



Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
GIZA, GIZARTE ETA HEZKUNTZA ZIENTZIEN FAKULTATEA

Grado en Trabajo Social
Gizarte Langintzako Gradua

Trabajo Fin de Grado
Gradu Bukaerako Lana

***FAMILIARES CONVIVIENTES CON
PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA
(Proyecto de intervención social)***

***ESKIZOFRENIA DUTEN PERTSONEKIN
BIZI DIREN SENIDEAK
(Esku-hartze sozialeko proiektua)***

Estudiante: Nerea Goldaracena Jiménez

Tutor: Alberto Ballesterro Izquierdo

Departamento de Sociología y Trabajo Social /

Soziologia eta Gizarte Lan Saila

Campo/Arloa: Salud Mental/Osasun Mentala

Junio, 2023

RESUMEN

En los últimos años, gracias a la progresiva concienciación social frente a la problemática de salud mental y al creciente número de casos en la población, han sido aumentados los recursos y presupuestos destinados a responder a esta, cada vez más creciente, demanda social. Los familiares y el entorno más cercano de la persona con enfermedad mental, que como norma general son la principal fuente de cuidados de esta, quedan rezagados en un segundo plano, ya que carecen de tantos apoyos institucionales y profesionales como las personas que padecen la enfermedad.

Con el presente Trabajo de Fin de Grado se quiere ofrecer ese apoyo profesional del que en ocasiones carecen los y las familiares cuidadores de personas con esquizofrenia. Para ello, se expone un proyecto de intervención que ha sido denominado como “Conociendo lo cotidiano”, en el que se va a ofrecer información, apoyo y asesoramiento en el desempeño de esas tareas de cuidado.

Palabras clave: Salud mental; Esquizofrenia; Familiares; información; Apoyo.

ABSTRACT

In recent years, thanks to the progressive social awareness of mental health problems and the growing number of cases in the population, the resources and budgets allocated to respond to this ever-increasing social demand have been increased. The relatives and the closest environment of the person with mental illness, who as a general rule are the main source of care for them, are left behind in the background, as they lack as much institutional and professional support as the people who suffer from the illness.

This Final Degree Project aims to offer the professional support that family caregivers of people with schizophrenia sometimes lack. For this purpose, an intervention project is presented, which has been called "Knowing the everyday", in which information, support and advice will be the offered regarding the performance of these care tasks.

Keywords: Mental health; Schizophrenia; Family members; Information; Support.

Me gustaría aprovechar esta oportunidad, y previo al desarrollo del presente Trabajo Fin de Grado, para agradecer y nombrar a varias personas que me han animado, ayudado y apoyado durante este proceso.

En primer lugar, quiero dar las gracias a mi tutor del Trabajo Fin de Grado, Alberto Ballester, por haber sido mi mayor apoyo durante este tiempo. Desde el primer momento me ha demostrado su pasión por el trabajo social, su entrega, dedicación y profesionalidad. Pero, sobre todo lo que me gustaría agradecerle es su entera disposición, fuese la hora que fuese, para resolverme dudas, contestarme correos, orientarme o tranquilizarme en esos momentos de agobio.

Por otro lado, quiero dar las gracias por el apoyo de las profesionales del Programa de Primeros Episodios Psicóticos, donde he desarrollado mis prácticas del 4º curso de Trabajo Social. Especialmente, a María José Begué Plano, mi tutora, por haberme animado y ofrecido constantemente su ayuda y disponibilidad. Por haberme llenado de ganas para seguir formándome y descubrir mi interés por el Trabajo Social Sanitario.

Por último, quiero agradecer a mi familia, mi madre y mi padre, y a todas esas personas que han estado apoyándome en este proceso tan bonito y costoso.

GRACIAS.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUCCIÓN | 1 |
| 2. OBJETO DE ESTUDIO | 2 |
| 3. METODOLOGÍA | 3 |
| 4. MARCO TEÓRICO..... | 4 |
| 4.1. Concepto de salud mental..... | 4 |
| 4.1.1. Concepto de esquizofrenia | 5 |
| 4.1.2. Tipos de esquizofrenia | 8 |
| 4.1.3. Epidemiología de la esquizofrenia en Navarra | 9 |
| 4.1.4. Necesidades de las personas con esquizofrenia | 13 |
| 4.1.5. Necesidades de los convivientes con personas con esquizofrenia | 15 |
| 4.2. Trabajo social sanitario..... | 17 |
| 4.2.1. Concepto y evolución histórica del Trabajo Social Sanitario .. | 17 |
| 4.2.2. Cuestiones éticas del Trabajo Social Sanitario | 19 |
| 4.3. Recursos disponibles para la esquizofrenia en Navarra | 20 |
| 5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN | 27 |
| 5.1. Presentación del Proyecto..... | 27 |
| 5.2. Fundamentación y análisis de la situación | 27 |
| 5.2.1. Ubicación..... | 29 |
| 5.2.2. Población beneficiaria del proyecto | 32 |
| 5.3. Objetivos del proyecto..... | 32 |
| 5.4. Actividades | 33 |
| 5.4.1. Contenido de las sesiones formativas | 33 |
| 5.4.2. Selección de los y/o las profesionales | 34 |
| 5.4.3. Sesiones formativas e informativas..... | 34 |
| 5.4.4. Divulgación | 34 |
| 5.4.5. Propuesta de programación | 34 |
| 5.4.6. Preparación de materiales..... | 35 |
| 5.5. Metodología..... | 36 |
| 5.5.1. Intervención grupal | 36 |

| | |
|--|----|
| 5.5.2. Coordinación | 37 |
| 5.6. Organización..... | 37 |
| 5.6.1. Localización | 37 |
| 5.6.2. Temporización y calendarización | 38 |
| 5.6.3. Recursos | 39 |
| 5.7. Presupuesto | 40 |
| 5.8. Evaluación | 42 |
| 5.8.1. Evaluación durante el proceso..... | 42 |
| 5.8.2. Evaluación final..... | 43 |
| 6. CONCLUSIONES | 43 |
| REFERENCIAS | 45 |
| ANEXOS..... | 49 |

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento se trata de un Trabajo de Fin de Grado, creado y desarrollado por Nerea Goldaracena Jiménez, alumna del Grado de Trabajo Social de la Universidad Pública de Navarra. Este, consiste en una propuesta de intervención formativa para familias convivientes con personas con esquizofrenia.

Este proyecto de intervención se va a abordar desde el ámbito del Trabajo Social Sanitario. Este, es la especialización del Trabajo Social llevado a cabo desde el sistema sanitario, tanto en atención primaria, como en especializada. Al igual que en otras profesiones, entre las actuaciones que se realizan en el trabajo social sanitario podemos recoger la concesión de prestaciones y servicios hacia los pacientes que así lo requieran. (Colom, 2011).

Entre los objetivos principales del proyecto, podemos destacar dos: el primero de ellos es formar a las familias convivientes con personas con esquizofrenia; y, el segundo sería generar tranquilidad y seguridad a las familias que participen en el proyecto.

En lo que se refiere a los motivos por los que se ha elegido esta población para centrar el proyecto de intervención, cabe destacar, en primer lugar, las prácticas del cuarto año de la carrera que han sido llevadas a cabo en el Programa de Primeros Episodios (PEP) ubicado en el Centro Psicogeriátrico San Francisco Javier de Pamplona. Los aprendizajes adquiridos sobre el tema, y la observación y reflexión propia han permitido que el presente Trabajo de Fin de Grado sea destinado a los y las familiares que conviven con personas con esquizofrenia.

Por otro lado, el segundo de los motivos por los que se considera necesario crear el recurso para este colectivo es la creciente demanda de problemas de salud mental existentes en la sociedad, y la poca información que se conoce de estos. Así pues, se observa la necesidad de crear recursos que doten a la población de información sobre las enfermedades mentales. Generalmente, quienes suelen apoyar a las personas con estas enfermedades son familiares y el entorno cercano, así que dotarles de información para poder darlo correctamente es una necesidad fundamental, para la que socialmente no se está dando una respuesta.

Por último, el motivo por el que el presente proyecto de intervención se ha ubicado en el PEP, es debido a su efectividad e intensidad de las intervenciones. Trabajan de manera ininterrumpida, integral e intensiva durante dos años, en todos los ámbitos de la vida de la persona afectada por un brote psicótico, con el objetivo de minimizar lo máximo posible los daños provocados por el mismo. La carencia que se observa es que, las intervenciones que se realizan con familiares y entorno más inmediato del o la paciente, queda restringido por consentimiento de este, de manera que son muchas las familias que se encuentran sin ningún tipo de apoyo y asesoramiento para poder manejar la situación de cuidado del enfermo.

Por todo lo expuesto se considera necesario crear este proyecto de intervención preventivo para este colectivo, en el que dotar de formación y tranquilidad a la hora de realizar los cuidados de la persona con esquizofrenia.

Este Trabajo de Fin de Grado tiene una estructura dividida en apartados, que a continuación van a ser explicados.

En primer lugar, aparece el Marco Teórico, donde se expone una revisión teórica sobre la problemática en la que se ha centrado el proyecto de intervención. En ella se pueden encontrar diferentes subapartados, como los conceptos necesarios para entender la esquizofrenia, la epidemiología de esta en Navarra, la situación de los y las familiares en el contexto de la enfermedad, los recursos actualmente existentes para la esquizofrenia en Navarra y, por último, cuestiones en referencia al Trabajo Social Sanitario (qué es, su evolución, ética, etc.).

En segundo lugar, se presenta el proyecto de intervención en cuestión, donde se fundamenta la necesidad de crear el recurso para los y las familiares. Además, aparecen diferentes subapartados, como pueden ser los objetivos del proyecto, el contenido específico de cada sesión formativa, la metodología empleada, el presupuesto estimado para su puesta en marcha, la organización, etc.

Para terminar, se exponen las conclusiones y reflexiones personales en referencia a la carencia de apoyo institucional y profesional que reciben los y las familiares que cuidan a personas con esquizofrenia, o en general con cualquier enfermedad mental. Tras esto, aparece la lista de referencias bibliográficas consultadas y los anexos elaborados.

2. OBJETO DE ESTUDIO

El objeto de estudio del presente Trabajo de Fin de Grado está centrado en los familiares convivientes con personas con esquizofrenia.

Desde el sistema de salud se tiende a priorizar la intervención con el o la paciente, dejando en muchas de las ocasiones completamente a un lado la importancia de intervenir también con los convivientes más cercanos a este.

La esquizofrenia es una compleja y reiterada enfermedad en el ámbito de la salud mental y es fundamental conocerla para poder entenderla y actuar proporcionando el apoyo necesario en cada momento concreto.

Por ello, en este proyecto de intervención se ha realizado un análisis sobre las necesidades específicas de estos familiares que conviven con personas con esquizofrenia para, posteriormente, desarrollar un plan formativo básico que está basado en el conocimiento de la enfermedad, cuáles son sus signos y cómo poder actuar como fuente de apoyo al paciente ante posibles brotes psicóticos.

Este proyecto de intervención es fundamental abordarlo desde el Trabajo Social que, al no considerarse una profesión sanitaria, realizaría una función de coordinación con otro tipo de profesionales, como psiquiatras o psicólogos, quienes aportarían los conocimientos teóricos para formar a los familiares que conviven con personas con esquizofrenia.

Por otro lado, con este Trabajo de Fin de Grado se pretende, al mismo tiempo, visibilizar y luchar contra la estigmatización que existe hacia la esquizofrenia y mostrar la importancia de conocerla para poder actuar correctamente.

En definitiva, lo que se busca con esta propuesta de intervención es ofrecer el apoyo formativo a los convivientes de personas con esquizofrenia para comprenderles, ayudarles y apoyarles sea una labor mucho más sencilla.

3. METODOLOGÍA

El presente Trabajo de Fin de Grado se ha realizado según unos tiempos y pautas de estructura predeterminadas. En el presente apartado se va a explicar cuál ha sido el proceso para su elaboración.

A la hora de realizar y redactar mi propuesta de intervención ha sido necesario contextualizar previamente la enfermedad mental de la esquizofrenia y cómo es la situación de los familiares convivientes con personas que la padecen. Para conseguirlo, se han consultado múltiples fuentes de información, principalmente de carácter cualitativo. Todas ellas son fuentes primarias y secundarias, ya que es la forma de investigar más adecuada para conseguir información verídica.

Para la realización del marco teórico se han hecho consultas en plataformas bibliográficas, principalmente en Google Académico y Dialnet. Los artículos derivados de esta búsqueda han sido utilizados en su mayor parte en el marco teórico. Así pues, tras la búsqueda de información obtenida de las fuentes fiables se elaboró el marco teórico. Una vez acabado, se utilizó la técnica cualitativa de la entrevista. Esta entrevista fue un tanto informal, ya que fue realizada en repetidas ocasiones y sin un guion claro, más bien en formato de conversación cotidiana, ya que la persona a la que fue realizada es un familiar directo con diagnóstico de esquizofrenia. Así pues, ya que fueron diferentes días aleatorios, incluso algunos por WhatsApp, no existe una transcripción de la entrevista como tal.

Además de esto, para conseguir encontrar la problemática concreta en la que involucrar mi proyecto de intervención, se utilizó la técnica cualitativa de la observación activa durante el desarrollo de mis prácticas en el Programa de Primeros Episodios Psicóticos, lugar en el que finalmente se ha considerado el más conveniente para realizar el proyecto.

Junto a la búsqueda de bibliografía, tanto la información recabada, gracias a mi familiar, como la observación durante las prácticas, han sido valoradas como las principales fuentes para llegar al que es el proyecto de intervención, ya que han sido de gran ayuda para conocer la realidad ante la que se presenta este Trabajo de Fin de Grado.

Gran parte de la información necesaria para crearla fue recabada gracias a la ayuda y opinión de las profesionales del Programa de Primeros Episodios, que colaboraron en cuestiones como el presupuesto, los horarios o las temáticas de las sesiones formativas. Además, cabe destacar que la profesional de Trabajo Social, mi tutora, me facilitó el manual interno del programa, así como un libro de Intervención temprana en Psicosis en España. Gracias a todo el apoyo profesional y los documentos otorgados, la realización

de la propuesta destinada a los y las familiares de las personas con esquizofrenia pudo adquirir forma y desarrollarse.

Por último, tras la elaboración del marco teórico, con la respectiva búsqueda bibliográfica, la realización de las técnicas cualitativas y la creación del proyecto de intervención “Conociendo lo cotidiano”, se desarrolló una conclusión y reflexión sobre el tema planteado. Tras esto, se detallan las referencias bibliográficas en formato APA 7 que han sido utilizadas a lo largo de todo el documento, así como los anexos que han sido pertinentes para un mayor entendimiento de este.

4. MARCO TEÓRICO

El estudio en cuestión de este Trabajo de Fin de Grado es la enfermedad mental de la esquizofrenia. Así pues, para poder crear un plan de intervención que ayude a para las familias convivientes con personas con esta enfermedad, es imprescindible conocerla, contextualizarla y entenderla. Para ello, en el presente apartado se exponen todas las cuestiones que se consideran necesarias para abordar dicho fenómeno.

4.1. Concepto de salud mental

Para poder hablar de salud mental hay que definir primero el concepto de salud. Según la perspectiva ecológica, la salud es “aquella expresión de equilibrio ecológico favorable que no exige una ausencia total de enfermedad, pero que requiere la presencia de haberes positivos que la promuevan o fomenten. O también un proceso de equilibrio inestable e integral de las personas con el medio ambiente, y condicionada por los factores intersectoriales e históricos, biológicos y culturales, individuales y colectivos”. La salud, en definitiva, es consecuencia del proceso vital, y no únicamente la percepción de presencia o no de enfermedad. (Idareta, 2018).

La salud mental hace referencia a nuestro bienestar, tanto emocional, como psicológico y social. Es muy importante en todas las etapas de la vida de una persona, ya que ayuda a manejar el estrés, la socialización y la toma de decisiones. Además, puede llegar a distorsionar la manera de pensar, sentir o comportarse en las actividades cotidianas del día a día.

Así pues, una enfermedad o trastorno mental trae consigo una modificación cognitiva, emocional o comportamental clínicamente apreciable que, de forma general, atrae consigo angustia o discapacidad funcional de otras áreas. (OMS, 2022).

La OMS señala una serie de factores determinantes de la salud mental. Los primeros son los psicológicos y sociales, como pueden ser los recursos para afrontar las emociones, o la genética, que provocan que las personas puedan ser más vulnerables. Además de esto, la exhibición a circunstancias externas de gran complejidad, como pueden ser situaciones económicas, geopolíticas, pobreza, violencia, etc. también generan vulnerabilidad a sufrir una enfermedad mental. (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Otros autores como Francisco Idareta señalan que, en la psiquiatría se utiliza el término “trastorno mental” para hacer referencia a una enfermedad mental basada en la falta de equilibrio a nivel psíquico, que es reconocido por unos síntomas y signos y que limitan o imposibilitan el desarrollo de la persona que lo padece con normalidad. (Idareta, 2018).

Según la Confederación de Salud Mental de España, “La Enfermedad Mental o el TMG es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.” (Fernández & García, 2022)

Conforme con lo expuesto por la OMS (2005) existe una prevalencia de que alrededor de 450 millones de personas padecen un trastorno mental. De este total, unos 121 millones de personas son diagnosticadas con depresión, 70 millones con problemas derivados del alcoholismo, 24 millones diagnosticados con esquizofrenia y 37 millones con demencia. Así es que la propia OMS, previó que en el año 2020 la discapacidad derivada por trastornos mentales sería de entorno a un 15%. (OMS, 2005).

Según datos más actualizados de la Organización Mundial de la Salud, “en 2019 una de cada ocho personas (lo que equivale a 970 millones de personas) padecían un trastorno mental. Los más comunes son la ansiedad y los trastornos depresivos, que en 2020 aumentaron considerablemente debido a la pandemia de COVID-19; las estimaciones iniciales muestran un aumento del 26% y el 28% de la ansiedad y los trastornos depresivos graves en solo un año”. (OMS, 2022).

A modo de síntesis, la salud mental sería las condiciones en las que las personas evolucionan en sus capacidades, afrontando las tensiones de la vida cotidiana sin sentirse invadidos por sentimientos de superación, les permite crear y mantener las relaciones interpersonales y realizar sus actividades habituales de manera grata y satisfactoria. Está determinada por múltiples factores psicológicos, biológicos y sociales, que pueden interrelacionarse entre sí.

Tal y como indica Francisco Idareta en su libro *Trabajo Social Psiquiátrico*, la salud mental da cuenta de las condiciones de vida, de las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral y de la capacidad de integración al medio social y cultural. De ahí que el enfoque de la salud mental sea mucho más amplio. (Idareta, 2018).

4.1.1. Concepto de esquizofrenia

El término de trastorno psicótico carece de una definición universalmente aceptada. Tradicionalmente se ha llamado psicosis, que hace referencia a una alteración del pensamiento que conlleva pensar y sentir cosas que carecen de una base real, frente a neurosis, haciendo referencia a una experiencia emocional intensa y desproporcionada. (Idareta, 2018).

Francisco Idareta, define psicosis como un cuadro clínico caracterizado por la pérdida de contacto con la realidad, que es manifestada a través de la desorganización grave del

pensamiento y la presencia de alucinaciones o delirios. De los diferentes tipos de psicosis existentes, la esquizofrenia es valorada como una grave alteración de la percepción, motriz, emocional, del pensamiento y comportamiento. (Idareta, 2018).

El término esquizofrenia proviene del griego, concretamente de las palabras esquizo (escindir) y frenia (mente), es decir “mente escindida”. El concepto de esquizofrenia ha sido muy variable a lo largo de los años, ya que ha habido múltiples formas de denominar la enfermedad. (Abeleira, 2012).

Las primeras denominaciones del concepto de esquizofrenia se encuentran en Alemania, concretamente en Morel, quien la definió como “demencia precoz”, síntomas asociados al deterioro de la vida social y la alteración de la realidad. También, presentó la primera clasificación en cuanto a los diferentes tipos, que los agrupó en tres: paranoide, catatónica y hebefrénica. (Abeleira, 2012).

Haciendo referencia a Luis Javier Lizárraga, la demencia precoz consiste en “una psicosis de concepto moderno, algo convencional, pero con abundancia de atributos clínicos y considerado como proceso de valor sintético, es su radio de acción tan extenso que abarca casi una quinta parte de las psicosis, incluyéndose a esta cláusula todas aquéllas que ofrecen de común el conducir rápidamente a la disolución de las facultades intelectuales y afectar de preferencia a los jóvenes.” (Lizarraga, 2009).

Debido a que si se administra tratamiento en el momento concreto la enfermedad no necesariamente en todos los casos genera un deterioro, en 1911, gracias a Eugen Bleuler, se actualizó el término y surgió la nueva denominación: “esquizofrenia”. Durante sucesivos años numerosos profesionales continuaron con la investigación sobre este trastorno, sus síntomas, signos, causas, clasificaciones, etc. (Abeleira, 2012)

Según el manual de diagnóstico de la *American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM), la esquizofrenia es definida como: (Abeleira, 2012)

- En el DSM I: “las reacciones esquizofrénicas se clasifican del siguiente modo: Simple, Tipo hebefrénico, Catatónico, Paranoide, Agudo indiferenciado, Crónico indiferenciado, Tipo esquizoafectivo, Tipo infantil, Tipo residual”.
- En el DSM-IV: “Trastorno psicótico que presenta al menos dos de estas características: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamientos catatónicos, y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abulia, alogia). Dichas características mencionadas anteriormente deben imposibilitar la vida cotidiana correcta del sujeto. Del mismo modo, no se considera esquizofrenia si hay esta sintomatología causada por ingesta de sustancias psicoactivas o enfermedad médica asociada”.

Haciendo referencia a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la esquizofrenia consiste en “una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta”.

Otros autores la definen como “una enfermedad psiquiátrica caracterizada por un conjunto variable de síntomas que incluyen el delirio y las alucinaciones –conocidos como los síntomas clásicos de la psicosis– la desorganización del pensamiento, síntomas deficitarios de función cerebral como la reducción de las emociones, el lenguaje y la

motivación, la disminución en la función cognitiva, y cambios en tono muscular y actividad, como en el síndrome catatónico”. (Sanders & Gejman, 2012) (Ruiz Ruiz et al., 2006) (Líceá Amador et al., 2019).

Además, en la esquizofrenia se pueden distinguir dos tipos de síntomas, positivos y negativos. Los síntomas positivos son rasgos que normalmente no se dan en una persona sin este trastorno. Algunos ejemplos pueden ser las alucinaciones, los delirios, agitaciones o pensamientos desorganizados. Por otro lado, los síntomas negativos suponen una decadencia en la personalidad del paciente a nivel anímico y relacional. Algún ejemplo puede ser la anhedonia, la escasa relación con el entorno o apatía. (Idareta, 2018).

Esta enfermedad mental no es hereditaria, aunque es algo que comúnmente suele pensarse. Investigaciones afirman que este trastorno psicótico puede surgir debido a un cúmulo de estresores. No obstante, gran número de estudios epidemiológicos señalan que pueden reconocerse factores de riesgo a la hora de padecer esquizofrenia. (Sanders & Gejman, 2012) (Líceá Amador et al., 2019).

El primer elemento de riesgo es la genética, siendo más habitual entre familiares de personas con esquizofrenia. No obstante, existen una serie de excepciones, como la de los gemelos que genéticamente son idénticos, y no necesariamente los dos padezcan el trastorno psicótico. Diversos autores señalan que “el porcentaje de aparición: población general (1%), hermanos no gemelos (8%), hijos de progenitor afectado (12%), hijo de dos progenitores afectados (40%), humanos gemelos dicigotos (12%), hermanos gemelos monocigotos (47%).” (Sanders & Gejman, 2012) (Líceá Amador et al., 2019).

En segundo lugar, sería la química y estructura cerebral. Numerosos estudios científicos advierten de que “un desequilibrio en las reacciones químicas relacionadas con la dopamina y el glutamato, y posiblemente otros neurotransmisores, juega un papel en la esquizofrenia. Las estructuras cerebrales de una persona con esquizofrenia son ligeramente diferentes a las de una persona sana”. (Líceá Amador et al., 2019).

El siguiente factor de riesgo a la hora de padecer esquizofrenia serían los factores parentales, ya que puede aparecer debido a complicaciones gestantes, afectando en el crecimiento neurológico del feto. (Líceá Amador et al., 2019).

Los dos últimos factores de riesgo serían los sociales y la drogodependencia. Consumir de manera habitual drogas, como puede ser cannabis, anfetaminas, cocaína o alcohol, pueden provocar el desarrollo de la esquizofrenia, así como una mayor vulnerabilidad ante las recaídas. (Líceá Amador et al., 2019).

En definitiva, y recalcando de nuevo lo mencionado por Francisco Idareta, un paciente diagnosticado de esquizofrenia ve y oye cosas que carecen de una base real y que son difícilmente comprensibles para el resto de las personas que no padecen la enfermedad. El paciente no sabe cómo expresar aquello que siente, generando tal frustración que puede desencadenar un aislamiento social, descuido del aspecto propio, desorganización del pensamiento e incluso disociación de ideas. (Idareta, 2018).

4.1.2. Tipos de esquizofrenia

Antes de comenzar con la clasificación de los diferentes tipos de esquizofrenia, cabe destacar que la que se va a exponer a continuación no ha sido la misma a lo largo de toda la vida. Siempre ha existido la esquizofrenia, pero hay que recordar que hasta hace poco tiempo atrás las personas con enfermedades mentales eran considerados como padecidos. (Abeleira, 2012)

Además, Cabe también señalar que la clasificación que se va a mostrar a continuación, el DSM V, incluye principalmente trastornos de la personalidad con características similares a la esquizofrenia. Se denomina el grupo A de los trastornos de la personalidad e incluye el trastorno *paranoide*, que hace alusión a personas cuyo pensamiento es desconfiado y que el resto del mundo les quiere hacer daño; el *esquizoide*, que hace referencia a aquellas personas que no muestran ningún tipo de interés por integrarse socialmente; y, por último, el *esquizotípico*, que responde a personas que se encuentran inadaptadas socialmente, pero con motivación para integrarse. (Abeleira, 2012)

En los manuales de salud se recogen las características más importantes del trastorno. Uno de ellos es el nombrado en el apartado anterior, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-V). En este manual de diagnóstico se ordenan los diferentes tipos de esquizofrenia existentes, junto con una descripción de cada uno de ellos: (Abeleira, 2012) (Líceá Amador et al., 2019).

- Paranoide: existe multitud de idea/s delirante/s y/o alucinaciones auditivas. El resto de sintomatología no está tan presente.
- Catatónica: multitud de sintomatología negativa, como catalepsia, negativismo, mutismo, etc. u otros síntomas como ecolalia o ecopraxia.
- Desorganizada: fundamentalmente, predominan las conductas caóticas y una afectividad plana. La persona que la padece no es capaz de saber cómo actuar correctamente en el mundo que le rodea.
- Indiferenciada: “Cajón de sastre”, para aquellos tipos de esquizofrenias que no encajan en ninguna de las tres categorías mencionadas anteriormente.
- Residual: Ausencia de sintomatología de las esquizofrenias descritas antes, o su aparición es de forma tenue.

Otros autores señalan la existencia del subtipo de esquizofrenia simple, en la que el paciente no muestra alucinaciones o delirios, pero si cierta desorganización de las capacidades habituales; y, por otro lado, el subtipo de esquizofrenia hebefrénica, que comienza en torno a los doce años y el paciente manifiesta alucinaciones y delirios, desorganización de la conducta y síntomas relacionados con un trastorno psicótico. En ocasiones puede parecer un retraso mental. (Líceá Amador et al., 2019).

Además, desde la neuropsicología propusieron otra clasificación de los tipos de esquizofrenia, que es al siguiente: (Abeleira, 2012) (Líceá Amador et al., 2019).

- Esquizofrenia tipo I: el paciente manifiesta numerosos síntomas positivos, que son los que provocan un aumento de la excitación motora en el individuo. El origen de esta esquizofrenia tipo I viene derivado de una excitación de las regiones

subcorticales, presentando una hiperactividad dopaminérgica. Un ejemplo de este fenómeno son los delirios y las alucinaciones.

- Esquizofrenia tipo II: la sintomatología que agrupa a este tipo es justamente lo contrario a la anterior. Concretamente hace referencia a la presencia de numerosos síntomas negativos, causados por el descenso de la actividad dopaminérgica de las regiones prefrontales del cerebro, que provocan un debilitamiento afectivo y emocional, falta de actividad o de capacidad de disfrute, etc.

4.1.3. Epidemiología de la esquizofrenia en Navarra

Según datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud (2022), a nivel mundial, el trastorno mental de la esquizofrenia lo padecen alrededor de veinticuatro millones de personas, que equivale a una de cada trescientas personas y teniendo una prevalencia de 0,5%-1,5% en la edad adulta, mayormente en población negra y en hombres. En México, se estima que existen más de un millón cien casos de esquizofrenia diagnosticados, ocupando el principal motivo de incapacidad según el Instituto Mexicano de Seguridad Social. (Líceá Amador et al., 2019) (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Esta enfermedad mental provoca más casos en hombres, 12 millones, que, en mujeres, 9 millones. No obstante, en ambos sexos la edad promedio más frecuente de aparición es entre los dieciséis y los treinta años.

Por otro lado, presentando datos de esquizofrenia a nivel nacional, las tasas conocidas de prevalencia anual son: Madrid: 0,18%; Granada: 0,25%; Cataluña: 0,22%; Asturias: 0,20% y la Rioja: 0,29%. (Mata et al., 2009)

En cuanto a lo que se refiere a la prevalencia de diagnóstico de esquizofrenia según la variable del sexo, en una muestra de 93 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, 60 fueron hombres y 33 mujeres. (Mata et al., 2009)

Para hablar del número de casos de esquizofrenia existentes en la Comunidad Foral de Navarra se va a tomar un estudio realizado por L.J. Lizárraga titulado *La esquizofrenia en Navarra. Perspectiva histórica*. Los datos que se presentan son recogidos del Plan de Asistencia Sanitaria Navarra (PASN), cuya muestra fue extraída del Valle del Baztán, con aproximadamente una prevalencia del 1,20% de psicosis. (Lizarraga, 2009).

En la tabla que se muestra a continuación, cuyos datos fueron recogidos por D. Manuel Gurría, se presenta una síntesis de los ingresos en el Manicomio de Navarra entre 1904 y 1915. En ella se puede observar claramente que la gran mayoría de ingresos eran por motivos de paranoia o paratímia.

Tabla 1. Síntesis de los ingresos en el Manicomio de Navarra entre 1904 y 1915.

| Diagnósticos | Varones | Mujeres | Total |
|---------------------------|------------|------------|-------------|
| <i>Psicodisgenesias</i> | | | |
| Imbecilidad | 29 | 13 | 42 |
| Idiocia | 6 | 8 | 14 |
| Debilidad mental | 17 | 7 | 24 |
| Locura moral | 3 | | 3 |
| <i>Paratimias</i> | | | |
| Estados maníacos | 79 | 65 | 144 |
| Estados melancólicos | 64 | 61 | 125 |
| Estado maníaco-depresivos | 7 | 12 | 19 |
| Melancolía involutiva | | 1 | 1 |
| <i>Paranoia</i> | | | |
| Originaria | 31 | 12 | 43 |
| Degenerativa | 37 | 17 | 54 |
| Crónica | 21 | 16 | 37 |
| Evolutivo alucinatoria | | 3 | 3 |
| Locura puerperal | | 3 | 3 |
| Toxifrenias alcoholismo | 61 | 23 | 84 |
| Epilepsia | 75 | 36 | 111 |
| Histerismo | | | 6 |
| <i>Demencias</i> | | | |
| Precoz | 47 | 28 | 75 |
| Orgánica | 18 | 13 | 31 |
| Paralítica | 28 | 1 | 29 |
| Senil | 19 | 27 | 45 |
| Vesánica o tardía | 19 | 42 | 61 |
| <i>Total</i> | <i>591</i> | <i>412</i> | <i>1003</i> |

Fuente: (Lizarraga, 2009)

En la siguiente tabla se muestra las admisiones por años y tipos de diagnóstico, por cada 100.000 habitantes, en el manicomio de Navarra.

Tabla 2. Admisiones por años y tipos de diagnóstico.

| Años | Esquizofrenia | | Alt. Humor | | Seniles | | Alcohol | | Drogas | | Total | |
|---------|---------------|-----|------------|-----|---------|-----|---------|-----|--------|-----|-------|-----|
| | Total | Nav | Total | Nav | Total | Nav | Total | Nav | Total | Nav | Total | Nav |
| 1916-25 | 14 | 12 | 6 | 6 | 3 | 3 | 3 | 3 | 0,4 | 0,2 | 35 | 32 |
| 1926-35 | 19 | 14 | 3 | 3 | 6 | 4 | 3 | 2 | | | 42 | 36 |
| 1936-45 | 26 | 15 | 4 | 3 | 3 | 2 | 4 | 3 | 0,3 | 0,1 | 63 | 47 |
| 1946-55 | 31 | 26 | 11 | 9 | 2 | 2 | 7 | 7 | 0,3 | | 83 | 73 |
| 1956-65 | 41 | 32 | 10 | 9 | 6 | 5 | 16 | 13 | 0,9 | 0,8 | 119 | 105 |
| 1966-75 | 27 | 24 | 10 | 9 | 6 | 5 | 23 | 21 | 0,4 | 0,2 | 91 | 83 |
| 1976-85 | 16 | 16 | 8 | 8 | 6 | 6 | 22 | 22 | 4 | 4 | 69 | 67 |

Fuente: (Lizarraga, 2009)

Tal y como se puede observar en los datos expuestos, la mayor parte de los pacientes ingresados son derivados por motivos de esquizofrenia o demencia senil. En el caso de la esquizofrenia, alcanza su pico de máximos ingresos entre 1956 y 1965, con 32 ingresos en el Manicomio de Navarra. Tras este pico, descienden considerablemente los ingresos derivados de esta enfermedad. (Lizarraga, 2009)

Por otro lado, Mata, Beperet, Madoz y grupo Psicost., señalan en su estudio que el 1% de la población tiene posibilidades de vivenciar una crisis psicótica a lo largo de su vida. (Mata et al., 2009)

Aunque no existen estudios en Navarra que muestren estos datos en concreto, se oscila una tasa de prevalencia anual de esquizofrenia en esta comunidad entre el 0,7% y el 0,8% para adultos mayores de 17 años. (Mata et al., 2009)

Según datos ofrecidos por el SISM de Navarra y otros recursos sanitarios, en torno a 820 pacientes navarros diagnosticados con esquizofrenia son atendidos por el Sistema Sanitario. Esto, supone que un 0,2% de los habitantes navarros mayores de diecisiete años tienen diagnosticado un trastorno mental grave (TMG) de esquizofrenia. (Mata et al., 2009)

Contrastando estos datos con los expuestos en las memorias de Salud Mental de Navarra de los últimos años, en 2019 fueron atendidas en los Centros de Salud Mental (CSM) un total de 154.019 personas, de las cuales mayormente son distribuidas entre los diecisiete y los sesenta y cuatro años. (Servicio Navarro de Salud, 2019)

En cuanto al número de personas que padecen de esquizofrenia, en 2019 se detectan un total de 2.371 personas con este diagnóstico. A continuación, se adjunta la tabla donde se pueden observar los datos específicos según tipo de diagnóstico. Esta tabla ha sido extraída, como se menciona anteriormente, de la memoria de actividad de Salud Mental de Navarra del año 2019. (Servicio Navarro de Salud, 2019)

Tabla 3. Datos específicos según tipo de diagnóstico en 2019

| | SC | NT | PSG | TA | TMC | TMG | IJ | TOTAL |
|---|--------------|--------------|------------|--------------|---------------|--------------|------------|---------------|
| Aplazado/sin clasificar | 1.839 | 51 | 13 | 100 | 440 | 68 | 33 | 2.544 |
| Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes | | | 50 | 8 | 47 | 2.264 | 2 | 2.371 |
| Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud | 46 | 1.073 | 39 | 4 | 914 | 14 | 265 | 2.355 |
| Retraso mental | 3 | 18 | | | 192 | 103 | 15 | 331 |
| Suicidios y lesiones intencionalmente autoinflingidas | 1 | | | | 8 | 1 | | 10 |
| Trastorno mental sin especificación | | 3 | | | 17 | 2 | | 22 |
| T. de la personalidad y del comportamiento del adulto | | 26 | 22 | 37 | 633 | 290 | 1 | 1.009 |
| Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos | 2 | 29 | 6 | 3 | 268 | 54 | 12 | 374 |
| Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia | 11 | 22 | | 1 | 323 | 34 | 195 | 586 |
| Trastornos del desarrollo psicológico | 4 | 6 | | | 40 | 81 | 26 | 157 |
| Trastornos del humor (afectivos) | 8 | 75 | 278 | 7 | 2.084 | 1.312 | 12 | 3.776 |
| T. mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos | | 24 | 98 | 1 | 84 | 63 | 3 | 273 |
| Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas | 1 | 21 | 10 | 1.673 | 139 | 90 | 8 | 1.942 |
| Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos | 8 | 524 | 191 | 7 | 6.022 | 250 | 52 | 7.054 |
| Total general | 1.923 | 1.872 | 707 | 1.841 | 11.211 | 4.626 | 624 | 22.804 |

Fuente: Registro informático de actividad de consultas y hospitalización/HCI

Fuente: (Servicio Navarro de Salud, 2019)

Tal y como se puede observar en la tabla anterior, pese a que sean datos antiguos, el número de casos ya venía siendo desde hace años una tendencia creciente.

En 2020, los datos de atención en CSM disminuyen a un total de 135.977 personas, siendo la tendencia de atención a casos entre diecisiete y sesenta y cuatro años. (Servicio Navarro de Salud, 2020)

En lo que se refiere al número total de diagnóstico por esquizofrenia en este año, cabe mencionar que este número también disminuye en cierta medida respecto al año anterior, con un total de 2.353 casos. A continuación, se adjunta la tabla extraída de la Memoria de Salud Mental de Navarra de ese año. (Servicio Navarro de Salud, 2020).

Tabla 4. Datos específicos según tipo de diagnóstico en 2020

| | SC | NT | PSG | TA | TMC | TMG | IJ | TOTAL |
|---|--------------|--------------|------------|--------------|---------------|--------------|------------|---------------|
| Aplazado/sin clasificar | 1.998 | 43 | 9 | 107 | 514 | 73 | 38 | 2.782 |
| Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes | 2 | 1 | 39 | 6 | 46 | 2.258 | 1 | 2.353 |
| Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud | 47 | 802 | 34 | 5 | 931 | 20 | 281 | 2.120 |
| Retraso mental | 3 | 11 | 2 | 1 | 176 | 92 | 13 | 298 |
| Suicidios y lesiones intencionalmente autoinflingidas | 1 | | | | 10 | 1 | | 12 |
| Trastorno mental sin especificación | | 1 | | | 18 | 3 | 1 | 23 |
| T. de la personalidad y del comportamiento del adulto | | 25 | 14 | 43 | 609 | 265 | 5 | 961 |
| Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos | 3 | 25 | 6 | 2 | 262 | 49 | 17 | 364 |
| Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia | 17 | 14 | | | 321 | 31 | 173 | 556 |
| Trastornos del desarrollo psicológico | 4 | 3 | | | 44 | 94 | 29 | 174 |
| Trastornos del humor (afectivos) | 5 | 34 | 224 | 8 | 1.925 | 1.205 | 8 | 3.409 |
| T. mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos | 1 | 16 | 93 | 1 | 69 | 56 | 2 | 238 |
| Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas | 3 | 20 | 8 | 1.585 | 131 | 92 | 2 | 1.841 |
| Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos | 15 | 350 | 152 | 6 | 5.596 | 230 | 58 | 6.407 |
| Total general | 2.099 | 1.345 | 581 | 1.764 | 10.652 | 4.469 | 628 | 21.538 |

Fuente: Registro informático de actividad de consultas y hospitalización/HCI

Fuente: (Servicio Navarro de Salud, 2020).

Por último, y mencionando la Memoria de Salud Mental más actualizada, contamos con la de 2021. En este año se atendieron en CSM a un total de 151.662 personas. Tal y como se puede observar mediante la comparación del número total con respecto a años anteriores, este asciende de manera considerable. (Servicio Navarro de Salud, 2021).

Así mismo, el número total de diagnósticos de esquizofrenia también asciende de manera considerable este año, consiguiendo un total de 2.479 casos. Comparando con el año anterior, el número de nuevos diagnósticos es de 126. A continuación, se adjunta la tabla con los datos específicos, que han sido recogidos de la Memoria de Salud Mental de Navarra de ese año. (Servicio Navarro de Salud, 2021).

Tabla 5. Datos específicos según tipo de diagnóstico en 2021

| | SC | NT | PSG | TA | TMC | TMG | IJ | TOTAL |
|---|--------------|--------------|------------|--------------|---------------|--------------|------------|---------------|
| Discapacidad intelectual | 3 | 21 | 3 | 1 | 214 | 110 | 20 | 364 |
| Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes | | | 42 | 7 | 44 | 2.390 | 2 | 2.479 |
| Factores que influyen en estado de salud y en el contacto con los servicios de Salud | 22 | 1.210 | 52 | 11 | 1.246 | 27 | 353 | 2.909 |
| Otros (aplazados, sin clasificar...) | 2.756 | 1 | | | 7 | 1 | | 2.755 |
| Suicidios y lesiones intencionalmente autoinflingidas | | | | | 9 | 2 | | 11 |
| Trastorno mental sin especificación | | 3 | | | 17 | 4 | 3 | 27 |
| Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto | 1 | 24 | 12 | 50 | 686 | 311 | 7 | 1.077 |
| Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos | 3 | 31 | 3 | 2 | 373 | 50 | 25 | 484 |
| Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia | 12 | 19 | | 2 | 398 | 39 | 240 | 693 |
| Trastornos del desarrollo psicológico | 4 | 8 | | | 77 | 135 | 38 | 245 |
| Trastornos del humor | 3 | 62 | 236 | 8 | 2.140 | 1.289 | 13 | 3.723 |
| Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos | | 16 | 104 | 1 | 75 | 66 | 2 | 262 |
| Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas | 1 | 24 | 8 | 1.744 | 154 | 122 | 3 | 2.039 |
| Trastornos neuróticos, secundario a situaciones estresantes, somatomorfos | 11 | 469 | 169 | 11 | 6.676 | 236 | 82 | 7.630 |
| Total general | 2.806 | 1.882 | 628 | 1.833 | 12.029 | 4.754 | 785 | 24.147 |

Fuente: (Servicio Navarro de Salud, 2021)

En definitiva, y para recopilar y comparar los datos expuestos, queda demostrado que el número de casos o diagnósticos de esquizofrenia tiende a ser ascendente en los sucesivos años. Bien es cierto que en 2020 descendieron de manera leve, no obstante, sigue siendo un número elevado que debe crear alarma social. Así pues, es incuestionable que la cifra es eminente, considerando la necesidad de crear nuevos dispositivos que puedan llegar a cubrir dicha creciente demanda.

4.1.4. Necesidades de las personas con esquizofrenia

Para la realización de este apartado se va a tomar como referencia un estudio realizado en el año 2000 por Abaurrea, Astrain, Elgorriaga, Litago, Lora, sobre las necesidades sociales de las personas con esquizofrenia en Navarra.

La muestra poblacional que fue tomada fueron los pacientes atendidos en 1995 en la Red de Salud Mental que tuvieran alguna necesidad social influyente en el futuro clínico y social. (Abaurrea et al., 2000).

El resultado fue de 450 personas, de las cuales un 59% eran diagnosticados con esquizofrenia (175 hombres y 93 mujeres). La mayoría no estaban casados y con 38 años de media de edad. (Abaurrea et al., 2000).

La primera de las necesidades que se detecta en el estudio es la de crear nuevos modelos de atención más integrales de salud. Manifiestan una queja por aquellos modelos que plantean la atención psiquiátrica como algo específico de la atención sanitaria.

Reivindican, pues, empezar analizando sus necesidades reales y planteando los servicios necesarios en procesos más homogéneos y con posibilidad de evaluaciones continuadas donde verificar la idoneidad o no de los mismos. (Abaurrea, et al., 2000).

En segundo lugar, y al hilo de lo mencionado anteriormente, los y las pacientes expresan la necesidad de intervenciones más multidimensionales en los diferentes niveles de la vida de una persona y más continuadas en el tiempo. Así pues, señalan también la importancia y necesidad de que los servicios sociales sanitarios se adapten a una realidad cada vez más demandante de servicios. (Abaurrea et al., 2000).

En resumen, lo que los pacientes con esquizofrenia señalan en el estudio realizado como necesidad es un diseño de actuación que apueste por las siguientes características (Abaurrea et al., 2000).

- Asegurar y garantizar la cobertura de las necesidades más básicas.
- Crear diseños de intervención individualizados y personalizados en base a cada casuística concreta, teniendo en cuenta la heterogeneidad social.
- Minimizar y suavizar los requisitos de admisión a los servicios, así como unirlos a la atención primaria, para así conseguir un mejor seguimiento en red de los casos.
- Mejorar la coordinación entre servicios sociales y sanitarios.

Además, otro estudio realizado en 2012 por Begoña Bevía Febrer para su tesis doctoral, utilizó una muestra poblacional de 15 grupos de personas con esquizofrenia (en total 51 personas participantes) y 3 grupos de 16 personas en total que padecían, además, pobreza. (Bevía Febrer, 2012).

La primera necesidad que de forma generalizada expresan, y sumado a lo ya anteriormente expuesto, es la de vivir una vida normalizada, sin que el estigma caiga sobre ellos y la esquizofrenia sea su principal característica como personas. Dicen estar “inmersas en un contexto de pobreza, dependencia, resignación, así como una búsqueda continua de comprensión, apoyo y disfrute”. (Bevía Febrer, 2012).

Las personas estudiadas, también reconocen como necesidades el control del malestar emocional y del desgaste por la vida cotidiana, controlar los síntomas psicóticos, comunicación de su experiencia, sentirse acompañados, apoyados y queridos a nivel informal, mayor apoyo a nivel profesional y de instituciones, apoyo en la búsqueda de empleo, ocupaciones, ocio, etc. (Bevía Febrer, 2012).

Por último, y con el objetivo de aclarar lo expuesto, se adjunta una tabla donde se recogen las principales necesidades de las personas que padecen esquizofrenia.

Tabla 6. Síntesis de las principales necesidades de las personas con esquizofrenia

| | |
|---|---|
| Crear nuevos modelos de atención más integrales en la salud. | Mayor apoyo a nivel profesional e institucional (consejo, empatía, accesibilidad, aumento de prestaciones, subvenciones, viviendas tuteladas, etc.) |
| Crear intervenciones más multidimensionales | Apoyo en la búsqueda de trabajo, ocupación y ocio |
| Vivir una vida normalizada | Aceptación y respeto |
| Encontrar el equilibrio entre actividad y estrés | Independencia y libertad de decisión |
| Acabar con el estigma relacionado con los síntomas psicóticos | Usar tratamientos alternativos |
| Compartir experiencias, relacionarse | Sentirse queridos |

Fuente: elaboración propia a partir de (Abaurrea, et al., 2000) (Bevía Febrer, 2012).

4.1.5. Necesidades de los convivientes con personas con esquizofrenia

La Organización Mundial de la Salud, en 2010, valoró que existían alrededor de veintinueve millones de casos de esquizofrenia en el mundo. Visto este dato, se calculó estadísticamente que por cada diez pacientes con trastorno mental grave existían 2,5 cuidadores. (Rascón, et al., 2014).

La presencia y apoyo que ofrece un cuidador familiar hacia cualquier persona con trastorno mental es inmensa. Es así como podemos decir que los familiares son los principales cuidadores del enfermo en la comunidad. En este caso en concreto, si hablamos de la esquizofrenia, este soporte familiar puede prevenir brotes psicóticos, mejorar el funcionamiento global del paciente y fortalecer su apego. (Rascón, et al., 2014).

Tal y como se puede observar, son innumerables los beneficios que se han visto sobre el apoyo familiar en las personas con esquizofrenia, pero apenas se han tenido en cuenta las necesidades de apoyo de los familiares ante situaciones de crisis o brotes psicóticos. (Rascón, et al., 2014).

Tras un estudio realizado a partir de un grupo de discusión formado por familiares convivientes con personas con esquizofrenia surgieron las siguientes conclusiones en cuanto a las necesidades de estos:

Lo primero que se apunta es la necesidad de información y apoyo profesional para poder afrontar las situaciones de crisis. Es imprescindible que la población, en general, conozca y permanezca informada sobre las enfermedades mentales, sus primeros síntomas y cómo poder actuar y detectarlos. (Rascón, et al., 2014).

Algunos familiares que participaron en el grupo de discusión manifestaron lo siguiente: (Rascón, et al., 2014).

F2: “En un principio me fue muy difícil manejar la situación, porque nunca tuve una información directa.” (Rascón, et al., 2014).

F2 “Información para que la gente sepa a dónde pueden ir cuando se presenta una crisis. Esta información debe ser a nivel masivo, puesto que nunca se sabe quién puede presentar una crisis psicótica y es muy difícil saber qué hacer.” (Rascón, et al., 2014).

Cuando a un paciente se le diagnostica esquizofrenia, los familiares señalan que la información, tanto para el paciente como para ellos, tendría que ser más específica y detallada. Necesitan comprender la enfermedad, sus consecuencias, cómo actuar, etc. El no contar con esa información y conocimiento entorpecen, en la mayoría de las ocasiones, la relación y ayuda que se le puede ofrecer al enfermo/a: (Rascón, et al., 2014)

F6: “La enfermedad es impactante para el familiar y cuando al familiar se le trata sin información [...] yo creo que le explican más a alguien que tiene cáncer que a alguien que tiene esquizofrenia. Entonces si la enfermedad es tan impactante para la familia, ¿por qué somos tratados así?, sin más información, o sea, necesitamos información clara [...]”. (Rascón, et al., 2014).

Otra de las necesidades que manifestaron los familiares que participaron en el grupo de apoyo fue una atención integral debido a la sobrecarga que genera cuidar de un enfermo (tratamiento farmacológico, terapia individual, grupal y familiar, psicoeducación, etc.). (Rascón, et al., 2014) (Li-Quiroga et al., 2015).

Existen una serie de investigaciones que demuestran los grandes beneficios que se generan en todos los ámbitos (personal, social, familiar, etc.) al ofrecer esta atención integral. No obstante, el más apreciable es la capacidad de las personas para saber afrontar y actuar ante esos brotes de crisis en la enfermedad. (Rascón, et al., 2014).

Por último, la presencia y participación en grupos de apoyo también es una herramienta excepcional para liberar a las familias de esas tensiones acumuladas, contar sus propias experiencias, adquirir nuevas ideas, crear vínculos con personas que están en sus mismas situaciones, etc. A sí pues, la mayor parte de los familiares que participaron en el grupo de discusión manifestaron la importancia de crear estos grupos de apoyo mutuo para familiares convivientes de personas con esquizofrenia: (Rascón, et al., 2014) (Li-Quiroga et al., 2015).

F7: “Yo siento que también necesito un grupo, donde me ayuden a entender a mi hijo y entenderme a mí misma, un grupo centrado en la enfermedad de mi hijo.” (Rascón, et al., 2014).

F6: “Necesitamos grupos [...] necesitamos dirección de psicólogos y de psiquiatras, necesitamos grupos donde nos podamos unir.” (Rascón, et al., 2014).

Por ultimo, se abordó la sobrecarga familiar de los familiares de pacientes esquizofrénicos en un estudio evaluativo a los cuidadores familiares del 72% de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia que eran atendidos en el Centro de Salud Mental de Burlada. (Martínez et al., 2009).

Los resultados de la investigación demuestran datos muy similares a los ya expuestos en otros estudios. En primer lugar, la carga de cuidado del paciente recae mayoritariamente en las mujeres sin actividad laboral. Señalan una considerable disminución en los aspectos del ocio propio y un aumento de sentimiento de sobrecarga cuantas más horas está el o la paciente en el domicilio, señalando que la convivencia y la posible valoración de la discapacidad podría llevar consigo un aumento de dicho sentimiento por parte de los cuidadores familiares. (Martínez et al., 2009) (Li-Quiroga et al., 2015).

4.2. Trabajo social sanitario

4.2.1. Concepto y evolución histórica del Trabajo Social Sanitario

El Trabajo Social sanitario es la especialización del Trabajo Social llevado a cabo desde el sistema sanitario, tanto en atención primaria, como en especializada. Al igual que en otras profesiones, entre las actuaciones que se realizan en el trabajo social sanitario podemos recoger la concesión de prestaciones y servicios hacia los pacientes que así lo requieran. (Colom, 2011)

Tal y como indica Francisco Idareta en su libro *“Trabajo Social Psiquiátrico”*, el trabajo social psiquiátrico anteriormente ha sido confundido con trabajo social en el ámbito de salud mental, trabajo social sanitario o clínico. En la actualidad se utiliza el término de trabajo social psiquiátrico para hacer referencia a una modalidad del trabajo social sanitario ejercido desde la salud mental. (Idareta, 2018).

Para lograr que la relación de ayuda sea posible, Francisco Idareta menciona en su libro una serie de funciones imprescindibles que todo trabajador social del ámbito psiquiátrico debe desarrollar. La primera función es la de atención directa, que hace referencia a la atención que se le destina a los y las pacientes, sus familiares o grupos que puedan presentar cualquier problemática social en relación con su enfermedad mental. (Idareta, 2018).

La segunda función es la de prevención. Esta, hace referencia a la labor de promoción e inserción social para conseguir la adaptación de el o la paciente en el entorno social que anteriormente se encontraba. (Idareta, 2018).

Por último, existe la función de coordinación con otros profesionales para conseguir una intensiva comunicación con el soporte social y los recursos comunitarios del o la paciente. (Idareta, 2018).

Existe una Ley que contiene las prestaciones y servicios que poder ofrecer a los y las pacientes, concretamente es la Ley del 16/2003 del 28 de mayo. Su utilización no es obligatoria, pero se recomienda su utilización, como profesión que ejerce en el ámbito sanitario. (Colom, 2011).

En segundo lugar, en lo que se refiere a la evolución histórica del Trabajo Social sanitario, la incorporación esta modalidad de la profesión surge en 1905 gracias al Dr. Richard Clarke Cabot cuando admitió la intervención social en una sesión del Hospital de

Massachusetts (EE. UU). Señalaban que la figura de un profesional del trabajo social podría otorgar esa mirada global del caso, ya que los médicos suelen contar con una más específica de la problemática en cuestión, sin tender a mirar más allá. A demás de esta figura profesional también cabe destacar a la de Ida Mau Canon, quien creó y desglosó la teoría y práctica del Trabajo Social sanitario. (Acero et al., 2010).

En el ámbito europeo, fue el médico René Sand quien impulsó el desarrollo del Trabajo Social, formando parte de la Primera Conferencia Internacional del Servicio Social (1928). Años más tarde, y dando especial importancia a la calidad de vida, se fomentó la creación de un nuevo modelo de intervención que abogaba por una mayor humanización en el proceso. El triunfo de esta manera de intervenir basada, en gran parte, por ser una intervención multidisciplinar, provocó su aplicación en muchos otros centros sanitarios. (Acero et al., 2010).

Por otro lado, el desarrollo del Trabajo Social en el ámbito sanitario en España fue derivado de una serie de sucesos clave. Hay que dedicar especial mención al Dr. Roviralta, quien luchó por la profesionalización de quienes realizaban tareas asistenciales y de acción social y formó, en 1932, la primera escuela de asistentes sociales de España. En 1953 fue creada otra escuela de formación psico-social, por el Dr. Sarró, y de la cual salieron los primeros profesionales. (Acero et al., 2010).

Debido a la necesidad de especialización de algunas áreas de intervención de asistencia social, como la psiquiatría o la geriatría, el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica creó unos cursos de especialización para trabajadores de asistencia social en psiquiatría y geriatría. (Acero et al., 2010).

Las *Jornadas de estudio sobre El servicio social en el Hospital* que tuvieron lugar en 1958 fueron las primeras en ofrecer una formación particular y poner en alza la labor que realizaban las y los trabajadores sociales en los hospitales sanitarios. (Acero et al., 2010).

Debido a grandes cambios en términos económicos y sociales en España, en 1960 se provocaron grandes cambios a nivel estatal y de instituciones de bienestar. Cuatro años más tarde se admite socialmente la profesión de Trabajo Social y surgen las primeras plazas para los profesionales en hospitales, siendo Cataluña la primera comunidad que admitió a trabajadores sociales sanitarios en su plantilla. (Acero et al., 2010)

En 1970 empezó a considerarse el Trabajo Social como una profesión del ámbito sanitario. Así fue como lo señaló Sarriá: “cuando el asistente social actúa en el campo de la sanidad se le puede considerar y debe considerar como un sanitario, con todas las obligaciones profesionales” (Sarriá et al., 1976: 101). (Acero et al., 2010).

Además, a estos avances hay que sumarle la creación de obras como *Medicina y Trabajo Social* (1976), *Salud pública y Trabajo Social* (1983), *Elementos básicos para el Trabajo Social psiquiátrico* (1972), *Trabajo Social con moribundos y su familia* (1988), que contribuyeron en gran medida a la consolidación y fundamentación del Trabajo Social. (Acero et al., 2010).

Por otro lado, otro hito especialmente importante para la profesión fue la creación de la hospitalización domiciliaria como variante al ingreso hospitalario, donde, entre las figuras profesionales se incluía la de los y las trabajadoras sociales. Para terminar con el

apartado, hay que destacar que en la *I Jornada Nacional de Trabajo Social y Salud* (1986) se fundó la Asociación Española Trabajo Social y Salud y su propia revista. (Acero et al., 2010).

4.2.2. Cuestiones éticas del Trabajo Social Sanitario

Toda intervención realizada desde el Trabajo Social está fundamentada por unos principios y valores éticos basados en los Derechos Humanos (la dignidad a la persona, respeto, autodeterminación, justicia social, igualdad de oportunidades y participación) y que están redactados en el Código de Ética Internacional del Trabajo Social (1999). (Barranco, 2004).

Además de intervenir en base a estos principios, todo trabajador y trabajadora social tiene la obligación de ofrecer atención y asesoramiento a todas las personas que así lo requieran, así como motivar al cambio a los y las usuarios y responsabilizarse profesionalmente con asociaciones y otros profesionales. (Barranco, 2004).

Desde el trabajo social sanitario se presentan numerosos conflictos éticos, ya que, en contraposición con otros profesionales que toman decisiones en base a datos objetivos, los y las profesionales del trabajo social lo hacen en referencia a una serie de valores recopilados en el código deontológico del trabajo social sanitario. Un código deontológico está construido por una serie de principios y normas éticas que orientan la actividad profesional. Señalan los deberes obligatorios de los y las profesionales en el desempeño de su trabajo. (Sobremonte, 2014).

Los principios éticos de la intervención social sanitaria se basan en los de la bioética, por lo que todo trabajador y trabajadora social tiene que estar familiarizado con ellos. Estos, son: la no maleficancia, la beneficiencia, la justicia y la autonomía. (Sobremonte, 2014).

En primer lugar, el principio de no maleficencia representa la obligación y deber de no realizar ninguna acción que pueda generar un daño en la persona con la que se está interviniendo. Es decir, no causar consecuencias negativas en el o la paciente con las intervenciones que se realicen. (Sobremonte, 2014).

En segundo lugar, el principio de beneficiencia hace referencia a procurar generar el bien en las personas con las que intervenimos. Este principio puede desembocar en paternalismo profesional, ya que genera un rechazo de los deseos o sentimientos de la persona usuaria cuando no son los correctos. (Sobremonte, 2014).

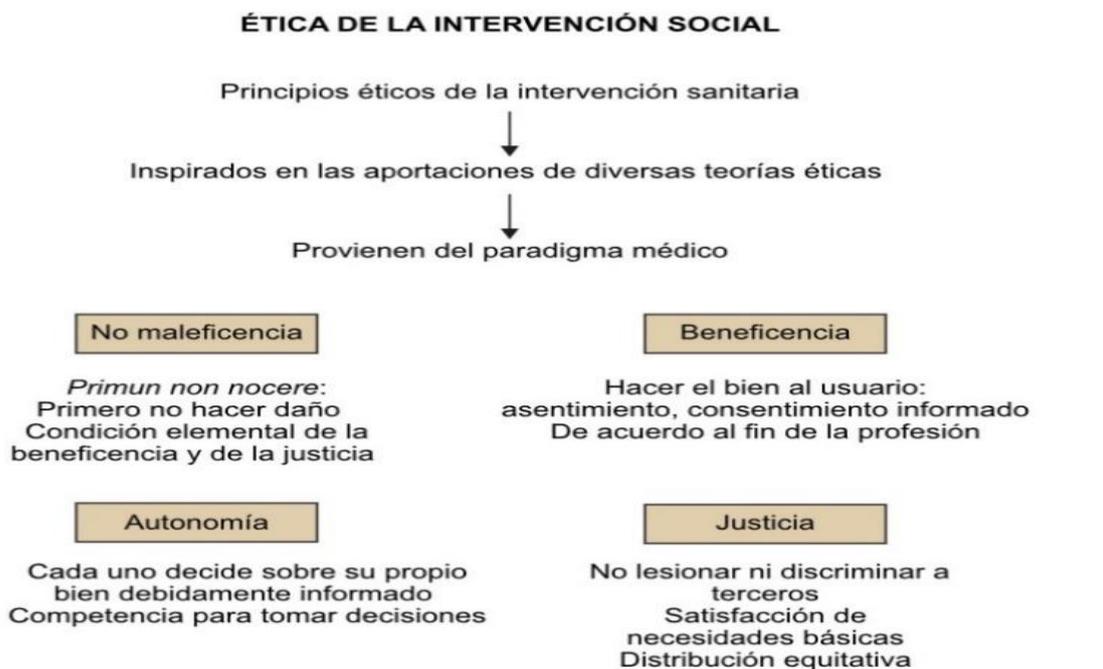
Por otro lado, el principio de autonomía destaca la libertad individual por la cual los y las profesionales deben respetar las creencias, principios y valores de cada persona con la que se va a intervenir. Exige a cada ser humano comprometerse con sus actos, así como exigir el respeto con sus propios principios. (Sobremonte, 2014).

Por último, el principio de justicia señala el deber de no discriminar a ninguna persona en la intervención profesional. Este principio también trae consigo la importancia de la distribución justa de recursos. Esto no quiere decir repartir de manera semejante a todos los

seres humanos, sino favoreciendo a los que están en peores condiciones, de manera que ninguna persona pueda quedarse marginado o excluido. (Sobremonte, 2014).

Para mayor aclaración, a continuación, se expone un esquema resumen de los principios bioéticos que rigen la intervención profesional del trabajo social en el ámbito sanitario:

Tabla 7. Ética de la intervención social



Fuente: (Sobremonte, 2014).

Por último, cabe destacar otros principios adjuntos a la intervención profesional desde el trabajo social como pueden ser la privacidad y confidencialidad, el acceso a información verídica o el trabajo en coordinación con otros profesionales. (Sobremonte, 2014).

Como bien señala Francisco Idareta en su obra, desde el surgimiento del trabajo social destaca por ser una profesión basada en el compromiso ético. La sensibilidad ética ha sido y sigue siendo en la actualidad uno de los puntos fuerte del trabajo social. (Idareta, 2018).

4.3. Recursos disponibles para la esquizofrenia en Navarra

Los recursos y servicios para las personas con trastorno mental grave en Navarra se recogen en la Cartera de Servicios Sociales (2019-2023) y se distinguen entre prestaciones garantizadas y no garantizadas.

En primer lugar, dentro de las prestaciones garantizadas, cuentan con el Servicio de valoración de la idoneidad ocupacional o laboral, que, como su propio nombre indica, consiste en valorar la aptitud del paciente para su participación en centros ocupacionales,

centros especiales de empleo o apoyo en empleos normalizados. (Gobierno de Navarra, 2019).

Por otro lado, existen los Equipos de Intervención Socio-comunitaria, que trabajan con los y las pacientes su entorno habitual (en la calle). Intervienen el entorno comunitario de la persona con una enfermedad mental ofreciendo el apoyo que se considere conveniente. La principal finalidad de esta intervención es que el o la usuario no tenga que ingresar en un medio institucional y pueda mantenerse en su domicilio. (Gobierno de Navarra, 2019). Se llevan a cabo múltiples actividades para el mejor funcionamiento de la persona con enfermedad mental (trabajo a nivel cognitivo, psicoeducación, integración comunitaria, habilidades sociales y de trabajo, asesoramiento, apoyo familiar, etc.). (Gobierno de Navarra, 2019).

En tercer lugar, existe un Servicio preventivo de teleasistencia, cuya finalidad es proporcionar seguridad ante emergencia a las personas con enfermedad mental grave a través de la instalación de un teléfono conectado a una central en su propio domicilio. (Gobierno de Navarra, 2019).

El Servicio de transporte adaptado y asistido es otra de las prestaciones garantizadas que incluye la Cartera de Servicios. Este servicio consiste en adaptar u ofrecer ayuda para que las personas puedan acudir a un centro de rehabilitación psicosocial. (Gobierno de Navarra, 2019).

En quinto lugar, están los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) que atiende (solamente por el día) a las necesidades terapéuticas, de rehabilitación y apoyo de las personas con enfermedad mental grave. En ellos se trabajan habilidades sociales como autocuidados, psicoeducación, manejo de estrés, manejo del dinero, etc.; habilidades de trabajo, actividades de ocio y tiempo libre, y apoyo a las familias. (Gobierno de Navarra, 2019).

Los centros de día en centros de rehabilitación psicosocial son otro servicio ofrecido para las personas con enfermedad mental. En ellos, se otorga, también durante el día, una atención integral a las necesidades de estas personas (básicas, terapéuticas, rehabilitadoras y de ocio) y apoyo a las figuras cuidadoras. (Gobierno de Navarra, 2019).

En lo que se refiere al ámbito de la vivienda, las personas con trastorno mental grave cuentan con un servicio de pisos supervisados, tutelados, residencia-hogar, de estancia nocturna, o ingresos en residencias temporales. (Gobierno de Navarra, 2019).

Por otro lado, en lo que se refiere al ámbito económico, cuentan con una prestación económica de libre disposición, que consiste en una ayuda económica para las personas con trastorno mental grave que residen en un servicio de atención residencial y no cuenten con recursos para cubrir los gastos relacionados con productos de higiene personal, ropa, transporte, etc. (Gobierno de Navarra, 2019).

Por último, también existe la prestación económica de apoyo a la Inclusión familiar y social, que pretende cubrir los gastos de manutención y alojamiento en su domicilio habitual para evitar su ingreso en centros residenciales. (Gobierno de Navarra, 2019).

Por otro lado, y haciendo alusión a las prestaciones no garantizadas recogidas en la Cartera de Servicios Sociales son las siguientes: el servicio de vivienda con apoyo, el servicio

de transporte adaptado y asistido y el servicio de Centro Ocupacional para personas con enfermedad mental grave. (Gobierno de Navarra, 2019).

Para terminar, y haciendo mención del tercer sector, concretamente el de las asociaciones, podemos encontrarnos con MEJORANA y ANASAPS (Asociación Navarra para la Salud Mental). Esta primera es únicamente de pacientes, mientras que la segunda ofrece también un espacio para sus familias.

Con el objetivo de clarificar la información presentada, se adjunta una tabla resumen sobre los recursos y servicios expuestos, el tipo de prestación que es y su modo de acceso.

Tabla 8. Síntesis de los recursos sociales para TMG en Navarra.

| RECURSO O SERVICIO | TIPO DE PRESTACIÓN | MODO DE ACCESO |
|---|--------------------|---|
| Servicio de valoración de la idoneidad ocupacional o laboral | Garantizada | <ul style="list-style-type: none"> - Certificar residencia continuada en Navarra el último año. - Derivación por Centro de Salud Mental o Servicio Social de Base. |
| Equipos de Intervención Socio-comunitaria | Garantizada | <ul style="list-style-type: none"> - Certificar residencia continuada en Navarra el último año. - Informe de idoneidad por parte del Centro de Salud Mental. |
| Servicio preventivo de teleasistencia | Garantizada | <ul style="list-style-type: none"> - Certificar residencia continuada en Navarra en los dos últimos años. - Informe de idoneidad por parte del Centro de Salud Mental. |
| El Servicio de transporte adaptado y asistido | Garantizada | <ul style="list-style-type: none"> - Certificar residencia continuada en Navarra el último año. - Ir a un Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS). |
| Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) | Garantizada | <ul style="list-style-type: none"> - Certificar residencia continuada en Navarra el último año. - Informe de idoneidad por parte del Centro de Salud Mental. - Idoneidad con el informe emitido por la unidad administrativa competente. |
| Los centros de día en centros de rehabilitación psicosocial | Garantizada | <ul style="list-style-type: none"> - Certificar residencia continuada en Navarra el último año. - Informe de idoneidad por parte del Centro de Salud Mental. - Idoneidad con el informe emitido por la unidad administrativa competente |
| Servicios de pisos supervisados | Garantizada | <ul style="list-style-type: none"> - Certificar residencia continuada en Navarra el último año. - Desarrollar una actividad en un centro de estudios, centro ocupacional, centro especial de empleo, contrato de trabajo en empleo ordinario o cualquier otra actividad que la unidad administrativa competente considere adecuada. |

| | | |
|--|-------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Informe de idoneidad por parte del Centro de Salud Mental. - Idoneidad con el informe emitido por la unidad administrativa competente. |
| Servicio de piso tutelado | Garantizada | <ul style="list-style-type: none"> - Certificar residencia continuada en Navarra el último año. - Desarrollar una actividad en un centro de estudios, centro ocupacional, centro especial de empleo, contrato de trabajo en empleo ordinario o cualquier otra actividad que la unidad administrativa competente considere adecuada. - Informe de idoneidad por parte del Centro de Salud Mental. - Idoneidad con el informe emitido por la unidad administrativa competente. |
| Servicio de residencia-hogar | Garantizada | <ul style="list-style-type: none"> - Certificar residencia continuada en Navarra el último año. - Informe de idoneidad por parte del Centro de Salud Mental. - Idoneidad con el informe emitido por la unidad administrativa competente. |
| Servicio de estancia nocturna | Garantizada | <ul style="list-style-type: none"> - Certificar residencia continuada en Navarra en los dos últimos años. - Informe de idoneidad por parte del Centro de Salud Mental. - Idoneidad con el informe emitido por la unidad administrativa competente. |
| Servicio de ingresos en residencia | Garantizada | <ul style="list-style-type: none"> - Certificar residencia continuada en Navarra en los dos últimos años. - Idoneidad con el informe emitido por la unidad administrativa competente. |
| Servicio de atención residencial | Garantizada | <ul style="list-style-type: none"> - Certificar residencia continuada en Navarra en los dos últimos años. - Idoneidad con el informe emitido por el Centro de Salud Mental. - Informe de idoneidad por parte de la Comisión Técnica de valoración interdepartamental. |
| Prestación económica de libre disposición | Garantizada | <ul style="list-style-type: none"> - Certificar residencia continuada en Navarra en los dos últimos años. - Solicitud durante el periodo de percepción de la prestación, a toda prestación económica que pudiera percibir la persona que lo solicita. - Habitar una plaza de atención residencial permanente, reconocida por el Departamento de servicios sociales del Gobierno de Navarra. |

| | | |
|---|-------------------------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Carecer de recursos económicos propios y de apoyos familiares para cubrir los gastos de libre disposición. - Informe por parte del servicio de Atención Residencial en el que conste la fecha de ingreso. |
| Prestación económica de apoyo a la Inclusión familiar y social | Garantizada | <ul style="list-style-type: none"> - Mayor de 18 años. - Certificar residencia continuada en Navarra en los dos últimos años. - Carecer de recursos para cubrir las necesidades básicas. - Haber solicitado en las Administraciones Públicas las prestaciones, pensiones o subsidios que pudieran corresponderles por derecho, así como ejercer las acciones legales para el establecimiento y pago de pensiones por alimentos y/o compensatorias. - Grado de autonomía psicofísica y social que permita el desarrollo de su vida cotidiana. - Informe de idoneidad por parte del Centro de Salud Mental. |
| Servicio de vivienda con apoyo | No garantizada | <ul style="list-style-type: none"> - Certificar residencia continuada en Navarra el año anterior. - Desarrollar una actividad en un centro de estudios, centro ocupacional, centro especial de empleo, contrato de trabajo en empleo ordinario o cualquier otra actividad que la unidad administrativa competente considere adecuada. - Informe de idoneidad por parte del Centro de Salud Mental correspondiente. - Idoneidad con el informe de la unidad administrativa competente. |
| Servicio de transporte adaptado y asistido | No garantizada | <ul style="list-style-type: none"> - Certificar residencia continuada en Navarra en los dos últimos años. - Tener reconocida por la Sección de Valoración grave dificultad para el uso de transporte colectivo. - Idoneidad con el informe de la unidad administrativa competente sobre la capacidad de utilizar otros medios de transporte. |
| Servicio de Centro Ocupacional para personas con enfermedad mental grave | No garantizada | <ul style="list-style-type: none"> - Certificar residencia continuada en Navarra el año anterior. - Informe de idoneidad por parte del Centro de Salud Mental. |
| MEJORANA | Asociación de pacientes | |

| | | |
|----------------|------------------------------------|--|
| ANASAPS | Asociación de pacientes y familias | - Localización: C. Río Alzania, 20, bajo, travesera, 31006 Pamplona, Navarra |
|----------------|------------------------------------|--|

Fuente: elaboración propia con datos de la Cartera de Servicios Sociales. (Gobierno de Navarra, 2019)

Por otro lado, en lo que refiere a los recursos sanitarios desde la red de salud mental, pueden encontrarse con los siguientes:

Tabla 9. Síntesis de los recursos sanitarios para TMG en Navarra.

| RECURSO SANITARIO | CARACTERÍSTICAS | DURACIÓN DE LA ESTANCIA |
|---|--|--|
| Centros de Salud Mental | Puerta de acceso a la Red de Salud Mental. A partir de 17 años. Atención ambulatoria multidisciplinar (Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social y enfermería). También ofrecen atención a familiares con consentimiento del o la paciente. Horario: 8:00-15:00 | Sin tiempo determinado |
| Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil. | Puerta de acceso a la Red de Salud Mental para menores de 17 años. Atención ambulatoria multidisciplinar (Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social y enfermería). Horario: 8:00-15:00 | Sin tiempo determinado |
| Programa Primeros Episodios Psicóticos. | Para mayores de 17 años. Atención intensiva y multidisciplinar a personas con un primer episodio psicótico. Horario: 8:00-15:00 Lugar: Pamplona, pero se desplazan a las zonas de residencia de los y las pacientes. | Dos años |
| Programa de Terapia Grupal. | Para personas con fibromialgia, una enfermedad que provoca un dolor crónico generalizado con alteraciones del sueño, cognitivas, fatiga y problemas psicológicos. | Dos meses y medio. 10 sesiones de 2 horas |
| Unidad de Hospitalización Psiquiátrica | Situación de gravedad clínica sin mejoría con tratamiento ambulatorio que requieren un ingreso hospitalario para recibir un tratamiento más intensivo. | Hospitalización breve/corta estancia. Unos 15 días |
| Hospitales de Día para personas adultas. | Hospitalización parcial para personas con trastorno mental mayores de 17 años y en fase aguda o subaguda que pueden permanecer en su entorno. Horario: 8:00-16:00 | Hospitalización parcial. Máximo 2 meses |
| Hospital de Día Trastornos Adictivos. | Modalidad del hospital de día especializado para trastornos adictivos Horario: 8:00-16:00 | Hospitalización parcial. Máximo 2 meses |

| | | |
|---|---|--|
| Hospital de Día Infanto-Juvenil. | Hospitalización parcial para personas con trastorno mental menores de 17 años y en fase aguda o subaguda que pueden permanecer en su entorno. Horario: 8:00-16:00 | Hospitalización parcial. Máximo 2 meses |
| Hospital de Día Psico geriátrico. | Modalidad del hospital de día especializado para personas mayores Horario: 8:00-16:00 | Hospitalización parcial. Máximo 2 meses |
| Unidad de Media Estancia. | Situación de gravedad clínica sin mejoría con tratamiento ambulatorio que requieren un ingreso hospitalario para recibir un tratamiento más intensivo. | Hospitalización media/larga estancia. Máximo 2 meses |
| Unidad de Larga Estancia. | Situación de gravedad clínica sin mejoría con tratamiento ambulatorio que requieren un ingreso hospitalario para recibir un tratamiento más intensivo. | Hospitalización media/larga estancia. Máximo 6 meses |
| Unidad de Rehabilitación. | Tres modalidades: <ul style="list-style-type: none"> - Hospitalización total: media de 10 meses - Hospitalización de semana: media de 8 meses - Programa de día: media de 6 mese Buscan la autonomía e integración y la prevención de recaídas y el deterioro psicosocial | Hospitalización media/larga estancia |
| Comunidades Terapéuticas Trastornos Adictivos. | Para personas con problemas adictivos y de consumo de sustancias y tóxicos. | Un año |
| Residencias Psico geriátricas | Para personas mayores con demencia y/o enfermedad mental grave, que traigan consigo alteraciones del comportamiento y dependencia funcional. Edad \geq 65 años. | Residenciales |

Fuente: Elaboración propia con datos del Plan de Salud Mental 2019-2023 (Servicio Navarro de Salud, 2019b)

5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Una vez expuesto y conocido el fenómeno del trastorno mental grave de la esquizofrenia, sus tipos, epidemiología, estado en cuestión de las personas implicadas (tanto la propia persona enferma, como sus familiares), la ética profesional desde la que se aborda la intervención y el amplio espectro de recursos existentes para dar cobertura a esta enfermedad, en este apartado se procede a exponer el proyecto de intervención diseñado para la problemática planteada.

5.1. Presentación del Proyecto

El presente proyecto de intervención consiste en la creación y puesta en marcha de un programa formativo dirigido a familiares convivientes de personas con esquizofrenia residentes en Navarra.

Esta propuesta de intervención va a denominarse: “Conociendo lo cotidiano”. El motivo, o justificación de este nombre se debe a que familiares que conviven a diario con personas con este trastorno mental grave deben de conocer, entender y buscar la razón a aquella sintomatología que puede verse expresa en estas personas que la padecen para ser capaces de ofrecer al enfermo/a una labor de cuidado acorde a sus necesidades.

“Conociendo lo cotidiano” va a ubicarse en el PEP (Programa de Primeros Episodios Psicóticos), ya que es un recurso para aquellas personas que hayan sufrido un primer episodio psicótico, con un gran funcionamiento e impacto de mejora en todos los niveles de la vida de la persona. Además, no solo ofrece un espacio de apoyo profesional para las personas que padecen estos trastornos, sino también para sus familiares, siempre y cuando él o la paciente otorgue su consentimiento firmado.

5.2. Fundamentación y análisis de la situación

Observados y analizados los datos estadísticos sobre las personas diagnosticadas con esquizofrenia en Navarra, y considerando que cada año aumenta su cifra, es fundamental que los recursos existentes para tratar la salud mental comiencen a ampliarse, adaptando y adecuando la intervención a las necesidades psiquiátricas reales.

Naturalmente, las personas con enfermedades mentales no pueden permanecer ingresados, o en servicios residenciales durante periodos de tiempo muy extensos porque los recursos y presupuestos públicos destinados a la salud mental no son suficientes para soportarlo.

Así pues, es imprescindible que familiares, o quienes vayan a convivir con las personas con enfermedad mental o esquizofrenia en este caso concreto, cuenten con un servicio de apoyo formativo y de asesoramiento en cualquier cuestión que tenga que ver con la enfermedad.

Además, cabe destacar que en muchos de los recursos disponibles en la red de salud mental no cuentan con una atención integral para las familias de los y las pacientes o, en el caso de que sí que la tengan, debe de ser bajo consentimiento del paciente que recibe tratamiento en el servicio. Así pues, casuísticas en las que el paciente no desee firmar ese consentimiento y hacer partícipe del proceso a la familia, esta se vería sin ningún tipo de apoyo en el proceso.

Es justamente esto lo que ocurre en el PEP, lugar en el que se han realizado las prácticas de cuarto curso del grado y programa donde considero oportuno introducir este proyecto, ya que su intervención abarca actualmente a gran cantidad de usuarios, con tendencia creciente.

A continuación, se muestra una tabla extraída de la Memoria de Salud Mental de 2021 en la que se puede observar el total de pacientes atendidos por este programa en ese año. (Servicio Navarro de Salud, 2021)

Tal y como se puede observar, en 2021 fueron atendidas un total de 256 pacientes, del que más de la mitad fueron hombres, 166, frente a 90 que fueron mujeres. (Servicio Navarro de Salud, 2021)

Tabla 10. Personas atendidas por el PEP en 2021

| Edad | Hombre | Mujer | Total |
|--------------|---------------|--------------|--------------|
| ≤18 | 10 | 5 | 15 |
| 19-25 | 52 | 16 | 68 |
| 26-35 | 42 | 23 | 65 |
| 36-45 | 34 | 15 | 49 |
| ≥46 | 26 | 30 | 56 |
| DESC. | 2 | 1 | 3 |
| TOTAL | 166 | 90 | 256 |

Fuente: (Servicio Navarro de Salud, 2021).

Por otro lado, y mencionando la misma memoria de Salud Mental, se presenta una tabla comparativa del número de consultas realizadas por cada profesional en los diferentes años desde el surgimiento del programa. (Servicio Navarro de Salud, 2021)

Tabla 11. Comparativa del número de consultas realizadas por cada profesional del PEP

| Tipo Agenda | Nº consultas | | | | |
|---------------------------|---------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| Psiquiatría | 688 | 1.635 | 1.828 | 1.748 | 1.745 |
| Psicología Clínica | 568 | 1.471 | 2.812 | 2.424 | 2.746 |
| Enfermería | 697 | 1.396 | 2.220 | 2.234 | 1.807 |
| Trabajo Social | 42 | 275 | 615 | 553 | 538 |
| T. Ocupacional | 284 | 968 | 1.077 | 1.238 | 1.542 |
| TOTAL | 2.279 | 5.745 | 8.552 | 8.197 | 8.378 |

Fuente: (Servicio Navarro de Salud, 2021).

Tal y como se puede observar, el número de consultas de todos los profesionales asciende de manera muy significativa año tras año. Lo que esto significa es que, han aumentado tanto el número de casos, como la relevancia, eficacia e implicación que supone el programa en la sociedad. Así pues, considero que sería el lugar idóneo en el que implantar el proyecto de intervención.

Mencionado de nuevo lo anteriormente señalado, en este programa también es posible la participación familiar, pero está condicionada a la aprobación del paciente. Así pues, sin la presencia de este proyecto, existen muchas familias sin posibilidad de apoyo profesional debido a la no aprobación del o la enferma en el proceso.

Por otro lado, y con el objetivo de comparar el número de diagnósticos de esquizofrenia, se resumen los datos expuestos en las Memorias de Salud Mental de Navarra de los años 2019, 2020 y 2021:

Tabla 12. Síntesis de diagnósticos de esquizofrenia en 2019, 2020 y 2021.

| AÑO | NÚMERO DE CASOS |
|------|-----------------|
| 2019 | 2.371 casos |
| 2020 | 2.353 casos |
| 2021 | 2.479 casos |

Fuente: elaboración propia con datos de las Memorias de Salud Mental de Navarra de los años 2019, 2020 y 2021. (Servicio Navarro de Salud, 2019a, 2020, 2021)

Teniendo en cuenta lo expuesto, el número de casos de esquizofrenia en Navarra es una cifra considerablemente alta y con progresivo incremento en los últimos años. Así pues, en definitiva, y vista la situación de necesidad de apoyo a las familias, considero que es fundamental crear un curso formativo en el que las familias puedan aprender, comprender y plantear las dudas e inquietudes sobre la esquizofrenia. En este curso, al ser formativo en vez de terapéutico, no será necesario el consentimiento de la persona enferma, de manera que cualquier familiar que pueda necesitar ese apoyo formativo podrá inscribirse.

5.2.1. Ubicación

El proyecto va a desarrollarse dentro del Programa de Primeros Episodios Psicóticos (PEP). A continuación, utilizando como guía el manual interno del programa, que no se encuentra publicado oficialmente ya que se trata de un boceto al que le falta ultimar detalles, se procede a presentar su funcionamiento para mayor comprensión y aclaración del lugar escogido en el que implantar el proyecto de intervención.

El Programa de Primeros Episodios (PEP), surge en 2017 tras la traducción y adaptación a la realidad navarra del manual “NAVIGATE Psychopharmacological Treatment Manual”. El Programa de Primeros Episodios consiste en una intervención integrada e intensiva para personas que han vivido un primer episodio psicótico, y sus familias. En algunas ocasiones, también pueden valorarse casos de diagnóstico dudoso, para poder orientar mejor el tratamiento. (PEP, 2017).

La intervención es desarrollada por un equipo profesional de salud mental multidisciplinar, compuesto por psiquiatría, psicología clínica, enfermería especializada en salud mental, trabajo social y terapia ocupacional, que pone el foco y orienta la intervención en ayudar a las personas usuarias a recorrer el camino de la recuperación tras un episodio psicótico, incluyendo los apoyos que sean necesarios para un buen funcionamiento en todos los ámbitos de la vida de la persona. (PEP, 2017).

En lo que se refiere a los métodos de intervención, el programa cuenta con una serie de subprogramas y servicios que ofrece a los pacientes. A continuación, se exponen de manera esquemática, para mayor aclaración, pero luego se explicará cada uno de ellos de manera explícita. (PEP, 2017):

1. Información, sensibilización comunitaria y detección precoz.
2. Acogida y orientación sobre el problema: responsable la directora del centro, que es psicóloga.
3. Evaluación.
4. Diagnóstico.
5. Planes de recuperación individualizados.
6. Programa de afrontamiento individual: responsable la referente del programa (psiquiatra o psicóloga).
 - Metas de recuperación.
 - Información y psicoeducación sobre el trastorno.
 - Aprendizaje de habilidades de afrontamiento.
 - Prevención de recaídas y control de factores de riesgo.
 - Intervención psicoterapéutica individual y grupal.
7. Programa de salud y tratamiento farmacológico: responsable la psiquiatra y enfermera.
 - Tratamiento farmacológico y seguimiento psiquiátrico.
 - Seguimientos y cuidados de enfermería.
 - Ayuda para el control del consumo de tóxico.
8. Programa de atención a familias o allegados: responsable la psicóloga.
 - Metas de recuperación.
 - Información y psicoeducación sobre el trastorno.
 - Aprendizaje de habilidades de afrontamiento y resolución de problemas.
 - Prevención de recaídas y control de factores de riesgo.
 - Comunicación familiar y con los profesionales.
 - Resolución de problemas.
9. Programa de empleo y actividad: responsable la terapeuta ocupacional.
 - Valoración y orientación educativa-laboral ocupacional.
 - Capacitación en habilidades para la inserción educativa o laboral o para el desarrollo de actividades cotidianas.
 - Acompañamiento en el proceso de incorporación y desempeño de la actividad.
 - Asesoramiento a centros educativos o laborales.
10. Programa de intervención social: responsable la trabajadora social.
 - Valoración, orientación sobre recursos.
 - Intervención, acompañamiento y seguimiento social.
 - Coordinación con recursos sanitarios, escolares y sociocomunitarios.

○ Docencia e investigación.

El acceso al recurso se realiza mediante la derivación desde diferentes dispositivos de la Red de Salud Mental, que pueden ser los siguientes (PEP, 2017):

- Centro de salud mental.
- Centro de salud mental infanto-juvenil.
- Unidad de hospitalización psiquiátrica.
- Unidad de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil.
- Urgencias.
- Atención primaria.
- Hospital de día.

Tras la derivación, el plazo máximo para la concreción de la primera cita y acogida al paciente será de diez días. Si el paciente se encuentra en su domicilio, dispuesto y comprometido a iniciar el proceso, se le concreta una cita. No obstante, si el paciente se encuentra ingresado, se determinará un plan de acción común con el recurso de ingreso y se realizará una primera cita en el propio centro donde se encuentre el paciente. (PEP, 2017).

En la primera entrevista se abordan temas como sus problemas iniciales, completar información sobre el/la paciente y su primer episodio psicótico, valoración sobre el cumplimiento de criterios para formar parte del programa, fomento de la esperanza de recuperación, firma del consentimiento informado, establecimiento de un plan inicial, etc. (PEP, 2017).

Por otro lado, el *Plan de Recuperación Individualizado* consiste en una recogida de información en la Hoja de Síntesis del Paciente, en la que se destacan las diferentes áreas de funcionamiento, sus necesidades individuales, fortalezas y metas. Una vez analizado esto con cada uno de los profesionales, en su ámbito correspondiente, se propone un Plan de Recuperación Individual (PRI) conjunto con todo el equipo que aborda el caso. Este plan es revisado y pactado con el paciente, que puede ir variando, ya que se revisa de manera mensual con el implicado y cada seis meses con el equipo completo en busca de actualizaciones ante novedades o sucesos que puedan ocurrir. (PEP, 2017).

En lo que se refiere al *Programa de Afrontamiento Individual (PAI)*, consiste en una intervención precoz para aquellas personas que han vivido un primer episodio psicótico, con el objetivo de su recuperación centrada en las fortalezas y capacidades de afrontamiento. Así pues, se trata de identificar las cuestiones que suponen un obstáculo en la recuperación y utilizar el PAI para abordarlas. (PEP, 2017).

Este programa cuenta con una serie de módulos estructurados: orientación, evaluación de la meta inicial identificando fortalezas y áreas de mejora, psicoeducación en Psicosis, afrontamiento de la experiencia psicótica, prevención de recaídas, desarrollo de la resiliencia, visualizar las metas, tratar las emociones negativas y afrontamiento de síntomas (depresión, ansiedad, alucinaciones, etc.). También se pueden abordar otras temáticas adicionales como el consumo de tóxicos y sustancias, el ocio y las habilidades sociales o la nutrición y ejercicio si así el/la paciente lo requiriese en su caso concreto. (PEP, 2017).

En el *Programa de salud y tratamiento farmacológico* se tratan aspectos como la realización de analíticas de orina y sangre, revisión del peso, la estatura, la tensión arterial, efectos secundarios de la medicación, etc. (PEP, 2017).

El *Programa de empleo y actividad* y el de *intervención social* han sido moldeados y diseñados por las profesionales responsables según las necesidades propias de cada paciente atendido. Entre las tareas que se realizan en el programa de intervención social, y que son propias del trabajo social, podrían señalarse la orientación, información y asesoramiento sobre prestaciones, tramitación de prestaciones y valoraciones de dependencia, derivaciones a recursos, acompañamientos o apoyo específico en materia de empleo y formación a la profesional que abarca la temática, la terapeuta ocupacional. (PEP, 2017).

5.2.2. Población beneficiaria del proyecto

La población beneficiaria del proyecto “Conociendo lo cotidiano” que va a ubicarse en el PEP, va a ser la de los familiares de pacientes atendidos en el programa que quieran conocer y comprender la enfermedad. El proyecto de intervención, tal y como se ha mencionado anteriormente, está diseñado para el beneficio de los familiares cuidadores de personas con esquizofrenia. Gran cantidad de los casos que son tratados en este programa debido a un primer brote psicótico suelen ser diagnosticados de esquizofrenia. Así pues, considero que esta formación para familias debe de ser fundamental para la posterior convivencia en el núcleo familiar.

Tal y como se ha mostrado anteriormente, y resumiendo los datos expuestos de diagnósticos de esquizofrenia en Navarra, según pasan los años estos incrementan de manera considerable. En el año 2021, últimos datos registrados señalan un total de 256 nuevos ingresos en el PEP debido a un primer brote psicótico.

Ante esta situación, y ante el evidente aumento de casos, esta realidad social requiere una atención más exhaustiva para abordar los casos y conseguir un mejor afrontamiento familiar de la enfermedad mental.

5.3. Objetivos del proyecto

A continuación, se presentan los objetivos, tanto generales como específicos, que se pretenden conseguir con la propuesta de intervención.

Objetivos generales:

- Formar a las familias convivientes con personas con esquizofrenia.
- Generar tranquilidad y seguridad a las familias.

Objetivos específicos:

- Dotar a las familias de información sobre la esquizofrenia actual y comprensible.
- Aumentar sus conocimientos sobre esta enfermedad.
- Enseñar a las familias a distinguir los síntomas positivos de la esquizofrenia.

- Anticipar un posible brote psicótico.
- Saber actuar ante un brote psicótico.
- Concienciar en la importancia de la toma de medicación: información, efectos secundarios, etc.

5.4. Actividades

En el presente apartado se van a exponer las temáticas ordenadas de las sesiones formativas para las familias.

5.4.1. Contenido de las sesiones formativas

Las sesiones serán un día a la semana, los martes por la tarde, con una duración aproximada de dos horas, de 17:00-19:00.

- Sesión 1: Exposición del proyecto y presentación de los miembros del grupo.
- Sesión 2: Conocer y comprender el brote psicótico y la esquizofrenia.
- Sesión 3: Antecedentes o estresores que pueden desencadenar un brote psicótico. Identificar síntomas y cómo actuar.
- Sesión 4: Características de la esquizofrenia. Síntomas positivos y negativos, cómo se identifican en la persona, etc.
- Sesión 5: Tipos de enfermos con esquizofrenia (diagnostico múltiple con depresión, inestabilidad emocional, etc.) y consejos de actuación.
- Sesión 6: Cómo cuidar a las personas con esquizofrenia. La importancia de los cuidados personales.
- Sesión 7: La importancia de la alimentación y cómo actuar cuando la persona con esquizofrenia rechaza comer. Importancia de la rutina de la comida.
- Sesión 8: La toma de medicación. Administración, funciones del cuidador en la administración y actuaciones ante pacientes con ingesta incorrecta o fraudulenta.
- Sesión 9: Actuación ante situaciones de agresividad. Tipos de agresividad y consejos de actuación.
- Sesión 10: La conducta suicida. ¿Qué perfiles pueden realizar un intento de suicidio? Actitudes tipo para ponerse alerta.
- Sesión 11: La importancia de realizar actividades. Estrategias de motivación del paciente.
- Sesión 12: La importancia del cuidado personal para poder cuidar a otra persona. Potenciar los tiempos de descanso y el autocuidado del cuidador y evaluación final.

Por otro lado, para conseguir una cohesión grupal y aportar un ambiente de confianza y seguridad, en las primeras sesiones se destinará un pequeño porcentaje a la realización de algunas dinámicas de presentación de grupo, que se expondrán más adelante en otro apartado del proyecto.

5.4.2. Selección de los y/o las profesionales

Los y las profesionales elegidos para llevar a cabo el programa formativo serán el propio equipo profesional del PEP, conformado por dos psiquiatras, dos psicólogas, dos terapeutas ocupacionales y una trabajadora social. Para el desarrollo del proyecto se necesitará únicamente una psiquiatra, una psicóloga y la trabajadora social, y serán quienes realicen la formación durante el periodo de tiempo que dure. Esta, se realizará los martes por la tarde, ya que el equipo profesional acaba su labor a las 15:30 horas.

5.4.3. Sesiones formativas e informativas

En primer lugar, la trabajadora social del PEP realizará una reunión de equipo para dar a conocer el proyecto y organizar quienes van a participar en el mismo. En esta sesión formativa o informativa se le transmitirá al equipo profesional toda la información relevante para poder ejecutar sus funciones en el proyecto.

Por otro lado, serán la trabajadora social y las psiquiatras las encargadas de desarrollar la tarea informativa, progresivamente, a las familias sobre el proyecto y conocer su interés en el mismo.

5.4.4. Divulgación

El proyecto de intervención “Conociendo lo cotidiano” va a ser divulgado a través de varios métodos, con el único objetivo de que el mayor número de familias lo conozcan y participen en el mismo.

En primer lugar, la trabajadora social y la psiquiatra informaran oralmente del proyecto a los familiares de usuarios/as. Por otro lado, se realizará un cartel informativo, que se colocará en los diferentes paneles de información del psiquiátrico. Este cartel también se repartirá por diferentes recursos de la red de salud mental (Centros de Salud Mental, Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, Centros de día, Servicios Sociales de Base, Centros de Salud...), con el objetivo de dar a conocer este nuevo proyecto. El folleto en cuestión, para mayor comprensión, se adjunta en el anexo 2.

En el caso de que alguna familia estuviera interesada en el programa, cabría la posibilidad de hacer alguna excepción de participación, aunque esta no formase parte del Programa de Primeros Episodios Psicóticos.

5.4.5. Propuesta de programación

Una vez informado al equipo interno del PEP sobre el proyecto, y seleccionado al grupo de profesionales que participarán en el mismo (psiquiatra, psicóloga y trabajadora social), se expondrá una propuesta de programación para las sesiones que conforman el proyecto.

Esta propuesta será presentada al equipo por la trabajadora social en una reunión de asistencia obligatoria, que se realizará con un mes de antelación al inicio de las sesiones. En dicha reunión se recogerán ideas y propuestas de mejora en los contenidos a exponer, con el objetivo de modificar las sesiones en el caso de que fuese necesario para una mejora de los contenidos que serán impartidos. Tal y como se ha expuesto anteriormente, la programación de las sesiones formativas consiste en 12 sesiones, cada una con una temática específica. Su duración será de dos horas por sesión, una vez a la semana.

Así mismo, aunque el proyecto se trate de un programa formativo, es importante que exista cierta cohesión entre el grupo de participantes, con el objetivo de que sientan la comodidad como para transmitir dudas, quejas, preocupaciones, miedos, sugerencias, etc.

A continuación, se exponen una serie de dinámicas de presentación que se utilizarán en las primeras sesiones con el objetivo de que los miembros del grupo se conozcan entre sí y pueda crearse ese clima de seguridad y tranquilidad que se ha expuesto anteriormente. (Cuesta, s.f.)

- Cadena de nombres: consiste en que cada miembro del grupo diga su nombre y alguna característica que le defina. El juego trata de que cada persona dice su nombre y característica, y el de sus compañeros anteriores. Es un juego fácil y rápido para perder la timidez y conocer la otros participantes.
- La telaraña: el grupo se distribuye en un círculo y, con un ovillo de lana, cada persona debe decir su nombre y alguna característica que le defina y, después, pasar el ovillo a otra persona. Una vez presentados todos y construida una especie de tela de araña, cada persona deberá devolver el ovillo a quien se lo pasó previamente con un amable saludo, hasta deshacer la telaraña por completo.
- Presentación en símbolos: esta dinámica consiste en que se dibujen 4 símbolos en una pizarra y se pide al grupo que elija uno de ellos y lo dibuje en una hoja. Una vez hecho esto, se pedirá que las personas se reúnan con las de su mismo símbolo, formando grupos. Aquí, deberán consensuar un significado para ese símbolo, incluyendo una experiencia o característica que todos tengan en común. De esta manera, tienen que presentarse entre ellos, y luego ante los demás grupos.

5.4.6. Preparación de materiales

Tras haber informado y formado al personal sobre el proyecto, seleccionado al grupo de profesionales que participarán en el mismo y expuesta la programación, el equipo realizará una reunión con la finalidad de recopilar los materiales necesarios para realizar las sesiones. Así mismo, deberán tener en cuenta el material que se encuentra disponible en el propio servicio.

A continuación, se expone una lista de materiales imprescindibles para la realización de las sesiones. No obstante, podría necesitarse algún otro objeto más concreto que no aparezca en esta lista de manera puntual.

- Sillas y mesas.

- Ordenador.
- Proyector.
- Impresora.
- Hojas en blanco.
- Bolígrafos, rotuladores...

5.5. Metodología

El presente proyecto de intervención, “Conociendo lo cotidiano”, tal y como se ha expuesto con anterioridad, se enmarca en el Programa de Primeros Episodios Psicóticos (PEP), situado en el Centro Psicogeriátrico San Francisco Javier de Pamplona. Es por ello por lo que el proyecto de intervención se va a guiar en base a la metodología de trabajo de los diferentes profesionales que conforman el programa.

5.5.1. Intervención grupal

Durante todo el desarrollo del proyecto de intervención, y en el desarrollo de las sesiones formativas, se va a desarrollar una metodología grupal, ya que todas las personas que participan en el mismo comparten un mismo interés y problemática común. En este caso en concreto, se trata de familiares que conviven con personas con esquizofrenia o con un brote psicótico todavía sin diagnosticar, pero que puede ser desencadenante de esquizofrenia.

Tras la puesta en marcha de las sesiones formativas, los y las familiares pueden empatizar entre ellos mismos y crear ese ambiente de grupo y empatía, debido a que comparten una situación bastante similar. Esto les puede beneficiar durante todo el proceso de aprendizaje y entendimiento de la enfermedad, incluso generar lazos y uniones amistosas entre ellos, que pueden llegar a ser favorables en otros ámbitos o cuestiones de sus propias vidas.

En este punto, y mencionado lo señalado por Vinter (1967), “el sentido y el valor del trabajo de grupo radica en la relación que establecen los miembros entre sí dentro del grupo, y en la situación de grupo en sí misma, que actúa como “contexto y medio de ayuda” para el individuo y para el propio grupo”. (Rossell, 1998).

Existen diferentes tipos de trabajo social grupal, que son los siguientes: (Rossell, 1998).

- Grupos destinados al crecimiento.
- Grupos de acción social.
- Grupos socioterapéuticos o socioeducativos.
- Grupos de ayuda mutua.

En el caso de este proyecto de intervención, podríamos señalar que se trataría de un grupo destinado al crecimiento, ya que, como señala Teresa Rosell Poch, su finalidad es la de adquisición de conocimientos que sean útiles y faciliten el desarrollo del día a día. (Rossell, 1998).

Por último, cabe destacar que, en algún momento puntual, si así lo requiere la situación, se pueden plantear ciertas sesiones individuales con la profesional que sea necesaria (psiquiatra, psicóloga o trabajadora social), teniendo en cuenta la problemática concreta.

5.5.2. Coordinación

Para el correcto funcionamiento y desarrollo del proyecto de intervención “Conociendo lo cotidiano” es imprescindible que exista una correcta y eficaz coordinación interna entre todas las profesionales que participan en las sesiones, donde se planee que el intercambio de información y la comunicación transparente sean las bases imprescindibles para el buen funcionamiento de esta.

La transmisión de la información sobre lo ocurrido es imprescindible durante todo el proceso de desarrollo del proyecto, tanto previamente, durante y tras la finalización del mismo.

Tal y como ya se ha señalado anteriormente, la transmisión de la información previa al desarrollo del proyecto es fundamental para un buen entendimiento, gestión y organización. Esto, será tarea de la trabajadora social. Así mismo, también es imprescindible que exista una transmisión de la información clara durante el desarrollo del programa, ya que hay que tener en cuenta que pueden darse situaciones conflictivas o problemáticas entre las personas que participan en el grupo.

Además, esta comunicación y transmisión de información interna es de especial ayuda también para la detección de necesidades, intereses, dudas, problemas que puedan observarse, para poder plantear futuras intervenciones o planes de acción.

En definitiva, y a la vista de todo lo planteado en el apartado, la coordinación interna entre las profesionales que participan en las sesiones del proyecto de intervención “Conociendo lo cotidiano” es el elemento fundamental e imprescindible para que el desarrollo de las sesiones sea lo más favorable y constructivo posible.

5.6. Organización

5.6.1. Localización

El lugar elegido para la realización del proyecto “Conociendo lo cotidiano”, tal y como se ha indicado antes, es el Programa de Primeros Episodios (PEP), situado en el Centro Psicogeriátrico San Francisco Javier de Pamplona. Para mayor claridad, la dirección concreta sería: Avenida de Villava, 53, 31015, Pamplona, Navarra. El edificio en concreto se muestra en la foto adjuntada a continuación.

Figura 1: Edificio Programa Primeros Episodios (Centro Psicogeriátrico San Francisco Javier de Pamplona)



Fuente: Architektur Fachmagazin (2018)

Cabe destacar que el edificio no tiene ningún tipo de barrera arquitectónica y cuenta con unas instalaciones muy amplias, de manera que la atención a la diversidad está totalmente garantizada. Además, su acceso es afable, ya que se puede llegar tanto en coche propio como en transporte público.

Así mismo, el edificio cuenta con salas destinadas a la intervención con grupos, así como con dos salas amplias destinadas a la realización de conferencias o formaciones. Esto indica que sea como fuere el tamaño del grupo, habría espacio suficiente para poder realizar el proyecto.

Por último, dentro de las instalaciones también cuenta con una sala de relajación, en la que se incluyen equipos de sonido y colchonetas, y una sala de gimnasio, por si en determinado momento fuese necesario su utilización.

5.6.2. Temporización y calendarización

En el presente apartado se expondrá de manera aproximada la temporización y calendarización del proyecto de intervención.

El proyecto está destinado a realizarse en el año 2024. La duración de este se estima que va a ser de en torno a cuatro meses, dando comienzo en marzo y terminando en junio, teniendo en cuenta todas las actividades que se llevarán a cabo antes, durante y después del proyecto. A continuación, se expone un calendario con una serie de días señalados.

La leyenda de colores para la comprensión de este es la siguiente:

- Rosa: información del proyecto a todo el equipo profesional que conforma el PEP y selección de los profesionales.
- Azul: reunión de equipo profesional (sesiones formativas y propuestas de mejora (11 y 23 de marzo) y evaluación final del equipo (28 de junio)).
- Verde: sesiones del proyecto con el grupo (12 sesiones).

| Marzo 2024 | | | | | | | |
|------------|----|----|----|----|----|----|----|
| Semana | Lu | Ma | Mi | Ju | Vi | Sá | Do |
| 9 | | | | | 1 | 2 | 3 |
| 10 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 11 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 12 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 13 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |

| Abril 2024 | | | | | | | |
|------------|----|----|----|----|----|----|----|
| Semana | Lu | Ma | Mi | Ju | Vi | Sá | Do |
| 14 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 16 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 17 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 18 | 29 | 30 | | | | | |

| Mayo 2024 | | | | | | | |
|-----------|----|----|----|----|----|----|----|
| Semana | Lu | Ma | Mi | Ju | Vi | Sá | Do |
| 18 | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 20 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 21 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 22 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | |

| Junio 2024 | | | | | | | |
|------------|----|----|----|----|----|----|----|
| Semana | Lu | Ma | Mi | Ju | Vi | Sá | Do |
| 22 | | | | | | 1 | 2 |
| 23 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 24 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 25 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| 26 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |

La divulgación del proyecto se realizará de manera progresiva desde el 11 de marzo hasta el comienzo de la primera sesión, el 2 de abril.

5.6.3. Recursos

Este proyecto de intervención, “Conociendo lo cotidiano”, necesita una serie de recursos de diversos tipos para su buen funcionamiento. Así pues, a continuación, se enumeran cada uno de ellos.

En primer lugar, en lo que se refiere a los recursos humanos aparecen señaladas las profesionales que participarán en las sesiones:

- Titulada en Trabajo Social del PEP: su función se basa en coordinar, organizar y elaborar el proyecto. En primer lugar, realizará la sesión informativa y la selección a las profesionales que van a participar. Por otro lado, se encargará, junto a la psiquiatra, de la tarea de divulgar el proyecto por los diferentes métodos planteados anteriormente. También será quien se ponga en contacto con los participantes del grupo cuando así se requiera. Por último, y en caso de que surgiera alguna duda en el propio transcurso de las sesiones del proyecto, podrá intervenir en temas de ayudas, servicios, prestaciones, etc.
- Titulada en Psiquiatría del PEP: su función principal es la de impartir las sesiones. Por otro lado, y teniendo en cuenta que tienen consultas con

todos los pacientes, serán las encargadas de apoyar a la trabajadora social en la divulgación del proyecto.

- Titulada en Psicología clínica del PEP: encargada de acompañar durante las sesiones, por si se presenta algún momento delicado en el que sea necesaria su intervención y, además, impartirá la última sesión: “*Sesión 12: La importancia del cuidado personal para poder cuidar a otra persona. Potenciar los tiempos de descanso y el autocuidado del cuidador*”.

Por otro lado, en lo que se refiere a los recursos materiales, contamos con el espacio donde se va a desarrollar el proyecto. Este es el Centro Psicogeriátrico San Francisco Javier de Pamplona, en el edificio donde se encuentra situado el PEP.

En lo que respecta a los materiales que son necesarios para el desarrollo de las sesiones formativas, no requieren de gran cantidad, así que sería favorable a utilizar los que ofrece el propio centro.

La lista de materiales imprescindibles es la siguiente:

- Sillas y mesas.
- Ordenador.
- Proyector.
- Impresora.
- Hojas en blanco.
- Bolígrafos, rotuladores...

Por último, se utilizarán los teléfonos móviles del equipo del PEP, para recibir y enviar mensajes y llamadas a los y las participantes del proyecto, en caso de que fuese necesario. Este teléfono será utilizado por la trabajadora social en su labor profesional, cumpliendo con la función de coordinación que así se le ha asignado previamente.

5.7. Presupuesto

En lo que respecta al presupuesto necesario para el desarrollo del proyecto “Conociendo lo cotidiano”, a continuación, se presenta desglosado de manera detallada.

En primer lugar, se muestra el coste que va a suponer la remuneración de la trabajadora social, psiquiatras y psicóloga. Este coste tiene en cuenta el antes, durante y después del proyecto, es decir, la preparación, ejecución y evaluación y cierre de este.

Tabla 13. Presupuesto destinado a cada recurso humano.

| Recursos Humanos | Coste |
|--------------------------------|-------|
| Titulada en Trabajo Social | 300€ |
| Titulada en Psiquiatría | 600€ |
| Titulada en Psicología clínica | 400€ |

Fuente: Elaboración propia

Esta remuneración planteada se incrementará en las nóminas mensuales de cada una de las profesionales, además, se les otorgará los días de vacaciones correspondientes por la labor profesional realizada. Así pues, y tomando como referencia la tabla expuesta, el coste total de la contratación de las profesionales será de 1.300€.

Por otro lado, se expone el presupuesto estimado que se destinará a cubrir los recursos materiales necesarios para la realización del proyecto. En primer lugar, hay que tener en cuenta que no se realizará ningún pago por alquiler del lugar donde se realiza el proyecto, ya que es el lugar de trabajo propio de las profesionales y por las tardes la mayor parte de las salas se encuentran despejadas.

Por otro lado, y teniendo en cuenta que se intentarán aprovechar los materiales que otorgan en el propio psiquiátrico, se destinarán 300€ para la compra de algún material que sea necesario y no lo suministren allí. En el caso de que hiciera falta más, se plantearía si es viable.

Para la realización de los carteles y pancartas publicitarias del proyecto se destinará un total de 200€, ya que el objetivo es crear un gran número para poder repartirlo por los máximos recursos de la red de salud mental.

A continuación, se expone una tabla resumen donde se aclarará el importe estimado de los recursos materiales.

Tabla 14. Presupuesto destinado a cada recurso material.

| Recursos Materiales | Coste |
|------------------------------------|-------|
| Alquiler | 0€ |
| Materiales | 300€ |
| Carteles y pancartas publicitarias | 200€ |
| Fotocopias | 200€ |

Fuente: Elaboración propia

Así pues, y tomando como referencia la tabla expuesta, el coste total de los recursos materiales será de 700€. Visto esto, se estima que el presupuesto total del proyecto para su realización sería de 2.000€

Una de las maneras de financiación del proyecto, si así se considera por el equipo profesional del PEP, será mediante el cobro de una pequeña cuota de 5€ por familia que participa, para poder hacer frente a parte de los gastos. Asimismo, otra de las posibles formas de financiación sería presentándolo a la convocatoria Caja Rural con el objetivo de concienciar sobre la importancia de actuar y crear nuevos recursos que respondan a la demanda elevada de problemas de salud mental que actualmente existe.

5.8. Evaluación

En cualquier proyecto que se vaya a llevar a cabo, la evaluación es un apartado fundamental debido a que es el mecanismo más útil para valorar resultados y posibles mejoras de este.

A la hora de evaluar, existen diferentes tipos, según su temporización o los instrumentos que se utilicen para ello. Si hablamos de temporización, se puede discernir entre evaluaciones previas al desarrollo del proyecto, continuas en el desarrollo y finales. Por otro lado, y si se tienen en cuenta los instrumentos para la evaluación, podemos encontrarnos con las cuantitativas o cualitativas.

Normalmente, el proceso de evaluación se suele realizar en la última etapa del proyecto, una vez se ha finalizado. No obstante, es favorable y recomendable que la evaluación se realice también durante el transcurso y desarrollo del proyecto.

Realizar una evaluación en este proyecto de intervención nos va a proporcionar información sobre distintas cuestiones. La primera de ellas es la idoneidad del proyecto de intervención, es decir, si realmente este responde a la necesidad existente, teniendo en cuenta también los objetivos propuestos. En segundo lugar, la estructura y organización del proyecto, teniendo en cuenta aquí la elección de las profesionales, los horarios, el lugar donde se realiza el proyecto, los materiales de los que se dispone para realizar las sesiones, etc. Por último, la evaluación también servirá para conocer la funcionalidad del proyecto, es decir, saber si realmente la información aportada ha sido útil y comprensible para las familias que han participado en las sesiones del proyecto.

5.8.1. Evaluación durante el proceso

Durante el transcurso del proyecto y las sesiones formativas, y después de cada sesión, los y las participantes dispondrán de cinco minutos para poder dar su opinión sobre la sesión, plantear dudas, miedos, inseguridades, etc.

Debido a que ya existe una relación previa entre las profesionales y los y las participantes, ya que estos participan en el programa durante dos años, la interacción entre ambos será más fluida y bidireccional.

Por último, tras cada sesión las profesiones que participan en el proyecto realizarán una breve reunión interna de cuarenta minutos donde hablará sobre los diferentes aspectos que se recogen a continuación:

- Número de participantes, ¿ha habido alguno que no ha acudido? ¿Se sabe la razón?.
- Acontecimientos ocurridos en la sesión, ¿duda o inquietudes específicas sobre algún tema que se considere tratar más en profundidad?.
- Observaciones o aportaciones específicas.
- Recordatorio sobre la siguiente sesión.

5.8.2. Evaluación final

La evaluación final va a realizarse con el objetivo de conocer si los objetivos planteados para esta propuesta de intervención han sido cumplidos. Además de esto, permitirá conocer el grado de satisfacción que tienen los y las participantes sobre las sesiones formativas y su nivel de utilidad en el día a día.

Al finalizar la última sesión del proyecto, todos los y las participantes rellenarán una evaluación final, donde valorarán diferentes aspectos. La evaluación en cuestión se encuentra adjuntada en el Anexo I, para una mayor comprensión de esta.

Además, las profesionales que han participado en el desarrollo del proyecto también realizarán una evaluación final, mediante una reunión de equipo en las propias instalaciones del PEP. En esta reunión se evaluarán aspectos a mejorar, aspectos positivos, los cuestionarios realizados por los y las usuarias, etc.

Por último, se considera útil y oportuno que la trabajadora social del PEP, como principal coordinadora del proyecto de intervención, realice una memoria donde quede recogido de manera detallada el proyecto, los contenidos de las sesiones, los recursos usados, las profesionales que han participado, etc.

6. CONCLUSIONES

Tras la finalización del presente Trabajo de Fin de grado, y previo a su cierre, se realizarán algunas reflexiones personales y conclusiones sobre la temática abordada.

En primer lugar, hay que tener en cuenta la estigmatización social que existe en torno a la salud mental. Aunque es cierto que la concienciación de la población hacia las enfermedades mentales es cada vez mayor, el tabú o pavor hacia estas sigue estando todavía presente y latente. Así pues, erradicar la estigmatización es algo que habría que tener en cuenta en la puesta en marcha del proyecto.

El primer paso para acabar con este círculo de estigma que rodea a los problemas de salud mental, a la esquizofrenia, o en general a cualquier enfermedad de este tipo, es normalizarlas, darlas a conocer y comprenderlas.

La realidad es que la mayor parte de recursos e instituciones están especialmente centrados en el paciente, apenas dedicando tiempo a la formación y apoyo de quienes van a cuidar a ese enfermo/a. Es precisamente esto lo que se pretende con el proyecto de intervención “Conociendo lo cotidiano”, crear un espacio en el que ofrecer apoyo a ese entorno cercano que va a cuidar de la persona enferma, para conseguir erradicar esos miedos, dudas, inseguridades, tabúes que surgen en momentos de incertidumbre y desconocimiento.

Ya que el presente proyecto de intervención se realizará dentro del propio Programa de Primeros Episodios (PEP), cabe destacar la inmejorable labor que realizan las profesionales que allí se encuentran, ya que son quienes ayudan a reorientar o reencaminar la vida

de la persona que ha vivido un primer brote psicótico. Así pues, este proyecto sería un complemento al programa, para aquellas familias que necesiten apoyo en la comprensión de la enfermedad y sus cuidados, o que no hayan recibido el consentimiento para la intervención por parte del paciente, quedando al margen de cualquier tipo de apoyo profesional.

Por otro lado, cabe señalar que, aunque la erradicación del estigma social vaya a ser una de las tareas indirectas de este proyecto de intervención, es necesario que esa divulgación de información y sensibilización social hacia la problemática de salud mental sea también una tarea y responsabilidad social de otras instituciones y organizaciones. Está claro que cambiar la forma de mirar a la enfermedad mental y acabar con todo ese conjunto de connotaciones negativas que la rodean es una labor compleja, pero la información, el conocimiento y la comprensión son la base para poder avanzar como sociedad en este aspecto.

En lo que se refiere al papel de la familia, es innegable el trabajo de cuidados y la dedicación hacia la persona que padece la enfermedad, en la mayoría de las ocasiones, sin apoyo o indicaciones al respecto. En ocasiones, incluso, dejándose de lado a sí mismos para dedicar toda su atención hacia el o la enferma. Esta claro que la familia y el entorno más próximo de la persona con enfermedad mental son su principal pilar de apoyo, pero ¿quién apoya a las personas que cuidan al enfermo/a?. Este es, precisamente, uno de los principales objetivos del proyecto de intervención que se ha presentado.

Por todo lo anteriormente comentado, se analiza la importancia de impulsar esta propuesta de intervención grupal con familiares, donde poder ofrecer un espacio de apoyo, confianza y formación para afrontar las situaciones de cuidado y, al mismo tiempo, reivindicar por una desestigmatización de la salud mental basada en la información y conocimiento.

REFERENCIAS

- Abaurrea, P., Astrain, M.V., Elgorriaga, G., Litago, R., & Lora, B. (2000). *Necesidades sociales de los enfermos esquizofrénicos en Navarra*. ANALES Sis San Navarra. <https://bit.ly/42CQYws>
- Abeleira Padín, G. (2012). *Esquizofrenia*. Universidad de Salamanca. <https://bit.ly/3oDuUDq>
- Acero, C., Castillo, A., García, T., Hernández, G., Martín, M., Miguel, C., M, P., Pérez, L., Rodríguez, A., Roldán, E., Vicente, C., & Vicente, T. (2010). *El imaginario del trabajo social en las tesinas de fin de estudios 1938-1983*. Universidad Complutense de Madrid. <https://bit.ly/3mTI8Lc>
- Architektur Fachmagazine (2018). *Edificio Programa Primeros Episodios (Centro Psicogeriátrico San Francisco Javier de Pamplona)*. [Imagen]. <https://bit.ly/3Wa0G7S>
- Bevíá Febrer, B. (2012). *Necesidades reales de personas con esquizofrenia: Un estudio cualitativo*. Universidad de Alicante. <https://bit.ly/3W6OPaA>
- Colom Masfret, D. (2011). *El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario*. Institut de Serveis Sanitaris i Socials (ISSIS). <https://bit.ly/3N8K5yL>
- Cuesta, E. (s.f.). *16 dinámicas de presentación interesantes y divertidas*. Estilonext. <https://bit.ly/42YRANn>
- Fernández, S., García, V. (2022). *Intervención social con familias afectadas por TMG. Módulo 1: marco conceptual*. A teyavana
- Gobierno de Navarra. (2019). *Cartera de Servicios Sociales de Caracter Generalista*. <https://bit.ly/3JF8QjV>

Idareta, F. (2018). *Trabajo social psiquiátrico. Reivindicación ética de la dimensión social en salud mental*. AU llibres.

Líceca Amador, A., Robles Saavedra, D., Díaz Garfía, C., & Juárez Chávez, J. (2019). *Trastorno psiquiátrico- esquizofrenia*. TEPEXI Boletín Científico de la Escuela Superior Tepeji del Río. <https://bit.ly/3O2BHkL>

Li-Quiroga, M., Alipázaga Pérez, P., Osada, J., & León Jiménez, F. (2015). *Nivel de sobrecarga emocional en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia en un hospital público de Lambayeque-Perú*. *Revista de neuro-psiquiatría*. <https://bit.ly/43cJlgT>

Lizarraga Larrión, L. J. (2009). *La esquizofrenia en Navarra. Perspectiva histórica*. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*. <https://bit.ly/3JgtZPV>

Lizarraga Larrión, L. J. (2009). *Síntesis de los ingresos en el Manicomio de Navarra entre 1904 y 1915*. [Imagen]. <https://bit.ly/3JgtZPV>.

Lizarraga Larrión, L. J. (2009). *Admisiones por años y tipos de diagnóstico*. [Imagen]. <https://bit.ly/3JgtZPV>

Martínez, A., Nadal, S., Beperet, M., Mendióroz, P., & Grupo Psicost. (2009). *Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: Factores determinantes*. *ANALES Sis San Navarra*. <https://bit.ly/3BrJJw6>

Mata, I., Beperet, M., Madoz, V., & Grupo Psicost. (2009). *Prevalencia e incidencia de la esquizofrenia en Navarra*. <https://bit.ly/3mRTXSk>

OMS. (2005). *El contexto de la salud mental. Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental*. <https://bit.ly/42KrKg2>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta*. Organización Mundial de la Salud. <https://bit.ly/2uCYyJH>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Trastornos mentales*. <https://bit.ly/3KvCzMY>

- Programa de Primeros Episodios (2017). *Manual interno de la guía profesional*.
- Rascón, M. L., Valencia, M., Domínguez, T., Alcántara, H., & Casanova, L. (2014). *Necesidades de los familiares de pacientes con esquizofrenia en situaciones de crisis*. <https://bit.ly/3LZK2Db>
- Rossell Poch, T. (1998). *Trabajo Social de grupo: Grupos socioterapéuticos y socioeducativos*. <https://bit.ly/2DdoCjb>
- Ruiz Ruiz, J. C., García Ferrer, S., & Fuentes Durá, I. (2006). *La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia*. *Apuntes de Psicología*. <https://bit.ly/3Mq7yud>
- Sanders, A., & Gejman, P. (2012). *La etiología de la esquizofrenia*. *MEDICINA* (Buenos Aires). <https://bit.ly/3HTsyH5>
- Servicio Navarro de Salud. (2019a). *Memoria Salud Mental Navarra. 2019*. <https://bit.ly/3ZL1hOg>
- Servicio Navarro de Salud. (2019a). *Datos específicos según tipo de diagnóstico en 2019*. [Imagen]. <https://bit.ly/3ZL1hOg>
- Servicio Navarro de Salud. (2019b). *Plan de Salud Mental de Navarra 2019-2023*. <https://bit.ly/3Fo1Zc0>
- Servicio Navarro de Salud. (2020). *Memoria de Salud Mental de Navarra 2020*. <https://bit.ly/3LFg09l>
- Servicio Navarro de Salud. (2020). *Datos específicos según tipo de diagnóstico en 2020*. [Imagen]. <https://bit.ly/3LFg09l>
- Servicio Navarro de Salud. (2021). *Memoria de Salud Mental de Navarra. 2021*. <https://bit.ly/42kFcaO>
- Servicio Navarro de Salud. (2021). *Datos específicos según tipo de diagnóstico en 2021*. [Imagen]. <https://bit.ly/42kFcaO>

Servicio Navarro de Salud. (2021). *Personas atendidas por el PEP en 2021*. [Imagen].

<https://bit.ly/42kFcaO>

Servicio Navarro de Salud. (2021). *Comparativa del número de consultas realizadas*

por cada profesional del PEP. [Imagen]. <https://bit.ly/42kFcaO>

Sobremonte de Mendicuti, E. (2014). *La ética en la intervención desde el trabajo social*

sanitario. <https://bit.ly/3pw4ow2>

Sobremonte de Mendicuti, E. (2014). *Ética de la intervención social*. [Imagen].

<https://bit.ly/3pw4ow2>

ANEXOS

Anexo I. Folleto publicitario del proyecto de intervención.



Anexo2. Evaluación final del proyecto de intervención que realizarán los participantes del grupo en la última sesión.

1. Tacha con una cruz la respuesta que consideres oportuna, siendo el 1 lo peor y el 5 lo mejor.

| ITEMS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| Aprendizajes en la participación de las sesiones | | | | | |
| Trabajo de las profesionales | | | | | |
| Frecuencia y duración de las sesiones | | | | | |
| Lugar de encuentro | | | | | |

2. Una vez terminada la formación ¿Te animarías a participar en el proyecto de nuevo?
- Si
 - No
 - No sé
3. ¿Recomendaría la participación en la formación a otras personas?
- Si
 - No
 - No sé
4. ¿La información recibida te ha resultado útil y comprensible? ¿Sientes que te ha ayudado y te ha dado herramientas?
- Si
 - No
 - No sé
5. ¿Mejorarías algo?
- Si
 - No
 - No sé

Explica tu respuesta _____