación informal sobre su propio trabajo y podrán reajustar el contenido en caso de que haya lagunas evidentes de cuestiones necesarias, pudiendo reformular el contenido.

El tercer paso o tiempo 3 supondrá la traslación clara de los objetivos de la sesión.

El cuarto paso o tiempo 4 será el, a priori, más extenso, y será el referente al desarrollo de

contenidos de la sesión. Para este momento central resulta fundamental que las personas responsables de la intervención promuevan la participación activa de todas las partes implicadas, pudiendo servir las experiencias vividas como ejemplos útiles.

El quinto paso o tiempo 5 será el cierre de la sesión. En un entorno sosegado se procurará que cada una de las partes exprese algo que le haya propiciado la sesión, en pos de facilitar la elaboración emocional posterior.

Contenidos y Actividades.

Tras la fase previa o *de preparación* se lleva a cabo la implementación del programa fase 1, que cuenta con cinco módulos diferenciados (Tabla 1):

- Módulo 0. Apoyo y apertura
- Módulo 1. Compartiendo conocimiento
- Módulo 2. Cuidar y cuidarse
- Módulo 3. Las emociones
- Módulo 4. La comunicación y los conflictos
- Módulo 5. Fomentando la autonomía personal

Tabla 1.

Módulos del programa.

MÓDULO	OBJETIVOS	Nº DE SESIÓN
MÓDULO 0. APOYO Y APERTURA	- Establecer una alianza de trabajo	
	- Recabar necesidades principales de las familias	Sesión 1
	- Transmitir la importancia de la familia como elemento colaborador en el tratamiento	Sesión 2

	- Plantear la línea base para la evaluación de la intervención	
	- Iniciar red de apoyo entre familiares	
	- Generar un espacio de reflexión grupal	
	- Presentar la red de Salud Mental en Canarias	Sesión 3
	- Neutralizar las ideas erróneas pre-existentes sobre la esquizofrenia	Sesión 4
MÓDULO 1. COMPARTIENDO CONOCIMIENTO	- Trasladar información veraz sobre el curso y el tratamiento de la enfermedad	Sesión 5
	- Detectar prácticas de autodescuido personal	Sesión 6
	- Trasladar herramientas de cuidado personal	Sesión 7
	- Generar espacio de reflexión grupal	Sesión 8
	- Introducir conceptos de carga y carga familiar	
MÓDULO 2. CUIDAR Y CUIDARSE	- Disminuir carga percibida	
	- Valorar y reeducar sobre las expectativas familiares y el duelo	Sesión 9
MÓDULO 3. LAS EMOCIONES	- Elaborar el duelo	Sesión 10
	- Identificar situaciones de desgaste emocional	Sesión 11
MÓDULO 4. LA COMUNICACIÓN Y LOS	- Identificar tensiones intrafamiliares	Sesión 12
		Sesión 13
		Sesión 14
		Sesión 15
		Sesión 16

CONFLICTOS	- Conocer la relación intrafamiliar	Sesión 17
	- Analizar la carga familiar	Sesión 18
	- Trasladar estrategias de resolución de problemas	
	- Aumentar los niveles de cohesión y adaptabilidad familiar	
	- Facilitar la recuperación en el entorno comunitario	
MÓDULO 5. FOMENTANDO LA AUTONOMÍA PERSONAL	- Fomentar objetivos de autonomía del paciente y la familia	Sesión 19
		Sesión 20
	- Dar continuidad al apoyo a través de la red generada	

Módulo 0. Apoyo y apertura.

El módulo 0 hace referencia a al módulo de apertura del programa con las familias participantes.

Como objetivo general de este primer módulo se establece generar una alianza de trabajo que fomente la colaboración a lo largo de todo el proceso de trabajo a través de la idea de “sujeto experto”. El trabajo multifamiliar ampliará la perspectiva de los sujetos participantes permitiendo aumentar la red de apoyo y el compartir sensaciones y experiencias vividas, tratando de neutralizar el posible estigma generado tras el primer ingreso del familiar y el diagnóstico devenido del mismo.

A lo largo de toda la intervención y, especialmente, en este módulo, será fundamental que las personas profesionales utilicen un lenguaje que no genere culpa, manteniendo una actitud de escucha cálida y empática, dotando de agencia al participante para lograr que cale la idea de la que se parte: no se trata de una terapia familiar, sino de trabajar en equipo con la familia.

En este primer paso para generar alianza terapéutica es relevante acercarse a las experiencias previas que indican las principales dificultades que el personal intervisor puede encontrarse: no reconocer

la situación, la existencia de una actitud negativa hacia el familiar ingresado, la posible sensación de desesperanza o angustia, una posible presencia de desconfianza hacia el sistema de salud, la desestructuración de la familia antes del proceso o en el devenir del mismo y la presencia de otros problemas familiares importantes (Touriño González, R., Abelleira Vidal, C., Benítez Zarza, N., Álvarez Rodríguez, J.C., Giráldez Castro, A., García Ortega, M. & Quintana Castellano, F.C., s.f.), Es en este momento cuando se recabará la información general sobre las familias, como la actividad laboral y de ocio de las personas integrantes de la familia, las líneas de interacción y el nivel de afectación de cada una a causa del primer ingreso y la información básica familiar, como el número de personas que conviven en el hogar, la posible existencia de cambios recientes en el mismo y los tiempos de contacto (Leff y Vaughn, 1985, Barrowclough y Tarrier, 1995, citado en guía).

Sesión 0.1. Sobre los inicios.

Objetivos

- Iniciar una red de apoyo entre familiares
- Realizar primera evaluación de estado grupal
- Favorecer la adhesión al programa

Contenido

- Presentación de las personas intervinientes
- Presentación de las personas participantes
- Exposición de módulos del programa
- Exposición de objetivos de la sesión

Actividades

Presentación de las personas intervinientes y las participantes. Se expondrán los módulos generales del programa de intervención y los objetivos de cada uno de ellos. Se hará la primera evaluación de estado grupal a través de preguntas informales por parte de las responsables.

Se explican los recursos sociosanitarios con los que cuentan los familiares y los pacientes.



Se exponen las normas básicas del grupo referidas a la confidencialidad y el tratamiento respetuoso, dando un lugar central a la experiencia de las personas participantes. Se subraya la importancia de la escucha y se invita a la interrupción tras solicitarla cuando fuese necesario, procurando generar un espacio conversatorio confortable, sin olvidar el por qué están ahí.

Se fomenta la exposición de las personas participantes de los motivos por los que acuden al programa, permitiendo la expresión emocional.

Sesión 0.2. La familia como núcleo.

Objetivos

- Consolidar una red de apoyo entre familiares
- Construir ideario sobre el concepto “familia”
- Valorar implicación del grupo

Contenido

- Repaso sesión anterior
- Exposición de objetivos de la sesión
- Ciclo vital
- Concepto de familia
- Cuidador colaborador

Actividades

Se lleva a cabo un acercamiento a la historia del ciclo vital y a la idea de familia como soporte. Se enfoca el contenido al soporte comunitario y la familia como apoyo fundamental del sistema social. Se explica el sistema vulnerabilidad-estrés. Se procura que se intercambien ideas sobre el concepto de familia, planteando preguntas (“¿qué es la familia?”, “¿es la familia lo más importante?”, “¿qué peso tiene tu familia en quien eres ahora?”).

Se sientan las bases para establecer la idea del cuidador colaborador en terapia.



Módulo 1. Compartiendo conocimiento.

El módulo 1 es el más teórico del programa. El proceso psicoeducativo de las personas participantes en el grupo de intervención contiene contenido formativo básico en el que, además, las responsables de la implementación del programa facilitarán la transmisión de conocimientos entre los mismos, sirviéndose del relato para hacer un acercamiento al nivel de conocimiento previo que se tiene sobre la esquizofrenia y sus síntomas, el tratamiento farmacológico pertinente y los efectos secundarios del mismo.

En este proceso el objetivo prioritario es neutralizar las ideas negativas pre-existentes sobre lo que le está ocurriendo a su familiar, además de dotar de información veraz a las personas participantes sobre la esquizofrenia, previniendo la aparición del estigma y reduciendo la carga de culpabilidad que puede presentarse con la idea de la familia como entorno propicio para la aparición del trastorno mental y que se abordará en el módulo 3.

Resulta fundamental que el personal interviniente propicie el encuentro entre familiares y puedan compartir sus experiencias, creando un entorno de escucha y apoyo a través de la escucha activa y el acompañamiento empático.

Sesión 1.1. El delirio y el estigma

Objetivo

- Conocer ideas previas sobre la esquizofrenia
- Neutralizar creencias disfuncionales sobre el trastorno
- Transmitir información verídica sobre la esquizofrenia

Contenido

- Repaso de la sesión anterior
- Exposición de los objetivos de la sesión
- Delirio
- Diferencias intersujeto en la esquizofrenia



- Bases conceptuales de la esquizofrenia
- Prevalencia de la esquizofrenia

Actividades

Se explica en qué consiste la sintomatología positiva de la enfermedad. Se evaluará el conocimiento previo sobre qué es un delirio y qué es la esquizofrenia, subrayando la diferencia intersujeto y las diferentes formas que tienen los síntomas de presentarse. Se hace hincapié en la idea de la esquizofrenia no tanto como enfermedad sino como un grupo de trastornos cuyas repercusiones pueden afectar a la vida cotidiana, a las formas de ver la vida, a la forma de percibir y entender la realidad y a la propia identidad de quién la vive.

Se hace alusión a la diferencia entre un trastorno mental y una enfermedad orgánica cualquiera, incidiendo no solo en la visibilidad de las segundas y en el estigma del primero, recogiendo a través de preguntas la información previa que tienen las personas participantes de la esquizofrenia (“está loco”) para neutralizar esas creencias disfuncionales. Se recalca la aparición de la esquizofrenia en sujetos de toda índole y se ponen sobre la mesa experiencias de personas diagnosticadas de este trastorno con expectativas de futuro: no se trata de un trastorno raro y su prevalencia a nivel mundial es del 1%.

Sesión 1.2. Síntomas

Objetivos

- Conocer síntomas negativos y positivos de la esquizofrenia
- Consolidar red de apoyo entre familiares
- Neutralizar ideas disfuncionales sobre el trastorno
- Introducir información sobre el suicidio

Contenido

- Repaso de la sesión anterior
- Exposición de los objetivos de la sesión



- Síntomas de la esquizofrenia
- Suicidio y esquizofrenia
- Experiencias personales

Actividades

Se describen de forma general los síntomas de la esquizofrenia: síntomas psicóticos positivos, síntomas psicóticos negativos, síntomas cognitivos y síntomas afectivos o depresivos. Resulta fundamental al tratarse de familiares de pacientes en primer ingreso hospitalario hacer alusión a los pródromos y desculpabilizar a la familia. En caso de una aparición insidiosa resulta complejo para el ojo inexperto e incluso para profesionales del sector sanitario conocer qué está ocurriendo más allá de lo que el paciente cuenta.

Se fomenta que las personas participantes hablen de la experiencia en casa y de las sensaciones vividas, en pos de construir un relato común que neutralice las posibles ideas negativas sobre las decisiones que se han tomado a lo largo del proceso.

Se explica lo que son las alucinaciones, las ideas delirantes y los trastornos de la forma y el curso del pensamiento. En relación a los síntomas afectivos se hace una aproximación a la relación entre esquizofrenia y suicidio.

Sesión 1.3. Causas

Objetivos

- Conocer los factores protectores y factores de riesgo de suicidio
- Conocer etiología incierta de la esquizofrenia
- Neutralizar ideas disfuncionales sobre el trastorno
- Introducir el concepto de estrés

Contenido

- Repaso de la sesión anterior
- Exposición de los objetivos de la sesión



- Suicidio y esquizofrenia
- Factores protectores y factores de riesgo
- Modelo vulnerabilidad-estrés

Actividades

Hilando con el cierre de la sesión anterior, se habla de la diferencia entre los factores protectores y los de riesgo de suicidio. Se recoge el testimonio de las personas participantes del debut del familiar para explicar las distintas formas de inicio (gradual y progresivo o brusco y agudo), de las fases y de la evolución y el pronóstico de la esquizofrenia.

La explicación de la etiología se hará a través del modelo vulnerabilidad-estrés y se incidirá sobre las creencias irreales que las personas participantes expresen. Resulta fundamental subrayar la multiplicidad de factores que inciden en la aparición del trastorno.

Se introduce el concepto de estrés.

Sesión 1.4. La emoción expresada

Objetivos

- Conocer el concepto Emoción Expresada
- Desarrollar el concepto de estrés
- Consolidar red de apoyo entre familiares

Contenido

- Repaso de la sesión anterior
- Exposición de objetivos de la sesión
- Emoción Expresada
- Estrés y vulnerabilidad

Actividades

Colocando la mirada en la recuperación se explican la influencia del ambiente familiar y social a través de las cuatro escalas de la Emoción Expresada: comentarios críticos, protección excesiva,

estimulación excesiva y hostilidad. Precisamente en este punto se aprovecha para desarrollar un concepto amplio de “estrés” y de cómo los cambios pueden agravarlo en función de la vulnerabilidad de cada sujeto, pudiendo influir en el devenir del trastorno y en la forma de adaptarse a la vida que implica el mismo.

Se hace partícipe al foro para que traslade sus impresiones sobre lo tratado. Se procura resolver las dudas que hayan podido quedar y se conmina a preguntar dada la importancia de lo tratado.

Sesión 1.5. Apoyo farmacológico

Objetivos

- Conocer el tratamiento farmacológico en la esquizofrenia
- Trasladar la importancia de la adherencia al tratamiento farmacológico
- Neutralizar ideas disfuncionales sobre la medicación

Contenido

- Repaso sesión anterior
- Exposición de objetivos de la sesión
- Medicación en esquizofrenia
- Cronicidad del tratamiento
- Síntomas secundarios del tratamiento y diferenciación de síntomas del propio trastorno
- Consecuencias del incumplimiento

Actividades

Enmarcando la importancia de la familia y de la comunidad en el tratamiento de la esquizofrenia, se explican los tres recursos en los que se asienta el acompañamiento a pacientes con este trastorno: el psicofarmacológico, el psicoterapéutico y el psicosocial, que facilitan la mejora del paciente. Se insistirá en la importancia del apoyo familiar en todo el proceso.

En esta sesión se hace especial hincapié en la importancia de la toma de la medicación no solo

durante las crisis, ya que al regular el sistema nervioso central los antipsicóticos previenen las recaídas. Se trata la elección del medicamento, la posología y las distintas vías de administración, siempre bajo el paraguas de la individualidad de cada uno de los pacientes con esquizofrenia y las distintas formas de presentarse que tiene la misma. Es conveniente sostener a la familia cuando se transmita la posibilidad de que el paciente esté medicado de forma crónica.

Se facilitará la comunicación de miedos y creencias sobre la medicación que puedan tener las personas participantes y se aprovechará para neutralizar y reconducir esas ideas erróneas y aplacar ese miedo, subrayando los beneficios de esta.

Se procurará que transmitan, también, sobre los efectos secundarios que conocen para explicar los que pueden aparecer y las consecuencias que puede tener el incumplimiento de la posología.

Sesión 1.6. Apoyo terapéutico y social

Objetivos

- Conocer los apoyos con los que cuenta el paciente
- Trasladar estrategias de manejo ante dificultades cotidianas desde la familia
- Neutralizar ideas disfuncionales sobre expectativas

Contenido

- Repaso sesión anterior
- Exposición de objetivos de la sesión
- Apoyo terapéutico
- La rehabilitación psicosocial
- La inserción formativa/laboral

Actividades

En línea con la sesión previa se explica la función de la terapia psicológica en el proceso de recuperación del paciente y se incide en los tratamientos psicosociales, fundamentales para abordar las dificultades que pueden presentarse en la cotidianidad del paciente a través de la transmisión de

hábitos básicos de autocuidado, la importancia de las relaciones sociales o la inserción formativo-laboral.

Se aprovecha para escuchar experiencias de las personas participantes para encontrar ejemplos de esas dificultades y trasladar ideas básicas de manejo.

Módulo 2. Cuidar y cuidarse.

Sesión 2.1. La familia y la esquizofrenia

Objetivos

- Generar cohesión grupal
- Conocer experiencias y vivencias personales alrededor del ingreso del paciente
- Introducir concepto de carga
- Identificar ambiente en el entorno familiar actual

Contenido

- Repaso sesión anterior
- Exposición de objetivos de la sesión
- Experiencias primer ingreso
- Carga familiar
- Ambiente familiar

Actividades

Se procura generar un espacio de debate para transmitir las sensaciones y vivencias de las personas participantes cuando se dio el primer ingreso del familiar. Aquellas personas cuyo núcleo familiar fuera tan solo el paciente pueden hablar de la experiencia con sus personas más cercanas, amistades o compañeras.

Se explican las consecuencias que puede acontecer esta nueva realidad a través del concepto de carga (que se desarrollará en la sesión posterior), introduciendo los distintos ambientes que pueden desarrollarse tras una noticia de diagnóstico en el entorno familiar, para prevenir y permitir la

identificación de los mismos en caso de darse: ambiente de tensión, necesidad de mayor supervisión, mayor preocupación o estimulación.

Sesión 2.2. La carga familiar: derechos de quien cuida

Objetivos

- Conocer características de la sobrecarga familiar
- Conocer nivel de carga subjetiva de las personas participantes
- Generar espacio de reflexión y construcción grupal

Contenido

- Repaso sesión anterior
- Exposición de objetivos de la sesión
- Carga familiar
- Derechos de quien cuida

Actividades

Se explica el concepto de carga familiar y de la carga objetiva y subjetiva, siempre a través de preguntas y procurando que el grupo construya una definición completa y acertada con el que todas las partes estén conformes. Importante que abarque los problemas psicológicos, las relaciones interpersonales, la calidad de vida y los problemas económicos.

Se subrayará la idea de derechos y no solo deberes de la persona que ejerce cuidados. Se abre a la participación la discusión sobre los derechos que serían justos (derecho a seguir desarrollando mi vida, derecho a poner límites...).

Sesión 2.3. ¿Cómo afecta en familiares el ejercicio de cuidados?

Objetivos

- Reflexionar sobre el modo en que ha cambiado la vida de las personas que cuidan
- Generar un espacio de construcción y reflexión grupal
- Neutralizar creencias erróneas sobre el cuidado

Contenido

- Repaso sesión anterior
- Exposición de objetivos de la sesión
- Sobrecarga familiar
- Estrategias de autochequeo

Actividades

Generar un espacio de reflexión sobre los cambios que ha comportado en los participantes el conocimiento del diagnóstico en la forma de tratar nuestro tiempo, a nosotros mismos, a nuestro familiar, a otros miembros de la familia y al entorno social más cercano (“¿vigilo a mi familiar ahora más que antes?”, “¿estoy asumiendo responsabilidades que antes no me competían?”, “¿tengo a alguien con quien hablar de cómo me siento?”, “¿tengo a alguien a quien pedir ayuda para cuestiones pragmáticas?”).

Sesión 2.4. Estrategias de autocuidado**Objetivos**

- Identificar rutinas de las personas participantes
- Fomentar la aceptación y la expresión emocional
- Neutralizar ideas erróneas sobre el cuidado
- Generar la construcción grupal de ideas compartidas
- Consolidar red de apoyo entre familiares

Contenido

- Repaso sesión anterior
- Exposición de objetivos de la sesión
- Rutinas de cuidado
- Espacios de placer
- Aceptación



- Importancia de las relaciones sociales
- Concepto de egoísmo
- Síntomas depresivos en personas que cuidan

Actividades

Se pretende identificar las rutinas de las personas participantes para analizar los cambios que han existido o existen en la figura que ejerce los cuidados. Se fomentarán la aceptación y la expresión emocional, los espacios seguros y la recomposición de las relaciones.

Se promoverá el sostén de las actividades que han sido placenteras hasta ahora para las figuras cuidadoras, eliminar y modificar ideas erróneas como que es la única persona responsable del paciente, que no tiene por qué pedir ayuda para cuidar o que cuidarse a sí misma en la situación en la que está es egoísta. Se tratará de dar otro valor al concepto de egoísmo para eliminar la carga negativa del concepto y dotarlo de un significado positivo.

“La persona que cuida también necesita cuidados”: alrededor de este compás se desarrollará un debate en el que se procurará facilitar conclusiones acordes por las personas participantes.

Trasladar la posibilidad de aparición de síntomas depresógenos y los síntomas: cansancio intenso y prolongado, abulia, anhedonia, cambios en el sueño, ansiedad y preocupación por el futuro, llanto frecuente o pensamientos de muerte. Se pretende que las personas participantes identifiquen lo que les puede ocurrir a ellas, pero también a otras personas implicadas en el cuidado del familiar.

Módulo 3. Las emociones.

Sesión 3.1. Generalidades sobre las emociones

Objetivos

- Conocer diferencias entre pensamiento, sentimiento, emoción, conducta y comportamiento
- Identificar emociones
- Valorar situación emocional actual frente a la del inicio



- Evaluar la existencia de cambios
- Consolidar red de apoyo entre familiares

Contenido

- Repaso sesión anterior
- Exposición de objetivos de la sesión
- Conceptos básicos emoción y conducta
- Análisis de situación emocional actual individual
- Análisis de situación emocional actual familiar
- Decisiones

Actividades

Explicar las diferencias entre pensamiento, sentimiento, emoción, conducta y comportamiento. Se presenta una rueda de las emociones y se procura que identifiquen cuáles sintieron cuando conocieron el ingreso del paciente y qué sienten en la actualidad (en caso de que la situación haya cambiado), que valoren los motivos del cambio si existiera y que traten de transmitir qué creen que sentirán cuando el familiar ya esté en casa (si es que no lo está).

Se procura trabajar desde el respeto y la normalización, trabajando las distintas formas de expresión emocional que existen y qué consecuencias tienen las conductas que decidamos escoger (“¿Cuándo algo te enfada, qué haces?”).

Sesión 3.2. Emociones cuando tu familiar es el paciente

Objetivos

- Identificar emociones
- Analizar sentimientos de pérdida
- Generar cohesión grupal
- Generar validación emocional intragrupo
- Consolidar red de apoyo entre familiares

Contenido

- Repaso sesión anterior
- Exposición de objetivos de la sesión
- Expectativas
- Frustración
- Tristeza
- Culpa
- Vergüenza
- Miedo
- Duelo ambiguo

Actividades

Se plantea la pregunta sobre el duelo: “¿El diagnóstico de tu familiar supone la pérdida de algo?”. Se estimula el debate alrededor de las respuestas versadas para aterrizar en las características del duelo ambiguo. Es quizás conveniente hacer paralelismos con personas que han vivido pérdidas que no son muertes, como las *Viudas Blancas de isla de La Palma* o las personas que han sufrido una amputación y sufren los síntomas del *miembro fantasma*. Se pretende trasladar la posibilidad lícita de que la tristeza esté presente en el proceso, ya que también pueden perderse expectativas. Se abordan la frustración, las expectativas, la tristeza, la culpa, la vergüenza o el miedo.

Módulo 4. La comunicación interpersonal.

Sesión 4.1. Conceptos básicos alrededor de la comunicación

Objetivos

- Conocer conceptos básicos de la comunicación
- Identificar pensamientos disfuncionales sobre la comunicación
- Neutralizar creencias erróneas sobre la comunicación
- Generar espacios de comunicación que sirvan de ejemplo de comunicación eficaz



- Generar cohesión grupal

Contenido

- Repaso sesión anterior
- Exposición de objetivos de la sesión
- Conceptos básicos de comunicación
- Comunicación no verbal
- Comunicación verbal
- Componentes paralingüísticos

Actividades

Explicación de los conceptos de emisor, receptor y mensaje. Transmitir las dificultades de la interpretación de un mensaje. Tipos de lenguaje: ¿cuál prevalece?

Se procura abrir debate sobre la prevalencia de la modalidad de lenguaje: “¿qué control tenemos sobre lo que decimos?”, “¿qué control tenemos sobre lo que decimos cuando estamos enfadados?”, “¿importa más lo que digo o lo que hago?”, “¿es importante lo que hago mientras hablo?”, “¿es importante lo que hago mientras escucho?”, “escuchar y hacer ver que escucho, ¿es lo mismo?”).

Se traslada la importancia de la escucha activa y de la actitud empática.

Se lleva a cabo el ejercicio “hablar con números”, en donde se cambian las palabras por números y se hace un rol playing donde, por parejas, deberán conformar una conversación donde se exprese el enfado, la tristeza o el miedo sin el uso de palabras. El resto de participantes deberá determinar qué emociones se han tratado en escena y trasladarán impresiones sobre cómo el lenguaje no verbal ha incidido de forma positiva o negativa en cada una de las personas actantes. Se procura hacer un cierre de sesión en donde todas las partes queden satisfechas y se procura subrayar la importancia de la participación y de la implicación de las personas voluntarias.

Sesión 4.2. La escucha

Objetivos

- Conocer qué es la escucha activa
- Generar clima adecuado para el fomento de la escucha activa
- Practicar la escucha activa
- Identificar los elementos negativos y positivos que pueden darse durante la escucha activa
- Consolidar red de apoyo de familiares

Contenido

- Repaso sesión anterior
- Exposición de objetivos de la sesión
- Comunicación asertiva
- Escucha activa y empática

Actividades

Se recoge a través de conversatorio grupal las ideas que consideran que debe contener la escucha eficaz. Se traslada a una pizarra tras el proceso reflexivo y se procura dar respuesta a las cuestiones positivas y negativas que puede contener la comunicación y las formas de facilitarla o dificultarla con las que se cuenta.

Al inicio de la sesión se lleva a cabo un rol playing con una temática elegida por las personas participantes en donde se trate de forma natural un conflicto. Al final de la sesión se solicita que se repita, de nuevo, el rol playing, poniendo en práctica las herramientas aprendidas en sesión.

Se procura hacer un cierre de sesión en donde todas las partes queden satisfechas y se procura subrayar la importancia de la participación y de la implicación de las personas voluntarias.



Sesión 4.3. Mejora de la comunicación

Objetivos

- Conocer los diferentes estilos de comunicación
- Conocer factores que pueden dificultar la comunicación con el paciente
- Practicar fórmulas de mejora de la comunicación
- Generar cohesión grupal

Contenido

- Repaso sesión anterior
- Exposición de objetivos de la sesión
- Factores que pueden dificultar la comunicación
- Cómo mejorar la comunicación

Actividades

Trasladar los principales estilos comunicacionales para que las personas participantes identifiquen en cuál se colocan más habitualmente. Se dan ejemplos de la comunicación pasiva, agresiva, pasivo-agresiva y asertiva para permitir que, a través del debate, se arribe a la construcción de cada tipo.

Una vez las personas participantes se han puesto de acuerdo en las características que parece tener cada uno de los estilos, se les traslada la información veraz y se invita a participar ejemplificando con situaciones reales.

Se trasladan los factores que pueden dificultar la comunicación con el paciente, asociados a la propia enfermedad, a la dificultad para interpretar cómo se siente o por los niveles de sobrecarga o tensión familiar. Se tratarán los síntomas de la esquizofrenia y su forma de interceder en la comunicación: la dificultad para concentrarse, los miedos a comunicarse surgidos al estar el paciente en delirio, la falta de implicación en lo que sucede...

Se practicarán las fórmulas adecuadas de ir al grano, de expresar con claridad los sentimientos, de reforzar lo positivo, de hacer peticiones positivas, de expresar constructivamente los sentimientos de

disgusto, de intentar verificar antes que adivinar o interpretar y de sugerir un descanso cuando la situación de tensión ha escalado demasiado.

Sesión 4.4. Gestión de conflictos

Objetivos

- Favorecer estrategias funcionales para la gestión de conflictos familiares
- Mejorar la comunicación en situaciones de tensión
- Practicar estrategias para abordar conflictos de forma asertiva
- Neutralizar ideas disfuncionales sobre el abordaje del conflicto
- Generar cohesión grupal

Contenido

- Repaso de la sesión anterior
- Exposición de objetivos de la sesión
- Estrategias para abordar el conflicto
- Círculo de tensión familiar

Actividades

Se inicia pidiendo recordar y abordar las nociones trasladadas previamente sobre ambiente o clima familiar. Se completa la información y se añade la realidad del círculo vicioso de la tensión familiar cuando existe un trastorno: empeoramiento del clima familiar, éste provoca una evolución desfavorable del trastorno y la tensión en la persona que cuida aumenta, lo que a su vez empeora el clima familiar. Se recuerda la carrera de fondo que supone el ejercicio de cuidados de personas con esquizofrenia.

Se recogen experiencias de conflicto de las personas participantes y se usan como ejemplo para practicar el abordaje del conflicto siguiendo las siguientes premisas: se debe abordar sin dilación ni precipitación, no se debe culpabilizar, se debe hablar con calma, se debe describir claramente el conflicto para no hablar de otros aspectos, se debe promover la escucha del punto de vista de la otra

parte y se debe centrar en la situación presente y en conductas específicas.

Módulo 5. Fomentando la autonomía personal.

Sesión 5.1. A favor y en contra

Objetivos

- Conocer los factores que favorecen la recuperación
- Conocer los factores que dificultan la recuperación
- Incidir sobre la importancia de la autonomía del paciente

Contenido

- Repaso sesión anterior
- Exposición de objetivos de la sesión
- Factores que favorecen la recuperación
- Factores que dificultan la recuperación

Actividades

Se recogen las sensaciones de las personas participantes sobre la salida del ingreso de su familiar. Se procura recoger tanto las negativas como las positivas e identificar las emociones que despierta el egreso.

Se trasladan los factores que favorecen la recuperación y aquellos que la entorpecen.

Se recuerdan los objetivos ideales para el paciente: recuperar las habilidades personales, desarrollar o mantener el ocio y las relaciones sociales y sostener las ocupaciones cotidianas. Se procura hacer una asociación con el modelo vulnerabilidad-estrés y recordar qué pueden hacer las familias: brindar apoyo emocional, laboral y social. “La familia como barandilla”.

Sesión 5.2. Construyendo sugerencias

Objetivos

- Crear sugerencias comunes para la convivencia
- Fomentar la continuidad de la red de apoyo creada



- Generar una despedida amable

Contenido

- Evaluación final del programa
- Técnicas de distracción
- Técnicas de relajación

Actividades

Se lleva a cabo la evaluación final del programa. Se subraya que el final del programa no significa el final del apoyo, se conmina a las personas participantes a acudir a los servicios de referencia o a compañeros de la red creada en caso de dudas o necesidad de acompañamiento. Se genera un espacio conversatorio en donde se evalúe de forma informal el programa y las sensaciones de cada uno de los participantes, mientras se construyen sugerencias comunes sobre el manejo de la situación.

Se aprovecha la coyuntura para introducir técnicas de distracción y de relajación.

Instrumentos, Recursos Humanos y Materiales.

Las sesiones de intervención del programa para familiares y personas allegadas de pacientes en situación de primer ingreso por psicosis se llevarán a cabo en una sala de reuniones adecuada, con espacio suficiente para dar soporte a espacios conversatorios entre participantes y equipo de intervención.

La sala debe ser lo suficientemente espaciosa como para que la disposición circular de sillas permita que todas las partes puedan mirarse y el equipo de intervención pueda tomar el pulso al grupo para adaptar la modalidad a seguir.

Se requiere una pizarra para anotaciones y un soporte audiovisual, preferentemente un proyector para el pase diapositivas y un ordenador. El contenido de las diapositivas estará a disposición de las personas intervinientes y se usarán en función del devenir de la sesión.

Las personas intervinientes deberán contar con experiencia o formación en la gestión de dinámicas

grupales. La pericia a la hora de generar espacios de confianza influirá en los niveles de satisfacción y, por lo tanto, de adherencia de las personas participantes.

Cada uno de los tres grupos de intervención planteados (Zona Norte, Zona Metropolitana, Zona Sur) contará con dos profesionales de la Red de Salud Mental de Tenerife con formación en esquizofrenia y primeros episodios psicóticos y en el propio programa de intervención.

Las figuras serán la de profesional principal y la de profesional de apoyo, podrán variar de una sesión a otra, pero no variarán en la misma sesión. La existencia de dos figuras de referencia será útil para favorecer el reparto de funciones y la evaluación posterior.

Temporalización de las Sesiones.

La duración estimada del programa será de cinco meses, contando con la fase pretratamiento de formación y selección de personal y la intervención multifamiliar.

La fase de formación en el programa de intervención se llevará a cabo en un curso de 30 horas de duración, en donde se invitará a las personas responsables del programa a describir los contenidos, objetivos y actividades del mismo. Asimismo, el personal de intervención directa recibirá supervisión y seguimiento a lo largo del programa.

La fase formal de evaluación familiar se llevará a cabo en formato unifamiliar antes del inicio del tratamiento, al finalizar el tratamiento y a los seis meses del tratamiento.

La fase de tratamiento multifamiliar contará con 20 sesiones de hora y media de duración. Dividida en cinco módulos, el de apoyo y apertura o módulo 1, se llevará a cabo en dos sesiones bimensuales. Una semana más tarde

La siguiente tabla resume la temporalización descrita para facilitar la comprensión a quien lee.

Tabla 2.

Cronograma de las sesiones del programa.

MÓDULO	SESIÓN	TEMPORALIZACIÓN
EVALUACIÓN FORMAL. FORMATO UNIFAMILIAR		SEMANA 0
MÓDULO 0. APOYO Y APERTURA	Sesión 1-2	SEMANAS 1 Y 3
MÓDULO 1. COMPARTIENDO CONOCIMIENTO	Sesión 3-8	SEMANAS 5, 6 Y 7 SEMANAS 9, 10 Y 11
MÓDULO 2. CUIDAR Y CUIDARSE	Sesión 9-12	SEMANAS 13, 15, 17 Y 19
MÓDULO 3. LAS EMOCIONES	Sesión 13-14	SEMANAS 21 Y 23
MÓDULO 4. LA COMUNICACIÓN Y LOS CONFLICTOS	Sesión 15-18	SEMANAS 24, 26 Y 28
MÓDULO 5. LA AUTONOMÍA COMO OBJETIVO.	Sesión 19-20	SEMANAS 31 Y 33
EVALUACIÓN FORMAL. FORMATO UNIFAMILIAR		SEMANA 34
SEGUIMIENTO I (1 MES). FORMATO MULTIFAMILIAR.		SEMANA 38
EVALUACIÓN FORMAL. FORMATO UNIFAMILIAR: SEGUIMIENTO II (6 MESES)		SEMANA 62

Evaluación de la Intervención

La evaluación de resultados se llevará a cabo al inicio de la intervención, al fin de la intervención y a los seis meses de la intervención.

Aunque en cada inicio de sesión se hará una evaluación informal de estado de las personas participantes como parte del testeo del grupo, la evaluación formal de la intervención familiar se realizará en sesiones unifamiliares a través de entrevistas semiestructuradas y de medidas de test-retest, que ayudarán a valorar los niveles de eficacia y satisfacción del programa y que se hará a

través de distintos instrumentos:

- Entrevista semiestructurada para Evaluación de Estado y Entorno de Familiares de Personas con Primer Ingreso Hospitalario por Esquizofrenia, elaborada exprofeso para este programa (Anexo III).
- Social Behaviour Assessment Schedule: SBAS, Platt et al (1980) en su adaptación española realizada por Otero et.al (1990), seleccionada por la sencillez en su aplicación y con la que se extrae información sobre las conductas problemáticas del o de la paciente observadas por los y las familiares, el desempeño de roles del o de la paciente, la carga objetiva familiar y el nivel de estrés.
- Escala de Sobrecarga del Cuidador [SIC] de Zarit et al. (1989) que, al ser de formato autoaplicado y de corta duración y contando con que su aplicación intercultural y el análisis de sus propiedades psicométricas han sido rigurosos, resulta útil para hacer una estimación de los niveles de carga percibida antes y después de la aplicación del programa por los y las familiares que ejercen los cuidados pertinentes al paciente o la paciente diagnosticada. Ha sido una de las herramientas de evaluación que se ha usado en el Programa de Apoyo y Colaboración Familiar, enmarcado en la Red de Salud Mental de Gran Canaria y dirigido por Rafael Benítez Inglott.
- Inventario de Duelo Complicado
- Cuestionario de Influencia de las Relaciones Interpersonales o IRQ-*Influential relationships Questionnaire* de Baker et al. (1984, citado en Casas et al, 2010), aplicado a los pacientes y que evalúa la Emoción Expresada a través de la percepción de los mismos en relación con la madre y con el padre. Se trata de una escala tipo Likert con tres escalas: *crítica*, *cuidado* y *protección*, mientras que la *hostilidad* se mide en la de evaluación de la crítica.
- Escala de Satisfacción con el programa.

Con relación a la evaluación centrada en el paciente se hará una valoración de indicadores en la que



se contará con el número de recaídas, de rehospitalizaciones y de valoración de la funcionalidad social que llevarán a cabo las profesionales intervinientes. Esta evaluación se llevará a cabo al inicio, al final del programa y en seguimiento (6 meses tras la finalización del programa). Además, se utilizarán los siguientes instrumentos:

- Escala *Life Skill Profile* o Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana: LSP, de Rosen et al. (1989, citada en Casas et al., 2010) y adaptada al español por Bulberna Vilarasa et al. (1992, citada en Casas et al., 2010), diseñada para tener resultados medibles sobre el nivel de funcionamiento y de incapacidad de las personas psiquiatrizadas. La información se recoge de personas cercanas a la persona que se evalúa.

A lo largo de toda la intervención las reuniones de coordinación servirán para llevar a cabo una valoración informal de la situación de las personas responsables de la aplicación del programa e, indirectamente, de la situación del programa en sí.

Asimismo, se realizará una monitorización de la intervención recogiendo indicadores de abandono y de rehospitalizaciones

3. Conclusiones

El presente trabajo ha tenido como objetivo principal la mejora de la calidad de vida de las personas en situación de primer ingreso hospitalario por episodio psicótico a través de la intervención familiar, entendiendo el sistema familiar como el entorno de desarrollo más próximo al/a la paciente. Las estadísticas muestran que la esquizofrenia, en cualquiera de sus formas, se presenta de forma más frecuente en hombres (4,5%) que en las mujeres (2,9%). Además, se ha descubierto un gradiente social marcado: en clases económicas muy bajas (por debajo de los 18.000 de renta anual por hogar) existe una prevalencia mayor que en rentas superiores (Ministerio de Sanidad, Gobierno de España, 2020): la responsabilidad de dar cobertura a problemáticas sanitarias y sociales desde un sistema sanitario universal se multiplica a la hora de atender a los colectivos históricamente más vulnerables.

Desde una perspectiva más epistemológica que estadística, la escucha del/de la sujeto se sostiene en la línea que comenta Huertas (2020), citando a Sandra Harding (1993) y su *objetividad fuerte*, que recoge que “las perspectivas de los individuos marginados u oprimidos pueden ayudar a crear nociones objetivas del mundo, en la medida en que se sitúan en una posición que les permite señalar patrones de comportamiento que aquellos que permanecen inmersos en la cultura dominante no son capaces de reconocer” (p. 24).

La idea de que el conocimiento siempre es parcial y situado es algo de lo que cualquier estudio de investigación o interpretación debe partir para tratar así de lidiar con mayor conocimiento con los sesgos que atraviesan a las personas que se dedican al campo de la producción científica. Este trabajo parte de la concepción de autonomía del/de la paciente y de la asunción de un *respeto radical* a los procesos y tiempos de las personas con las que se trabaja, colocando la agencia de cada una de ellas en el centro del relato. Más allá del saber académico y experiencial que se tenga como profesional sobre la materia a tratar, nadie sabe más de aquello que le ocurre que aquella persona a

quien eso le ocurre. De este modo, es posible que el programa de intervención presentado se lea como excesivamente flexible, respondiendo a estas premisas básicas sobre las que se sustenta su elaboración. Así, se requerirá a personal cualificado y con un perfil específico para llevar a cabo unas dinámicas en donde se sea capaz de liderar sin dirigir, con todos los matices que ello supone.

La carga laboral del personal de la sanidad pública es otro escollo al que se debe atender: añadir una nueva responsabilidad a profesionales sanitarios/as puede suponer una dificultad para llevar a buen término el programa de intervención que se presenta, por lo que llevar a cabo una negociación adecuada con las personas responsables de la gestión del mismo será fundamental. Que a lo largo de su implementación las reuniones de coordinación guarden un espacio para trabajar cuestiones de soporte específico relacionado con la carga de trabajo del personal interviniente supone abogar por un entorno de trabajo más humano y amable: así como la escucha a las personas participantes supone un revulsivo frente al modelo atencional superado, la escucha y atención a las aportaciones, quejas o necesidades transmitidas por las personas profesionales será parte de la hoja de ruta de este programa.

Según metaanálisis recientes sobre programas de intervención psicosocial basados en los modelos de atención comunitaria los resultados de la implementación del programa presentado se verán reflejados en una menor gravedad de los síntomas, un mejor funcionamiento global y, aunque en menor medida, en la reducción de los ingresos hospitalarios. Se trata de un modelo novedoso al poner en el centro a pacientes en situación de primer ingreso hospitalario por episodio psicótico, aunque cabe esperar que la intervención basada en el apoyo a las personas cuidadoras, la reducción del estigma y la intervención sobre los espacios de cuidado logren generar una red social en donde se palien no solo los niveles de sobrecarga percibidos, también los niveles de soledad no deseada. Sería positivo que las futuras líneas de investigación pudieran generar espacios de transmisión de conocimiento entre pacientes expertos/as y pacientes recién diagnosticados/as, donde también las familias y las personas allegadas pudieran crear espacios de comunicación y apoyo, dotando,



además, de una función más allá de la evidente al aprendizaje de cuidados que se adquiere cuando se cubren las necesidades de otros. El tejido social se multiplicaría a través de la autogestión: el personal sanitario estaría como apoyo en caso de que fuera necesario

4. Referencias

- Audiffred Jaramillo, R. I., González Lozano, L. A., García de Alba García, J. E., García Sandoval, K., Almaraz Cortez, B. A., Montes Jacuinde, K. M., & Torres Valencia, J. D. J. (2022). El funcionamiento social en la esquizofrenia y la alta emocionalidad expresada desde una perspectiva familiar. *Psicumex*, 12, e465. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v12i1.465>
- Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (2009). *Manual de Psicopatología. Edición revisada*. McGrawHill.
- Casas, Emma, Escandell, María José, Ribas, María, & Ochoa, Susana. (2010). Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(1), 25-47.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000100002&lng=es&tlng=es.
- Colina, F. (2013). *Sobre la locura*. Cuatro.
- De Valle Alonso, M. J., Hernández López, I. E., Zúñiga López, M. L., & Martínez Aguilera, P. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería universitaria*. 12(1), 19-27.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000184>
- Espina Eizaguirre, A., & Pumar, B. (2000). Emoción expresada y variables contextuales en padres de esquizofrénicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (76), 49-64.
<https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15730/15589>

Fonseca, E. (2021). *Manual de tratamientos psicológicos: Adultos*. Editorial pirámide.

Huertas, R. (2020). *Locuras en primera persona*. Los libros de la Catarata.

Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. (2021). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Período 2022-2026*.

https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf

Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. (2020). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria*.

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf

Pozo Romero, H., Infante Reyes, D., & Rojas Márquez, R. (febrero, 2017.). *Rol de los cuidadores de los pacientes de salud mental*. XVIII Congreso virtual internacional de psiquiatría Interpsiquis 2017. <https://psiquiatria.com/trabajos/4COMU3CVP2017.pdf>

Ribé Buitrón J, Valero Valverde M, & Pérez-Testor C. (2011). Grupo de familiares de pacientes con trastorno mental severo: Aspectos dinámicos, técnicos y reflexivos a partir de una experiencia terapéutica grupal (Nota 1). *Avances en salud mental relacional*, 10(2). <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/grupo-de-familiares-de-pacientes-con-trastorno-mental-severo-aspectos-dinamicos-tecnicos-y-reflexivos-a-partir-de-una-experiencia-terapeutica-grupal-nota-1>

Servicio Canario de Salud. (s. f.). *Plan de salud mental de Canarias 2019-2023 : aprobado en Consejo de Gobierno el 18 de marzo de 2019.*

Hardy, K., Noordsy, D. & Adelsheim, S. (2024). *Identifying Early Signs of Psychosis in Adolescents and Young Adults*. Stanford Online.

Touriño González, R., Abelleira Vidal, C., Benítez Zarza, N., Álvarez Rodríguez, J.C., Giráldez Castro, A., García Ortega, M. & Quintana Castellano, F.C. (s.f.) *Guía de Intervención Familiar en la Esquizofrenia*. Federación española de asociaciones de rehabilitación psicosocial. Baena Ruiz, E., Fernández Fernández, J.A. & Sánchez Padilla, J.A. (Ed.)

Vallina Fernández, O., & Lemos Giráldez, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13(3), pp. 345-364 <https://www.psicothema.com/pdf/459.pdf>

Vaquiño Rodríguez, S., & Stiepovich Bertoni, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería*, 16(2), pp. 17-24. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000200002>

5. Anexos

ANEXO I: Formulario de consentimiento informado.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INTERVENCIÓN CON FAMILIARES Y PERSONAS ALLEGADAS DE PACIENTES EN SITUACIÓN DE PRIMER INGRESO HOSPITALARIO POR EPISODIO PSICÓTICO

D./Dña. _____, con fecha de nacimiento
_____ y DNI nº _____,

DECLARO QUE

D./Dña. _____, _____ (perfil profesional), como profesional responsable de la intervención en el programa de atención a familiares y personas allegadas de pacientes en situación de primer ingreso hospitalario por episodio psicótico me ha **INFORMADO** de forma clara, precisa y suficiente:

- De la necesidad de que algunos datos e informaciones contenidas en el historial sanitario sean cedidas a otras personas profesionales de la red de Salud Mental para hacer posible la coordinación en la intervención
- De que dichos/as profesionales quedan de igual forma sujetos/as al deber de secreto y de que los datos e informaciones serán tratados con la mayor confidencialidad y reserva
- De la necesidad de participación de las personas familiares y allegadas voluntarias en las sesiones de intervención grupal multifamiliar

Según lo anterior, **EXPRESO MI CONSENTIMIENTO** al amparo de la Ley Orgánica



**Universidad
Europea** CANARIAS

3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales.

Lugar

Fecha

Firma persona interesada

ANEXO II: Guía para entrevista familiar.

ASPECTOS A RECOGER

Disposición familiar sobre la participación en el programa
Disponibilidad para acudir a las sesiones de intervención multifamiliar
Expectativas sobre familiar en situación de primer ingreso
Creencias sobre la esquizofrenia y el sistema de salud
Ambiente familiar: tipos de interacción y vínculos establecidos en el entorno familiar
Valoración de red de apoyo
Existencia de espacios de autocuidado
Niveles de implicación en la crianza
Necesidad de ayuda y apoyo
Ciclo vital e historia familiar
Preocupaciones básicas sobre familiar en situación de primer ingreso y en general
Situación laboral o académica de las personas convivientes
Formas de comunicación intrafamiliar
Tiempos de contacto familiar

ANEXO III: Entrevista semiestructurada para Evaluación de Estado y Entorno de Familiares de Personas con Primer Ingreso Hospitalario por Esquizofrenia.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA. MODELO A COMPLETAR*.

Sujeto a situación de intervención.

Fecha:

Profesional interviniente (Nombre y apellidos):

Datos personales de quien participa.

NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO
LUGAR DE RESIDENCIA	
NIVEL DE ESTUDIOS COMPLETADOS	
PROFESIÓN	
Teléfono de contacto	

Datos personales del paciente o de la paciente.

NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO
LUGAR DE RESIDENCIA	
NIVEL DE ESTUDIOS COMPLETADOS	
PROFESIÓN	
Fecha de ingreso	Profesional de referencia (Nombre y teléfono)

1. ¿Cómo se compone la familia? ¿Quiénes conviven en el entorno familiar?*
2. ¿Cómo es la comunicación en la familia? ¿Suelen hablar entre ustedes? Para usted, ¿se habla lo suficiente?
3. ¿Se siente escuchada en el entorno familiar? ¿Siente que puede expresarse sin terminar en una discusión?
4. ¿Tiene alguna persona en el entorno familiar o fuera del mismo con el que se sienta escuchado/a?

5. ¿Siente que tiene una buena red de apoyo?
6. ¿Cómo suelen resolverse los conflictos?
7. ¿Cree que todas las personas miembros de la familia se sienten queridas?
8. ¿Las personas que componen su familia, suelen compartir las preocupaciones?
9. ¿La familia suele divertirse en conjunto? ¿Tienen intereses en común?
10. ¿Cree que todas las personas miembros de su familia se sienten respetados/as?
11. ¿Los problemas suelen resolverse de manera conjunta?
12. ¿La toma de decisiones es individual o colectiva?
13. ¿Cuánto tiempo de media suelen compartir?
14. ¿Quién se encarga de los cuidados en la familia? ¿Y de los afectos?
15. ¿El trabajo en casa se reparte equitativamente?
16. ¿Qué episodios recuerda como relevantes en su historia familiar?
17. ¿Cómo se ha recibido la noticia del ingreso de (NOMBRE PACIENTE) por parte de las personas miembro de la familia?
18. ¿Se ha sentido alguna vez superada por la situación?
19. ¿Qué opina de la participación en este programa?
20. ¿Qué ha escuchado sobre la esquizofrenia?
21. ¿Puede hablarme de (NOMBRE PACIENTE)?
22. ¿Qué espera de la participación en este programa?

*Se recomienda mantener una actitud de escucha activa y asertiva a lo largo de toda la entrevista y la adaptación de la misma a situaciones sobrevenidas. El objetivo es obtener información sobre el clima familiar, pero también generar un espacio de confianza: se flexible. Se trata de preguntas tipo.

**Conveniente el uso del genograma.



ANEXO IV: Modelo base del material de los módulos 0 y 1, a completar según el cuadernillo de formación.

**PROGRAMA DE APOYO A FAMILIARES DE PERSONAS EN
SITUACIÓN DE PRIMER INGRESO POR ESQUIZOFRENIA.**

¿Cómo estamos? ¿Quiénes somos?
¿Por qué estamos aquí?

MÓDULOS DEL PROGRAMA

Módulo 0. Apoyo y apertura

Módulo 1. Compartiendo conocimiento

Módulo 2. Cuidar y cuidarse

Módulo 3. Las emociones

Módulo 4. La comunicación y los conflictos

Módulo 5. Fomentando la autonomía personal

¿Hay normas?:
pongámoslas en
común

¿Qué es importante para mi?



Repaso sesión anterior

Sobre la familia



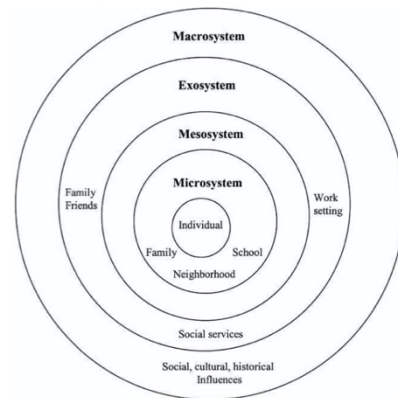
Alguna preguntas a responder...

¿Qué es la familia para mí?

¿Es la familia lo más importante?

¿Qué peso tiene mi familia en lo que yo soy?

¿Sólo familia?



Teoría ecológica de Bronfenbrenner.

Extraído de <https://tmagazine.es/urie-bronfenbrenner/>

*“Llevamos sobre nosotros la foto velada de nuestros
progenitores”*

Colina, F. 2007. De locos, dioses, deseos y costumbres.

EL SISTEMA VULNERABILIDAD-ESTRÉS

Causas de la esquizofrenia

Vulnerabilidad: herencia

Vulnerabilidad: factores

Familiar cuidador/a,
familiar colaborador/a,
familiar experto/a...

**PROGRAMA DE APOYO A FAMILIARES DE PERSONAS EN
SITUACIÓN DE PRIMER INGRESO POR ESQUIZOFRENIA.**



Repaso sesión anterior

¿Cómo estamos? ¿Quiénes somos?
¿Por qué estamos aquí?

MÓDULO 1. COMPARTIENDO CONOCIMIENTO.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN (1.1).

- Conocer ideas previas sobre la esquizofrenia
- Neutralizar creencias disfuncionales sobre el trastorno
- Transmitir información verídica sobre la esquizofrenia



DELIRIO

ALUCINACIÓN

“déjalo, ese está loco...”
¿lenguaje coloquial y
estigma?

¿TRASTORNO O
ENFERMEDAD?

¿TODAS LAS EXPERIENCIAS SON IGUALES?

Hasta el 10% de la población general
escucha voces alguna vez en la vida

¿Mi familiar sigue siendo quien era?
¿Qué ha cambiado?

¿Qué supone un diagnóstico?: sobre el
modelo dimensional

PROGRAMA DE APOYO A FAMILIARES DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE PRIMER INGRESO POR ESQUIZOFRENIA.



Repaso sesión anterior

¿Cómo estamos? ¿Quiénes somos?
¿Por qué estamos aquí?

SÍNTOMAS

SÍNTOMAS NEGATIVOS

SÍNTOMAS POSITIVOS

- ALUCINACIONES
- IDEAS DELIRANTES
- TRASTORNOS EN LA FORMA Y EL CURSO DEL PENSAMIENTO

- APATÍA
 - EMBOTAMIENTO AFECTIVO
 - AISLAMIENTO SOCIAL
 - ESCASA RESPUESTA EMOCIONAL
 - PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD DE DISFRUTAR
 - REDUCCIÓN DEL HABLA Y EL PENSAMIENTO
-

SÍNTOMAS COGNITIVOS

- DÉFICIT DE ATENCIÓN
- DISTRIBILIDAD
- PROBLEMAS DE MEMORIA
- DÉFICIT EN EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN
- PENSAMIENTO DESORGANIZADO
- DÉFICIT EN LAS FUNCIONES EJECUTIVAS

SÍNTOMAS AFECTIVOS/ DEPRESIVOS

- TRISTEZA
 - DESESPERANZA
 - FALTA DE CONFIANZA EN SÍ MISMO/A
 - IDEAS DE CULPA
 - PESIMISMO
 - IRRITABILIDAD
 - IDEAS DE SUICIDIO***
-

Y, ADEMÁS...

- SENSACIÓN DE QUE EL MUNDO SE VUELVE EXTRAÑO
 - ALTERACIÓN EN LA NOCIÓN E IMAGEN DEL SÍ MISMO
-

Momento de reflexión:
¿cuál de estos síntomas
he podido vislumbrar yo?

PROGRAMA DE APOYO A FAMILIARES DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE PRIMER INGRESO POR ESQUIZOFRENIA.



Repaso sesión anterior

¿Cómo estamos? ¿Quiénes somos?
¿Por qué estamos aquí?

MÓDULO 1. COMPARTIENDO CONOCIMIENTO.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN (1.3).

- Conocer los factores protectores y los factores de riesgo de suicidio
- Conocer etiología incierta de la esquizofrenia
- Neutralizar ideas disfuncionales sobre el trastorno
- Introducir el concepto de estrés



SUICIDIO Y CULTURA

FACTORES DE RIESGO

FACTORES PROTECTORES

- PERSONALES
- FAMILIARES
- SOCIALES
- PROFESIONALES

- TEMOR O DESINTEGRACIÓN MENTAL
- INTENTO DE SUICIDIO PREVIO
- PÉRDIDA RECIENTE
- POBRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
- ABUSO DE DROGAS
- TRASTORNO DEPRESIVO PREVIO
- AGITACIÓN

SEÑALES DE ALARMA



VERBALES

Ideas suicidas claras
Comentarios negativos sobre sí mismo/a o sobre su futuro
Despedidas



NO VERBALES

Aumento del consumo de drogas o alcohol
Cambio repentino en la conducta
Aparición de lesiones en el cuerpo
Desprenderse de objetos muy personales o queridos
Urgencia por arreglar documentos: seguro de vida, testamento
Ponerse en contacto con personas allegadas que hace tiempo no ve

De vuelta: modelo vulnerabilidad-estrés



ESTRÉS



CAUSAS DE LA ESQUIZOFRENIA

La herencia es solo uno de las muchas causas potenciales

La esquizofrenia puede presentarse aunque no haya casos en la familia

Tener parientes cercanos con esquizofrenia no es condición suficiente para el desarrollo del trastorno

Existen factores de riesgo que inciden aún más que la causa hereditaria

Esos factores de riesgo pueden afectar a la maduración del SNC

Y tú, ¿qué piensas?

**PROGRAMA DE APOYO A FAMILIARES DE PERSONAS EN
SITUACIÓN DE PRIMER INGRESO POR ESQUIZOFRENIA.**



Repaso sesión anterior

¿Cómo estamos? ¿Quiénes somos?
¿Por qué estamos aquí?

MÓDULO 1. COMPARTIENDO CONOCIMIENTO.

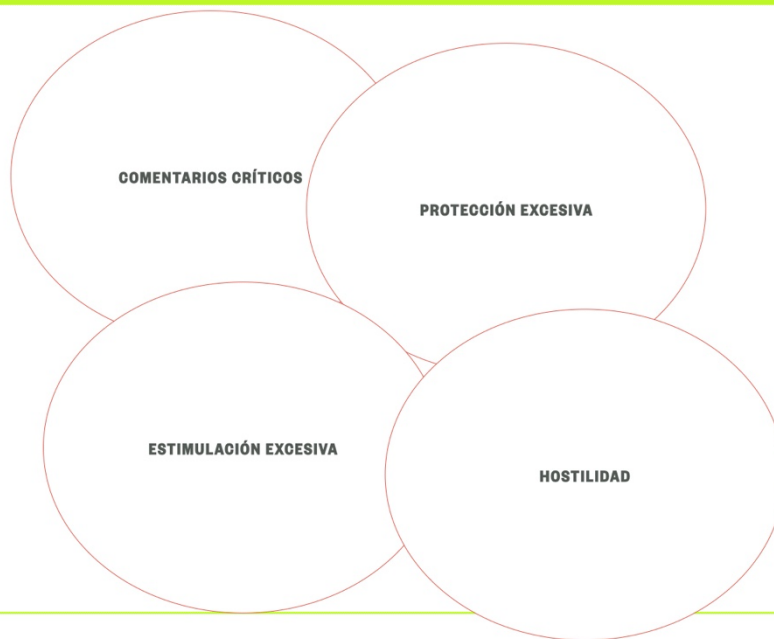
OBJETIVOS DE LA SESIÓN (1.4).

- Conocer el concepto Emoción Expresada
- Desarrollar el concepto de estrés
- Consolidar red de apoyo de familiares



¿Entonces, qué es el estrés?

EMOCIÓN EXPRESADA



Y tú, ¿qué piensas?

**PROGRAMA DE APOYO A FAMILIARES DE PERSONAS EN
SITUACIÓN DE PRIMER INGRESO POR ESQUIZOFRENIA.**



Repaso sesión anterior

¿Cómo estamos? ¿Quiénes somos?
¿Por qué estamos aquí?

MÓDULO 1. COMPARTIENDO CONOCIMIENTO.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN (1.5).

- Conocer el tratamiento farmacológico en la esquizofrenia
- Trasladar la importancia de la adherencia al tratamiento farmacológico
- Neutralizar las ideas disfuncionales sobre la medicación



RECURSOS

FARMACOLÓGICOS

PSICOTERAPÉUTICOS

PSICOSOCIALES

¿QUÉ CONOZCO DE CADA UNO DE ELLOS?

LA MEDICACIÓN

O, MÁS BIEN...
CREENCIAS SOBRE
LA MEDICACIÓN

LOS PSICOFÁRMACOS: ¿QUÉ SON?

- Medicación antipsicótica: actúa a nivel de distintos neurotransmisores, normaliza las funciones cerebrales alteradas, previene las recaídas
 - Bloquean el exceso de información
 - Distintos tipos
 - Elección de medicación en manos de profesional cualificado/a, pero reacciones distintas!: **importante escuchar al/a la paciente**
 - Duración del tratamiento (¿cronicidad?)
 - Beneficios de la medicación
 - Efectos adversos de la medicación
 - Administración correcta
 - Consecuencias potenciales del incumplimiento
-

**PROGRAMA DE APOYO A FAMILIARES DE PERSONAS EN
SITUACIÓN DE PRIMER INGRESO POR ESQUIZOFRENIA.**



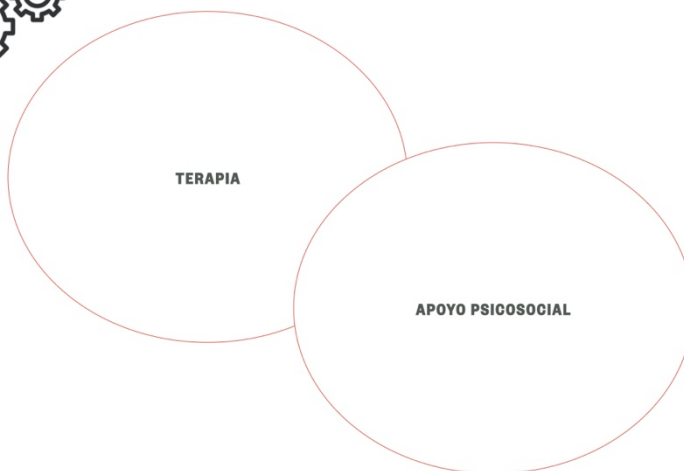
Repaso sesión anterior

¿Cómo estamos? ¿Quiénes somos?
¿Por qué estamos aquí?

MÓDULO 1. COMPARTIENDO CONOCIMIENTO.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN (1.6).

- Conocer los apoyos con los que cuenta el paciente
- Trasladar estrategias de manejo ante dificultades cotidianas desde
- Neutralizar las ideas disfuncionales sobre expectativas



Y tú, ¿qué piensas?
