

**Universidad Siglo 21**



**Trabajo Final de Grado. Plan de intervención.**

**Licenciatura en Psicología.**

**Redes conjuntas. Abordaje grupal y revinculación familiar de usuarios con diagnóstico de psicosis.**

**Scardapane Matias Nicolas**

**PSI: 04307**

**Tutora: Lic. Fernanda Ghio.**

**Córdoba. Septiembre 2024**

## Índice

Resumen .....	4
Introducción .....	6
Presentación de la línea estratégica de intervención .....	8
Síntesis de la organización .....	11
Delimitación del problema/necesidad objeto de intervención .....	25
Objetivos .....	31
Justificación de la propuesta .....	32
Marco teórico	
¿De qué hablamos cuando hablamos de reinserción social? .....	34
La familia del usuario. Correlación entre la tasa de emociones expresadas y la posibilidad de recaídas.....	36
La reinserción social y la prevención de descompensaciones Psicopatológicas .....	40
Los talleres de reinserción como alternativa de abordaje para la continuidad del tratamiento .....	44
Plan de trabajo.....	51

Planificación de	
Actividades.....	53
Cronograma.....	61
Recursos.....	62
Presupuesto.....	63
Evaluación de	
impacto.....	65
Resultados esperados .....	66
Conclusión .....	67
Referencias .....	69
Anexo .....	81

## **“Vulnerabilidad y conductas de riesgo en la actualidad”**

### **Resumen**

El presente Plan de Intervención forma parte del Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo 21. A partir de un análisis detallado de la institución, se detectó la necesidad de un enfoque terapéutico e informativo adaptado a las demandas actuales, tomando en cuenta los factores psicosociales que influyen tanto en las familias como en las instituciones donde residen los usuarios. Este plan propone desarrollar un dispositivo grupal que complemente al Taller de Externación Asistida, con una intervención estructurada en 4 encuentros, distribuidos en dos sesiones semanales. El objetivo principal es facilitar la comprensión de los cuadros psicopatológicos, los factores desestabilizantes, la regulación emocional, así como promover la revinculación social y familiar, y apoyar la reinserción social. Los temas abordados en cada encuentro serán: una sesión informativa sobre cuadros psicopatológicos asociados a la psicosis; una dinámica orientada a la revinculación familiar y grupal; ejercicios de respiración; y, finalmente, un cierre para destacar los avances obtenidos durante el proceso. Además, se entregará un cuestionario a los pacientes y sus familias para evaluar la efectividad del taller y su impacto, con el fin de realizar mejoras en intervenciones futuras.

**Palabras clave:** Reinserción, revinculación familiar y social.

## **Abstract**

The present Intervention Plan is part of the Final Degree Project for the Bachelor's Degree in Psychology at Universidad Siglo 21. Based on a detailed analysis of the institution, the need for a therapeutic and informational approach adapted to current demands was identified, considering the psychosocial factors that affect both the families and the institutions where the users reside. This plan proposes the development of a group-based intervention to complement the Assisted Externalization Workshop, structured into 4 sessions held twice a week. The primary goal is to facilitate understanding of the patients' psychopathological conditions, destabilizing factors, emotional regulation, as well as to promote social and family reintegration, and support social reinsertion. The topics covered in each session will include: an informative session on psychopathological conditions associated with psychosis; a dynamic aimed at family and group reconnection; breathing exercises; and, finally, a closure session to highlight the progress achieved during the process. Additionally, a questionnaire will be given to the patients and their families to assess the effectiveness and impact of the workshop, with the aim of improving future interventions.

**Keywords:** Reintegration, family and social reconnection.

## **Introducción**

El siguiente Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo 21, se encuadra en el proyecto de intervención en el Programa de Externación Asistida del Hospital San Antonio de Padua de Rio Cuarto. La finalidad será promover la reinserción social y la revinculación familiar de los usuarios que forman parte del programa antes mencionado.

El proyecto toma sus bases en la información brindada por la Universidad Siglo 21 acerca de la institución. A partir de dicha información es que fue posible identificar una problemática a abordar con el plan que en unas breves paginas será desarrollado.

Para el desarrollo de este proyecto se explicitará, en primera instancia, qué se comprende por vulnerabilidad social y conductas de riesgo, tomando desarrollos de diversos antropólogos y sociólogos que estudiaron esta problemática. Posterior a esto se expondrá una síntesis de la organización elegida en la cual se desarrollará la misión, visión y valores de la misma, como así también las metodologías de trabajo que es posible encontrar en dicho espacio. Posterior a esto continuara el desarrollo teórico del proyecto, brindando desde el marco teórico las categorías conceptuales pertinentes para el trabajo en cuestión, entre las que se desarrollaran los conceptos de reinserción social y de emociones expresadas que se relacionan, a su vez, con la tasa de éxito o fracaso en el sostenimiento del tratamiento de los usuarios. Por último, se presentará un modelo de abordaje grupal dentro de la institución que logre fortalecer las redes familiares y vinculares de los usuarios del programa de externación asistida con sus familias y contexto circundante.

Esta intervención se enmarca en las máximas de la propia institución, las cuales indican que los enfoques hacia las problemáticas de salud mental se fundamentan en los

principios filosóficos y epistemológicos establecidos en las leyes de salud mental provincial N° 9848 y la ley nacional N° 26657. Por lo tanto, el enfoque de la intervención es holístico, integral y orgánico, considerando que el entorno social y cultural de los usuarios a menudo contribuye a su sufrimiento, pero, a la vez, comprendiendo que es vital que el usuario se vincule con este entorno ya que, integrándose al mismo y con el acompañamiento adecuado, su cuadro mejorara y de esta forma se evitaran posteriores internaciones. Es por esto que resulta esencial abordar el contexto del usuario como un factor clave en el proceso de intervención. (Universidad Siglo 21, 2019).

El acompañamiento hacia la reinserción social y la revinculación familiar ayudara a que los usuarios puedan continuar con su tratamiento una vez externados y que reciban los apoyos necesarios para llevarlo a cabo.

## **Presentación de la línea temática escogida**

El siguiente proyecto, correspondiente al Seminario Final de la Licenciatura en Psicología, tomará como principio rector para el plan de intervención la línea temática “Vulnerabilidad y conductas de riesgo en la actualidad”. La vulnerabilidad puede definirse como la capacidad disminuida de una persona o un grupo de personas para anticiparse, hacer frente y resistir a los efectos de un peligro natural o causado por la actividad humana, y para recuperarse de los mismos. Es un concepto relativo y dinámico. La vulnerabilidad casi siempre se asocia con la pobreza, pero también son vulnerables las personas que viven en aislamiento, inseguridad e indefensión ante riesgos, traumas o presiones [...] La exposición de las personas a riesgos varía en función de su grupo social, sexo, origen étnico u otra identidad, edad y otros factores (Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, 2017).

En cuanto a las conductas de riesgo, son aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por un individuo o comunidad, que puede llevar a consecuencias nocivas. Son múltiples, y pueden ser bio-psico-sociales (D. Krauskopf, 1995).

La vulnerabilidad se ha convertido en un término ampliamente utilizado en diversos contextos, especialmente en relación con los problemas éticos que surgen al investigar en poblaciones vulnerables, como grupos culturales diferentes en países en desarrollo, mujeres y niños. También se emplea en el análisis de las condiciones de fragilidad o desprotección que ciertos entornos o situaciones socioeconómicas imponen a las personas que las padecen. Por ejemplo, el estudio de las condiciones de las víctimas de desastres naturales, la marginalidad y la delincuencia, la discriminación racial o de género, la exclusión social y los problemas de salud mental nos empujan a la conclusión de que existen “espacios de vulnerabilidad”. Estos espacios pueden entenderse como un “clima” o “condiciones desfavorables” que exponen a las personas a mayores riesgos, a



situaciones de falta de poder o control, a la incapacidad de cambiar sus circunstancias y, por ende, a la desprotección (Feito, 2007).

En la definición de Chambers (1983), se puede observar que la vulnerabilidad tiene dos dimensiones: la vulnerabilidad es la exposición a contingencias y tensiones, y la dificultad de enfrentarse a ellas. Es decir, existe un elemento “externo” de riesgo, del que es sujeto la persona, y un elemento “interno” que hace referencia a la indefensión, a la ausencia de medios para lidiar con tales riesgos sin sufrir daño. Esto puede interpretarse también como tres coordenadas que se articulan en la vulnerabilidad: la “exposición”, o riesgo de ser expuestos a situaciones de crisis, la “capacidad”, o riesgo de no tener recursos necesarios para enfrentarse a dichas situaciones, y la “potencialidad”, o riesgo de sufrir serias consecuencias como resultado de las crisis (Feito, 2007).

Los espacios de vulnerabilidad son, entonces, centros de encuentro de amenazas potenciales que, aunque no sean por sí mismas dañinas, se convierten en entornos perjudiciales (Feito, 2007).

Es por lo expuesto anteriormente que el trabajo en cuestión girará en torno a las problemáticas asociadas al periodo de externación y su forma de abordaje, no solo por parte de los profesionales, sino también por parte de la familia o contexto circundante. Creemos que la falta de seguimiento por parte de la institución y los profesionales de la misma terminan impactando de forma directa en el tratamiento del usuario y generando recaídas en el mismo, en un periodo en el cual la vulnerabilidad de estos pacientes se encuentra exacerbada y los lleva a adoptar conductas de riesgo en relación a su cuadro psicopatológico.

En relación a lo desarrollado anteriormente, se buscará trazar un paralelismo con los contextos circundantes asociados a los usuarios del hospital, que muchas veces no solo no cooperan con el tratamiento, sino que actúan como factores de riesgo o

desestabilizantes y, a la vez, propician la recaída en conductas de riesgo. El ámbito de intervención exacto se centrará en el Programa de Externación Asistida (sección de intervención comunitaria) del Hospital San Antonio de Padua.

## **Síntesis de la organización elegida**

En el año 1948, durante el gobierno del general Juan Domingo Perón, se creó el Hospital Regional de Río Cuarto, con dependencia nacional, como parte de un plan nacional de creación de hospitales. En ese momento, el ministro de Salud Pública era Ramón Carrillo (Universidad siglo 21,2019).

Comenzó a funcionar como un hospital de nivel 2, brindando prestaciones de baja y mediana complejidad. Inicialmente, estas eran las 4 especialidades básicas: clínica médica, cirugía, pediatría y tocoginecología. Con el transcurso del tiempo, y en función de la demanda no solo local, sino regional, se fueron incorporando otras especialidades. Así es como, en el año 1969, se habilitó el Servicio de Salud Mental por iniciativa del entonces Instituto Nacional de Salud Mental, cuya dirección estaba a cargo del doctor Vicente Galli (Universidad siglo 21,2019).

Casi 10 años más tarde, en 1978, durante el gobierno de facto se dispuso transferir a los estados provinciales la mayoría de los hospitales nacionales. De este modo, todo el hospital general pasó a la jurisdicción provincial. Esto se puso en evidencia cuando la dirección del hospital fue intervenida y asumió como director un médico militar. En el hospital no se dispone de documentación referente a esta disposición, que ordena la transferencia de la jurisdicción nacional a la provincial (Universidad siglo 21,2019).

En el año 2004, el hospital se trasladó a una nueva sede ubicada en el sector oeste de la ciudad, con dirección en Guardias Nacionales 1027, y conserva esta ubicación hasta la actualidad (Universidad siglo 21,2019).

En relación a la misión de la institución podríamos decir que la misma es atender la salud de la población en general perteneciente a la región de integración sanitaria E, que comprende los 4 departamentos del sur de la Provincia de Córdoba, con una población

estimada en 450.000 habitantes. Para cumplir esta misión, las acciones son preponderantemente de prevención, asistencia y rehabilitación de las enfermedades en los niveles 2 y 3 (acciones de mediana y alta complejidad) (Universidad siglo 21,2019).

Por otro lado, en relación a la visión, la actual política provincial de salud está en consonancia con las políticas nacionales y los pronunciamientos y recomendaciones de organismos transnacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estas se orientan a preservar la salud como condición ineludible, con la finalidad de evitar enfermedades, sin perder de vista las condiciones y calidad de vida de la población (alimentación, condiciones sanitarias, educación, inmunizaciones). Del mismo modo, una vez presentada la enfermedad, el propósito es lograr el mayor nivel de recuperación, minimizando los efectos seculares de ésta mediante una rehabilitación integral no solo del daño físico, sino también de los aspectos psicológicos y sociales (Universidad siglo 21,2019).

Por último, en relación a los valores de la institución, si bien no se encuentran explicitados en la sinopsis de la misma, podríamos decir que los mismos se encuentran asentados en la ética y las buenas prácticas clínicas, colocando como prioridad principal el acompañamiento y contención de los pacientes que habitan ese espacio.

### **Reseña histórica del servicio de salud mental**

A mediados del año 1969, el doctor Lucero Kelly, médico psiquiatra, realizó gestiones en el Instituto Nacional de Salud Mental para abrir el primer Servicio de Salud Mental en el Hospital Regional de Río Cuarto, que por ese entonces tenía dependencia nacional. A partir de esas gestiones, se logró que ese mismo año comenzara a funcionar el Servicio de Salud Mental, bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica. Su apertura formó parte de la creación de unidades efectoras de salud mental en hospitales generales.

El lugar destinado para este servicio fue el pabellón 5 del predio del hospital regional, ubicado al sur de la ciudad de Río Cuarto en barrio Las Ferias, con dirección en calle General Mosconi 486 (Universidad siglo 21,2019).

Este servicio fue uno de los primeros que se creó en el interior del país, contando desde sus inicios con un perfil multidisciplinario. A pesar de encontrarse dentro del mismo predio del hospital, funcionó de manera independiente tanto en su parte administrativa como en la técnica. Contaba con un amplio equipo de salud que incluía a psiquiatras, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, técnicos en electroencefalogramas y personal de enfermería. En cuanto a elementos materiales de utilidad e infraestructura, se contaba con una cámara Gesell, un salón de actos y un horno de cerámica. Tanto los recursos humanos, técnicos o de infraestructura como los financieros eran propios, sustentados con dinero que provenía del Estado (Universidad siglo 21,2019).

En el año 1978, por medio de una disposición, se resolvió que los servicios nacionales pasarían a tener dependencia provincial. La resolución indicaba el traslado de los hospitales a las provincias, delegándoles a éstas todo el poder. En el marco de las legislaciones propias del proceso militar en curso, se produjo el traslado de todos los elementos del Servicio de Salud Mental hacia el Hospital San Antonio de Padua. En ese momento, se constituyó casi totalmente en un servicio para alcoholismo y patologías psiquiátricas crónicas (Universidad siglo 21,2019).

En el año 1981, se incorporaron más camas y más profesionales al servicio y se comenzó a trabajar con pacientes alcohólicos. En ese mismo año, ingresó a trabajar por primera vez una psicopedagoga (Universidad siglo 21,2019).

En el año 1984, se creó la Dirección de Salud Mental en la Provincia de Córdoba. Esto y la apertura democrática significaron un importante crecimiento para el servicio, de modo tal que la atención comunitaria y el área de Rehabilitación se plantearon con estrategias terapéuticas no tradicionales que incluían teatro, talleres literarios, artesanías, huerta, etcétera. Debido a las mayores afluencias de profesionales y preocupación por la salud mental, se produjeron cambios en la dinámica de trabajo (Universidad siglo 21,2019).

En el año 1993, debido al cierre del Hospital San Antonio de Padua, se realizó un nuevo traslado hacia el Hospital Central de Río Cuarto. Luego de este, hubo un cambio en la denominación del Servicio de Salud Mental, que pasó a llamarse Unidad Programática de Salud Mental del Sur, con dependencia directa de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Todo esto sucedió ya en el marco de las nuevas políticas de transformación de la salud mental, que reconocen como antecedentes los sucesos mencionados anteriormente, pero con un nuevo enfoque que en general dio en llamarse de “democratización de la salud mental” (Universidad siglo 21,2019).

En el año 2011, se puso en movimiento la creación de dos áreas hasta el momento inexistentes en el servicio: Hospital de Día e Intervención en Comunidad (Universidad siglo 21,2019).

En septiembre de 2014, el Dr. Héctor Schiaroli, quien fuera en ese momento director del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua (NHRC SAP), ordenó el traslado del Servicio de Salud Mental, emplazado y con funcionamiento en los pabellones 5 y 6 de la sede hospitalaria de Gral. Mosconi 426, al edificio central del NHRC SAP (Universidad siglo 21,2019).

Uno de los objetivos que motivó este proceso de traslado fue el de adecuar el modo de abordaje de la salud mental a los fundamentos filosóficos y epistemológicos que subyacen a las nuevas leyes de salud mental, tanto provincial N.º 9848 como nacional N.º 26657.

Al momento del relevamiento (2019), en el Servicio de Salud Mental trabajan 15 personas: 9 pertenecen a personal de planta, 5 son contratados y 1 corresponde a locación de servicio (factura al hospital por las prestaciones que brinda). Estos profesionales son de diferentes disciplinas: psiquiatría, psicología, psicopedagogía, trabajo social y enfermería. Entre ellos, 8 son médicos psiquiatras, 2 son psicopedagogas y 5 son psicólogas. La jornada laboral de los profesionales es de 35 horas semanales, distribuidas en las diferentes prestaciones que se brindan (Universidad siglo 21, 2019).

Uno de los hechos más notorios es el cambio de estatus del recurso internación, que pasa de ser un fin en sí mismo, una medida correctiva o represiva, a ser un recurso más dentro de un amplio espectro de herramientas para el abordaje del padecimiento psíquico, junto con la dimensión social y comunitaria de la enfermedad. Dicho perfil responde a un marco político de atención en salud mental, cuyo desarrollo se viene promoviendo desde hace varias décadas a nivel mundial. Esta política tiene como uno de sus ejes principales, en general, el enfoque de derechos para el campo de la salud, y una especial atención a los derechos humanos en lo que refiere a la salud mental. Consecuentemente, se desalientan las prácticas de encierro, castigo y violencia subjetiva conocidas como modelo manicomial (Universidad siglo 21,2019).

El abordaje de la problemática psicopatológica tiene un carácter holístico, integral e integrador porque se entiende que el ámbito social y cultural de pertenencia del paciente es el lugar donde la problemática subjetiva emerge y es indudable que todo padecimiento

subjetivo interactúa inevitablemente con el medio, tanto en su producción como en su recuperación. Por ese motivo, en el modelo de abordaje integral se incluyen todos los referentes sociales del paciente, entre los cuales está incluida la familia (Universidad siglo 21,2019).

### **Modalidades De Atención**

Tiene dos ejes de acción:

- La asistencia a pacientes con cuadros psicopatológicos definidos.
- La demanda de interconsulta y trabajo interdisciplinar, es decir, asistiendo a equipos médicos de otras áreas de clínica médica (Universidad siglo 21,2019).

#### ***Atención por guardia***

Funciona todos los días de la semana, las 24 horas. Se encarga de la atención de casos de urgencia. El consultorio de guardia está ubicado en el tercer piso del hospital, dentro del sector de Salud Mental (Universidad siglo 21,2019).

#### ***Atención ambulatoria***

Comprende la asistencia por consultorio externo y grupo terapéutico.

- **Atención por consultorio:** Está a cargo de profesionales de psiquiatría y psicología mediante consulta individual. Funciona de lunes a viernes, mañana y tarde, dependiendo de la disponibilidad horaria de los profesionales. Se cuenta con tres consultorios destinados a este tipo de asistencia ubicados en la



planta baja del hospital. Para concurrir a la consulta, se debe solicitar turno con anticipación.

- **Grupo terapéutico:** Está coordinado por dos psicólogas y una médica psiquiatra. Comenzó a funcionar a mediados de 2018. Para el ingreso al grupo terapéutico, es requisito asistir a una entrevista de admisión en la cual se evalúa la posibilidad de ingreso a este dispositivo terapéutico. Se trabaja con una cantidad de entre 3 a 12 pacientes. Este grupo funciona una vez por semana, con sesiones de 1 hora y media de duración. El espacio destinado para esta actividad es la sala de reuniones ubicada en el sector de Hospital de Día (Universidad siglo 21, 2019).

### **Sección Infante Juvenil**

Atiende la salud mental del niño desde su nacimiento hasta los 18 años. Se encuentra en el tercer piso del hospital (Universidad siglo 21,2019).

### **Internación**

Al tratarse de un servicio de atención de agudos, se utiliza el recurso de internación ante una crisis aguda o si la persona sufre una descompensación en su cuadro psicopatológico. El área de Internación se encuentra en el tercer piso del hospital, dentro del sector destinado para el funcionamiento del Servicio de Salud Mental. Cuenta con 7 habitaciones, con dos camas y un baño cada una, más una habitación de contención con

una sola cama y un baño. En total hay 15 camas destinadas a internación (Universidad siglo 21,2019).

No hay existencia de programas de reinserción para pacientes internados, pero sí prácticas desarrolladas en los dispositivos alternativos (Hospital de Día e Intervención en Comunidad), que tienen como uno de sus principales objetivos la rehabilitación y reinserción sociocomunitaria de los sujetos (Universidad siglo 21,2019).

### **Sección de Intervención Comunitaria**

Su creación se fundamentó en la necesidad de impulsar en el Servicio de Salud Mental un modelo de abordaje focalizado en la relevancia de la comunidad para la promoción y el sostenimiento de la salud de quienes padecen problemáticas de orden psíquico, con base en la estrategia general de la atención primaria de la salud (APS) (Universidad siglo 21,2019).

### **Hospital de día**

Hospital de Día (en adelante, HD) es un dispositivo terapéutico grupal que surge por iniciativa de la actual jefa del Servicio de Salud Mental. Se inicia con la intención de crear un nuevo espacio terapéutico intermedio entre la hospitalización completa y la asistencia por consultorio externo. Se trabaja de manera interdisciplinaria para lograr la restitución psicológica, social y familiar de las personas con algún padecimiento psíquico y evitar la exclusión familiar y/o social. Por medio de este dispositivo terapéutico, se

aspira a la no cronificación de los sujetos en una institución de salud mental (Universidad siglo 21,2019).

**Objetivos:** Atender a pacientes con problemáticas psiquiátricas, realizando un seguimiento de su tratamiento farmacológico, asistencia a terapia psicológica y controles médicos generales, con la idea de prevenir recaídas.

- Mejorar la adherencia al tratamiento.
- Reducir costos respecto a la hospitalización.
- Promover destrezas que le permitan al paciente la integración al medio social en el que se encuentra inserto.
- Generar un lugar de contención y psicoeducación para familiares.
- Crear un espacio que permita favorecer y estimular el vínculo paciente-familia.
- Realizar actividades orientadas a la inserción laboral, educacional y comunitaria (Universidad siglo 21,2019).

**Población que asiste:** Este dispositivo está pensado para personas mayores de 18 años, con residencia en la ciudad de Río Cuarto o región sur de la Provincia de Córdoba que padecen una patología psiquiátrica neurótica o psicótica, se encuentran en tratamiento y permanecen estables en su afección o cuadro psicopatológico. Se trata de personas que no requieren permanecer con una internación total y, sin embargo, no pueden pasar rápidamente a la vida en comunidad, ya que necesitan adquirir progresivamente las destrezas necesarias para autosostenerse, siendo HD un espacio facilitador de esta transición (Universidad siglo 21,2019).

El promedio de asistentes diariamente a HD es de 15 personas, generalmente en su mayoría son hombres (Universidad siglo 21,2019).

Para la admisión a HD, se tienen en cuenta determinados criterios de inclusión. Entre ellos, se contemplan los casos de personas que padecen una patología psiquiátrica neurótica o psicótica y se encuentran en condiciones de concurrir diariamente, o en días definidos, a las actividades programadas. Es requisito indispensable estar previamente bajo tratamiento (Universidad siglo 21,2019).

También están determinados los criterios de exclusión, a partir de los cuales se consignan las patologías que no estarían incluidas para la atención mediante este dispositivo terapéutico. Según estos criterios, no se admiten personas con cuadros psicóticos agudos, con excitación psicomotriz, psicopatías, adicciones (a cocaína, opiáceos, inhalantes, ácidos, heroína), retrasos mentales graves y profundos y demencias de cualquier tipo. Sí se admiten pacientes con adicción al alcohol. Más allá de estos criterios establecidos, existe cierta flexibilidad en la admisión que permite considerar cada caso en particular. Por ejemplo, ante problemáticas de consumo, si el diagnóstico principal no es la adicción, sino una esquizofrenia paranoide con períodos de consumo, se toma como diagnóstico principal la esquizofrenia paranoide (Universidad siglo 21,2019).

### **Programa de intervención en la comunidad, composición y ejes de trabajo**

El hospital de Rio Cuarto “San Antonio de Padua” cuenta con un programa de intervención en la comunidad, acompañado por un hospital de día. Su creación se fundamentó desde la necesidad de impulsar en el Servicio de Salud Mental un modelo de abordaje focalizado en la importancia de la comunidad para la promoción y el sostenimiento de la salud de quienes padecen problemáticas de orden psíquico, con base

en la estrategia general de la atención primaria de la salud (APS) (Universidad siglo 21,2019).

### **Programa de externación asistida**

La externación de pacientes es uno de los ejes sobre los que se trabaja desde Intervención en Comunidad. El objetivo central girara en torno a la reducción de reingresos en el ala de salud mental y al desarrollo personal del paciente y del contexto cercano. Sin embargo, es necesario tomar en cuenta algunas variables de este programa que serán desarrolladas a continuación:

- ***Problema:*** El proceso posterior a la externación del paciente del Servicio de Salud Mental es en general un hecho complejo que reviste escaso seguimiento por parte de los profesionales del servicio.
- ***Fundamentación del problema:*** La patología que implica la ruptura de lazos sociales impacta en forma directa en la producción de este problema. Aquel sujeto que ha sido externado y no ha desarrollado un vínculo con su contexto, es pasible de estigmatización, además, su dinámica familiar puede no ayudarlo o acompañar el tratamiento.
- ***Visión deseada:*** Es necesario un seguimiento de los sujetos en su proceso de revinculación con el medio sociofamiliar. Los objetivos son: una mayor integración del paciente en forma activa deseada en los diferentes espacios comunitarios y la redefinición de su rol en el contexto.

- ***Aspectos a modificar por el programa:*** Se considera importante contribuir, por medio de la implementación del programa, a la modificación de determinados aspectos de la vida del sujeto, que se han visto afectados por su enfermedad. Por ejemplo, en lo referente a sus vínculos, lo laboral, educativo, etc.
- ***Acciones a realizar:*** Fortalecimiento de los vínculos y apoyo social y familiar a los pacientes externados.
- ***Se proponen acciones específicas:*** Entrevistas domiciliarias e institucionales (Universidad siglo 21,2019).

## **Hospital de día**

- El Hospital de Día (en adelante, HD) es un dispositivo terapéutico grupal que surge por iniciativa de la actual jefa del Servicio de Salud Mental. Se inicia con la intención de crear un nuevo espacio terapéutico intermedio entre la hospitalización completa y la asistencia por consultorio externo. Se trabaja de manera interdisciplinaria para lograr la restitución psicológica, social y familiar de las personas con algún padecimiento psíquico y evitar la exclusión familiar y/o social. Por medio de este dispositivo terapéutico, se aspira a la no cronificación de los sujetos en una institución de salud mental (Universidad siglo 21,2019).

***Objetivos:*** Atender a pacientes con problemáticas psiquiátricas, realizando un seguimiento de su tratamiento farmacológico, asistencia a terapia psicológica y controles médicos generales, con la idea de prevenir recaídas.

- Mejorar la adherencia al tratamiento.

- Reducir costos respecto a la hospitalización.
- Promover destrezas que le permitan al paciente la integración al medio social en el que se encuentra inserto.
- Generar un lugar de contención y psicoeducación para familiares.
- Crear un espacio que permita favorecer y estimular el vínculo paciente-familia.
- Realizar actividades orientadas a la inserción laboral, educacional y comunitaria (Universidad siglo 21,2019).

***Población que asiste:*** Este dispositivo está pensado para personas mayores de 18 años, con residencia en la ciudad de Río Cuarto o región sur de la Provincia de Córdoba que padecen una patología psiquiátrica neurótica o psicótica, se encuentran en tratamiento y permanecen estables en su afección o cuadro psicopatológico. Se trata de personas que no requieren permanecer con una internación total y, sin embargo, no pueden pasar rápidamente a la vida en comunidad, ya que necesitan adquirir progresivamente las destrezas necesarias para autosostenerse, siendo HD un espacio facilitador de esta transición (Universidad siglo 21,2019).

El promedio de asistentes diariamente a HD es de 15 personas, generalmente en su mayoría son hombres (Universidad siglo 21,2019).

Para la admisión a HD, se tienen en cuenta determinados criterios de inclusión. Entre ellos, se contemplan los casos de personas que padecen una patología psiquiátrica neurótica o psicótica y se encuentran en condiciones de concurrir diariamente, o en días

definidos, a las actividades programadas. Es requisito indispensable estar previamente bajo tratamiento (Universidad siglo 21,2019).

También están determinados los criterios de exclusión, a partir de los cuales se consignan las patologías que no estarían incluidas para la atención mediante este dispositivo terapéutico. Según estos criterios, no se admiten personas con cuadros psicóticos agudos, con excitación psicomotriz, psicopatías, adicciones (a cocaína, opiáceos, inhalantes, ácidos, heroína), retrasos mentales graves y profundos y demencias de cualquier tipo. Sí se admiten pacientes con adicción al alcohol. Más allá de estos criterios establecidos, existe cierta flexibilidad en la admisión que permite considerar cada caso en particular. Por ejemplo, ante problemáticas de consumo, si el diagnóstico principal no es la adicción, sino una esquizofrenia paranoide con períodos de consumo, se toma como diagnóstico principal la esquizofrenia paranoide (Universidad siglo 21,2019).



## **Delimitación del problema/necesidad objeto de la intervención**

Como fue expuesto previamente, la problemática a abordar girará en torno al programa de externación asistida del hospital San Antonio de Padua puntualmente en la sección de intervención comunitaria. Se ha establecido que "la externación de pacientes es uno de los ejes sobre los que se trabaja desde Intervención en Comunidad" (Universidad Siglo 21, 2019).

Sin embargo, tras la externación, nos enfrentamos a la problemática de que el proceso posterior a la salida del usuario del Servicio de Salud Mental es, en general, un hecho complejo que reviste escaso seguimiento por parte de los profesionales del servicio (Universidad Siglo 21, 2019). En consecuencia, los profesionales en el ámbito de la salud mental consideran que no se cuenta con una red de servicios socio-sanitarios que posibiliten una atención integral. Esto genera que, luego de la externación de los usuarios, en la mayoría de los casos no se constate un seguimiento efectivo de la situación. El incumplimiento en la creación de nuevos dispositivos comunitarios, tal como refiere la Ley 26.657, es atribuido directamente al Estado, en su nivel central, no logrando plantear estrategias en la micro/meso gestión (Fotia, Sonderegger, & Fracchia, 2018). El artículo 11 del capítulo 5 de la ley de salud mental 26.657 explicita:

La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria

supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas (Ley 26.657; 2010: art. 5).

Sin embargo y como se desarrolló previamente, se observa que la implementación plena de este artículo, así como de muchos más de la ley, aún se encuentra algo trunca. Los dispositivos de atención y los profesionales del servicio de salud mental no logran responder a las demandas contextuales ya que, las posibilidades de otorgar turnos por parte de la institución posterior a la externación son demasiado largos, en consecuencia, el abandono del tratamiento se convierte en una realidad.

Algunos profesionales intentan solucionar este problema citando a los usuarios por consultorios externos. En algunos casos acuden a la consulta, pero en otros no acuden a la cita y terminan regresando al hospital en estado de descompensación. Se plantea que aquellos casos que presentan más dificultades son los usuarios con adicciones, ya que "nunca vuelven o si vienen lo hacen cuando se acuerdan o por la abstinencia". Se plantea también que, en algunos casos, se intenta trabajar con la familia del usuario con el objetivo de que éste no pierda sus lazos sociales. Sin embargo, no siempre la familia quiere hacerse cargo, con lo cual esta situación dificulta la inclusión social de las personas con padecimiento mental (Fotia, Sonderegger, & Fracchia, 2018).

Por lo desarrollado anteriormente es que planteamos que esta problemática se fundamenta desde el entendimiento de que la patología que implica la ruptura de lazos sociales impacta en forma directa en la producción de este problema. Aquel sujeto que ha sido externado y no ha desarrollado un vínculo con su contexto es pasible de

estigmatización; además, su dinámica familiar puede no ayudarlo o acompañar el tratamiento (Universidad siglo 21,2019).

De este modo, las nociones de salud mental, abordaje comunitario, estrategia terapéutica e interdisciplinariedad pasan a ser centrales. En principio, la categoría de salud mental es concebida en términos de la normativa nacional vigente, es decir, como "un proceso condicionado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona" (Ley 26.657; 2010: art. 3). Esta concepción se encuentra relacionada con las normativas internacionales y locales en relación a los derechos de las personas con padecimientos de salud mental. Desde esta perspectiva, se concibe a la salud mental como una arista más de la salud (en términos integrales) de las personas, y en este sentido los factores que contribuyen a este tipo de padecimientos son todos aquellos que de una u otra manera impactan en la cotidianeidad de los sujetos. Aquellas personas que atraviesan padecimientos de salud mental tendrán distintas trayectorias de salud-enfermedad-atención y cuidado, según la complejidad de su problemática y, sobre todo, según la existencia (o no) de soportes familiares, comunitarios e institucionales. En otros términos, "el aislamiento social se asocia con un pronóstico desfavorable y, en consecuencia, las personas con relaciones sociales más amplias y más complejas tienen menos probabilidades de ingresar en el hospital" (Fernández Bruno y Gabay, 2009, p. 269).

En cambio, quienes atravesaron o atraviesan lo que Robert Castel (2014) denomina como "proceso de marginalización", son aquellas/os que por distintas problemáticas (sociales, económicos-laborales, psicológicos, entre otros) han quedado en una posición en la cual la sociedad tiende a marginarlos. Esto es lo que, a lo largo de la historia, sucedió (y sucede) preponderantemente con las personas con padecimiento de

salud mental. Y es desde este punto que se concibe la necesidad de un abordaje integral y comunitario, que tienda a la integración y no a la marginalización (Orellana, 2019).

En esta línea, se concibe al abordaje comunitario de la salud mental como un recurso fundamental del sistema de atención en salud mental. Se trata de una estrategia centrada en los soportes sociocomunitarios de las personas, en el armado de redes o en su reforzamiento, cuyo fin reside en acompañar los procesos salud-enfermedad-atención y cuidado. En términos de Bang (2012), este tipo de abordaje requiere de acciones:

"que propicien la transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios, y la participación comunitaria hacia la constitución de la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades, generando condiciones comunitarias propicias para la toma de decisiones autónoma y conjunta sobre el propio proceso de salud-enfermedad-cuidados" (p. 69-70).

En palabras de Orellana (2019), el abordaje comunitario en salud mental tiene, además del objetivo de acompañar a usuarias/os de la comunidad, la finalidad de desarrollar acciones tendientes a la prevención y la promoción de la salud/salud mental en territorio, haciendo de la comunidad un espacio de contención y acompañamiento para quienes transitan o han transitado procesos de externación y para aquellas/os que atraviesan situaciones que podrían desencadenar crisis.

Esta propuesta conlleva la necesidad de contar con aquellos soportes requeridos para el acompañamiento de personas con padecimientos de salud mental en comunidad. En palabras del equipo del PREA (programa de rehabilitación y externación asistida), "implica una colaboración cercana en la tramitación de lo cotidiano con las personas externadas, en una doble tarea simultánea: ir desanudando la red de dependencia en que quedaron atrapadas por la enfermedad y por la internación prolongada, a la vez que se

van anudando y construyendo nuevas redes de sostén y contención, las de la vida en el mayor grado de libertad posible en cada momento” (Cáceres y otros; 2009: 303)

Se toma la categoría de estrategia terapéutica a los fines de considerar la importancia del acompañamiento singular, en el marco de una comunidad determinada. Así, se la define como el intento de ir estableciendo: “(...) cuáles son los suministros y soportes necesarios para ese momento vital y que ayuden a la recuperación. (...) a la hora de pensar y decidir una estrategia se pueden proponer tantos recursos como necesidades plantee la persona en crisis siendo todos igualmente importantes” (Cohen; 1994:89). La relevancia de este concepto deviene en poder construir, en un sentido dialéctico, caminos particulares para estas/os usuarias/os, es decir, entender las singularidades de sus procesos de salud-enfermedad-atención y cuidado en el marco en un contexto sociohistórico determinado. Cada estrategia debe contemplar el padecimiento propiamente dicho, las redes sociofamiliares, comunitarias e institucionales de la persona, sus experiencias, capacidades y potencialidades, sus intereses, su situación socioeconómica, etc., se debe pretender integral y promotora de los recursos saludables de cada sujeto a quien se acompaña. En otras palabras, su objetivo es habilitar a las personas con padecimientos de salud mental “la posibilidad de consolidar proyectos de vida autónomos y participar de los intercambios materiales y sociales de su comunidad” (Tisera y otros; 2014: 265).

En conclusión, se considera que la problemática central a abordar en el hospital San Antonio de Padua es la falta de seguimiento por parte de los profesionales del servicio de externación asistida. Entendemos que, dada la complicada situación socioeconómica del país y, teniendo en cuenta que se hace muy complicado realizar un adecuado seguimiento de los usuarios posterior a su externación, será necesario realizar una intervención integral dentro de la institución que ayude a los usuarios a no recaer en internaciones crónicas otorgando herramientas prácticas para el manejo de crisis o

descompensaciones y, a la vez, plantear estrategias de abordaje terapéutico para las familias o grupos de contención que el usuario en cuestión habite. Buscando, de esta forma, subsanar las problemáticas asociadas a la vulnerabilidad social de los pacientes y, en consecuencia, reduciendo las conductas de riesgo que lleven a una nueva internación.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

- Desarrollar un dispositivo de abordaje terapéutico grupal dentro del Hospital San Antonio de Padua, orientado a la prevención de recaídas y el acompañamiento de los pacientes y familias ante descompensaciones psicopatológicas.

### **Objetivos específicos**

- Informar y/o alertar a los usuarios/acompañantes sobre posibles signos de descompensación.
- Fortalecer vínculos intrafamiliares buscando una adecuada revinculación con su familia y con el contexto circundante de los pacientes.
- Brindar herramientas prácticas a las familias y acompañantes para lidiar de forma adecuada con el cuadro psicopatológico del paciente.

## **Justificación de la propuesta**

El presente plan de intervención surge a partir de la necesidad de buscar mejoras en el acompañamiento y adhesión al tratamiento de los pacientes que son o están por ser externados del Hospital San Antonio de Padua. Tras la externación, nos enfrentamos a la problemática de que el proceso posterior a la salida del paciente del Servicio de Salud Mental es, en general, un hecho complejo que reviste escaso seguimiento por parte de los profesionales del servicio (Universidad Siglo 21, 2019). En consecuencia, los profesionales en el ámbito de la salud mental consideran que no se cuenta con una red de servicios socio-sanitarios que posibiliten una atención integral. Esto genera que, luego de la externación de los pacientes, en la mayoría de los casos no se constata un seguimiento efectivo de la situación.

Siguiendo esta línea, es importante destacar el trabajo de Vallecillo (2016) quien desarrollo un estudio enfocado en la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. Dicho estudio destaco que las principales áreas de preocupación incluyen: la peligrosidad, vinculada con la sensación de que los demás les temen; la culpa, relacionada con el desarrollo de la enfermedad; la pérdida de habilidades sociales, reflejada en conflictos en amistades y relaciones amorosas; el temor al rechazo, percibido como ser tratado de manera diferente a los demás; y la dificultad para establecer relaciones adecuadas. Los autores indican que quienes perciben un mayor estigma presentan puntuaciones más altas en sintomatología positiva y discapacidad. No obstante, aquellos que cuentan con redes de apoyo social tienden a desarrollar mejores condiciones de vida, una mayor calidad de vida y presentan menos síntomas, además de tener un menor índice de hospitalización en comparación con quienes carecen de dicho apoyo (Ribot- Reyes, García-Pérez. 2013, pp 25-29).



Frente a esta realidad planteada se propone un taller de pre-alta que aborde, en primer lugar, problemáticas relacionadas al cuadro psicopatológico de los usuarios del servicio de salud mental y del taller de externación asistida. En esta primera instancia el abordaje iría dirigido a aquellos usuarios con diagnóstico de psicosis, buscando informar a familia y/o acompañantes acerca del padecimiento del concurrente, posibles signos de descompensación, periodos críticos, la importancia de la adhesión al tratamiento (tanto farmacológico como psicológico), etc. En segundo lugar, se buscará desarrollar un dispositivo que permita la revinculación de los usuarios internados con su familia o contexto más cercano. Entendiendo que el contacto social y los vínculos sociales y familiares, junto con el entendimiento en su completud de la patología, son vitales para darle continuidad al tratamiento. Por último, se desarrollarán actividades que otorguen a los usuarios y familias estrategias terapéuticas para sostener el tratamiento y así, evitar descompensaciones psicopatológicas.

Como se desarrolló previamente, para lograr este objetivo es vital el involucramiento de la familia y/o contexto del usuario en cuestión acompañando las dinámicas propuestas.

En conclusión, esta propuesta se justifica desde la creciente necesidad por reincorporar a los sujetos externados, quienes muchas veces se encuentran “alienados” de la sociedad. Dada la situación socioeconómica que actualmente atraviesa nuestro país, es menester encontrar una alternativa de abordaje que se puede implementar dentro de los espacios de la institución, mientras los usuarios se encuentran internados, buscando lograr, una intervención veloz y precisa.

## **Marco Teórico**

### **¿De qué hablamos cuando hablamos de reinserción social?**

Siguiendo a Castel (2014) se plantea que la exclusión ya no se encuentra únicamente en los márgenes de la sociedad. Ahora, la amenaza de exclusión afecta incluso a aquellos individuos y grupos que previamente se habían integrado en la sociedad, aparentemente capaces de llevar una vida "digna". Estos individuos podrían enfrentarse a la posibilidad de una vida precaria, marcada por la incertidumbre sobre su futuro y la falta de control sobre su destino, lo que los coloca en riesgo de exclusión o en una situación de vulnerabilidad constante.

En línea con las ideas previamente expuestas por Castel (2014), se puede observar un cambio significativo en la problemática general de la exclusión, especialmente evidente en el caso del colectivo de personas con discapacidad y en los esfuerzos de la sociedad por mejorar su calidad de vida. Actualmente, estas problemáticas se manifiestan en un contexto donde la discapacidad ya no es considerada una excepción. En la actualidad, hay similitudes entre los desafíos que enfrentan estas personas y los que enfrentan los trabajadores precarios o los grupos vulnerables que lidian con condiciones de vida degradadas o cambios en la estructura familiar, como el aumento de familias monoparentales. Se observa una expansión de esta problemática en nuestras sociedades, caracterizada por condiciones de vida precarias donde los individuos viven al día, una situación reminiscente de épocas pasadas.

Es por lo desarrollado anteriormente que se considera necesario, para que el proceso de reinserción social sea satisfactorio, el acompañamiento de todo el contexto circundante, entendiendo a este proceso como una práctica psicosocial donde todas las personas y dispositivos cercanos al usuario toman especial relevancia. En nuestro caso en

cuestión el primer ámbito de intervención será la familia y/o contexto circundante de los usuarios del servicio de externación asistida del Hospital San Antonio de Padua.

Martín-Baro (1983) desarrolla que los procesos psicosociales se refieren a aquellas acciones de individuos o grupos, en cuanto referidas o influidas por otros individuos o grupos. Una acción es considerada como psicosocial en la medida en que no puede explicarse a partir del sujeto mismo, sino que, explícita o implícitamente, en su forma o contenido, en su raíz o en su intención, está referida a otro y a otros que comparten el mismo espacio, la misma cultura.

Continuando con los aportes de Martín-Baró (1983), las acciones se entienden como dinámicas, y se busca comprender sus procesos de construcción y sus posibilidades de transformación. Las acciones humanas, desde esta perspectiva, se ven entrelazadas, unidas en una historia particular. El análisis psicosocial se centra en comprender cómo lo social se convierte en personal y lo personal en social, es decir, es un proceso bidireccional en donde la acción humana se interpreta a partir de sus significados y valoraciones, que conectan a una persona con una sociedad específica, ya que estos significados y valores son determinados por ciertos intereses sociales.

Siguiendo a Gómez (2009), el “apoyo familiar” se define como un proceso psicosocial que implica entender que las formas en que este se manifiesta y los significados y valores que se le atribuyen solo pueden comprenderse dentro de un contexto sociohistórico específico. Esto significa que el apoyo familiar, además de ser una estrategia individual y relacional particular, también está vinculado a condiciones biológicas y se configura y transforma de maneras específicas según las condiciones sociales e históricas presentes.

En conclusión, para lograr una adecuada reinserción social será preciso estudiar todas las variables involucradas en el contexto social del paciente, sean estas económicas, sociales, institucionales o vinculares ya que, a través de ellas, es que se estructurara y desarrollara la intervención terapéutica.

### **La familia del usuario. Correlación entre la tasa de emociones expresadas y la posibilidad de recaídas**

Carpintero (2017) explica que la emoción expresada (EE) abarca aspectos esenciales de las relaciones interpersonales, ofreciendo una perspectiva sobre los estilos de comunicación y los vínculos familiares. Se utiliza como una herramienta para evaluar el entorno familiar, reflejando tanto la intensidad como la naturaleza de las emociones y comportamientos dirigidos hacia los miembros de la familia con trastornos mentales. En su investigación, Carpintero desarrolla que Brown, Birley y Wing (1962) fueron los primeros en utilizar el término EE, definiéndolo como un indicador general de las emociones, actitudes y conductas familiares hacia un miembro de la familia con una enfermedad psiquiátrica. También identificaron varios componentes de la EE:

- Los comentarios críticos (valoraciones negativas sobre la conducta del paciente).
- La hostilidad (rechazo hacia el enfermo).
- La sobreimplicación emocional (excesiva protección o sacrificio).
- La calidez (expresiones positivas).
- La insatisfacción (descontento con la conducta del paciente en diversas áreas) (Carpintero, 2017. Pp, 212).

Los autores propusieron que un ambiente familiar con alta EE podría incrementar las recaídas en pacientes con esquizofrenia, independientemente de otros factores. En su estudio, observaron que el 58% de los pacientes cuyas familias mostraban una alta EE recayeron, comparado con el 16% de aquellos con familias de baja EE. Investigaciones posteriores, como las de Vaughn y Leff (1976), confirmaron que la alta EE se asociaba con mayores tasas de recaídas (48% en familias con alta EE frente al 6% en familias con baja EE). Además, se identificaron factores protectores, como el uso constante de medicación y la reducción del contacto directo con la familia en entornos de alta EE, lo que evidenció que las dinámicas familiares influyen en las recaídas, reflejando el clima emocional del hogar.

Carpintero (2017) también destaca que la diferencia principal entre familias con alta y baja EE es el grado de intrusión en la vida del paciente, su estilo comunicativo y la respuesta emocional. Las familias con alta EE tienden a ser más intrusivas, tienen dificultades para brindar autonomía, se comunican de manera menos efectiva y responden a la enfermedad con enojo. Además, estos familiares suelen cuestionar la validez de la enfermedad del paciente, generando en ellos sentimientos de culpa (p. 215). Cortés y Rascón (2001) señalan que la presencia de un miembro enfermo altera la dinámica familiar, desencadenando respuestas emocionales extremas que pueden ir desde la sobreprotección hasta el rechazo total, lo que puede deteriorar la calidad de vida, aumentar el aislamiento social y precipitar recaídas (p. 530).

Por su parte, Masanet y colaboradores (1997) descubrieron que los familiares de pacientes más graves suelen ser más críticos y hostiles, y que los pacientes con peor ajuste social tienden a vivir en entornos más críticos. Esto sugiere que la crítica y la hostilidad pueden ser tanto una consecuencia como una causa de la situación clínica del paciente. Otros estudios sobre las percepciones hacia la enfermedad mental indican que los

familiares suelen experimentar emociones negativas como falta de compasión y enojo. No obstante, al proporcionarles información adecuada, estas percepciones pueden cambiar y generar actitudes más positivas, como apoyo y comprensión (Weiner, Perry y Magnusson, 1988).

Entre los tratamientos psicosociales más apoyados por la evidencia se encuentran la terapia cognitivo conductual (TCC), la intervención familiar (IF), el entrenamiento en habilidades sociales, la solución de problemas, la remediación cognitiva y el manejo del trauma. Mueser y Bond (2000) destacan que la TCC y la IF son las más recomendadas para tratar la esquizofrenia, según las guías del Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE, 2014). Estas terapias complementan el tratamiento farmacológico, ya que reducen la gravedad y frecuencia de los síntomas psicóticos, mejoran el afrontamiento del paciente y disminuyen la sobrecarga familiar, lo que aumenta la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familiares (Leal et al., 2008).

En el contexto de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), el tratamiento de la psicosis se enfoca en identificar y modificar los patrones de pensamiento disfuncionales y los comportamientos problemáticos asociados con el trastorno. La TCC está diseñada para ayudar a los pacientes a comprender y gestionar de manera más efectiva sus síntomas, mejorar su funcionamiento diario y minimizar el impacto del trastorno en su vida.

1. ***Identificación y Ajuste de Pensamientos Disfuncionales:*** La TCC se enfoca en ayudar a los pacientes a reconocer y cuestionar las creencias delirantes y los pensamientos distorsionados que contribuyen a sus síntomas psicóticos. Los terapeutas trabajan con los usuarios para desafiar estas creencias y reemplazarlas

- por pensamientos más realistas y funcionales (Beck & Rector, 2005; Garety et al., 2001).
2. ***Manejo de Alucinaciones:*** Se aplican técnicas para asistir a los usuarios en la gestión de las alucinaciones. Por ejemplo, se les enseñan estrategias para reducir la intensidad de estas alucinaciones, como el uso de distracciones o la reinterpretación del significado personal de las mismas (Morrison & Bennett, 2009).
  3. ***Desarrollo de Estrategias de Afrontamiento:*** La TCC ayuda a los usuarios a adquirir habilidades efectivas para manejar el estrés y las situaciones que desencadenan sus síntomas psicóticos. Esto incluye entrenamiento en la resolución de problemas y técnicas de relajación (Tarrier & Wykes, 2004).
  4. ***Mejora del Funcionamiento Social y Laboral:*** Se trabaja en mejorar las habilidades sociales y las capacidades para la vida diaria, lo que puede incluir el entrenamiento en comunicación y la gestión de las actividades cotidianas. La TCC se centra en optimizar el funcionamiento y la calidad de vida del usuario (Turkington et al., 2006).
  5. ***Psicoeducación:*** Se proporciona a los usuarios y a sus familias información sobre la psicosis, su tratamiento y estrategias para manejar los síntomas de manera efectiva. La psicoeducación busca reducir el estigma, aumentar la comprensión y promover una participación activa en el tratamiento (Mueser & Glynn, 2011).
  6. ***Prevención de Recaídas:*** Se desarrollan planes para prevenir recaídas, que incluyen la identificación de señales tempranas de deterioro y estrategias para manejar factores estresantes y desencadenantes que podrían agravar los síntomas (Wykes et al., 2008).

7. ***Intervención en la Vida Cotidiana:*** La TCC aborda problemas prácticos en la vida diaria de los usuarios, como la gestión de responsabilidades, la organización y la planificación de actividades, para facilitar una mejor adaptación al entorno (Kuipers et al., 2006).

La TCC para la psicosis se ajusta a las necesidades específicas de cada paciente, teniendo en cuenta la naturaleza y severidad de los síntomas. Además, puede combinarse con otros tratamientos, como la medicación antipsicótica, para mejorar los resultados en el manejo de la psicosis.

En conclusión, tomando lo expuesto hasta ahora, será necesario desarrollar un abordaje que logre disminuir las EE relacionadas a la hostilidad, la crítica y la insatisfacción en relación al cuadro del usuario; buscando ponderar por sobre estas las EE que se relacionan con la calidez y el apoyo, las cuales han demostrado ser predictores de un mejor proceso adaptativo y de vinculación familiar que en su conjunto acompañaran a una mejor readaptación del usuario del servicio de salud mental con su entorno. Para tal fin el proyecto en cuestión se encuentra enmarcado dentro de la TCC, ya que, tomando lo desarrollado previamente, esta corriente nos permite un abordaje orgánico y preciso sobre la patología en cuestión.

### **La reinserción social y la prevención de descompensaciones psicopatológicas**

Gomez Navarro (2013) detalla que, para abordar el proceso de desinstitucionalización y reinserción de los pacientes internados en el área de salud mental, es crucial considerar los vínculos familiares del paciente, ya que estos se consideran pilares fundamentales para su reinserción social. Asimismo, la familia es considerada un importante recurso terapéutico para arribar a la rehabilitación y a la



desinstitucionalización de los usuarios, esto se puede lograr a través de los modelos terapéuticos de intervención familiar psicoeducativos-conductuales que permiten alcanzar la eficacia terapéutica. (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001). Diversos autores han abordado dichos modelos de intervención familiar, los cuales incluyen diferentes tipos de procedimientos como (Anderson et al., 1986; Barrowclough, 1999; Dixon & Lehman, 1995; Lam, 1991):

- Psicoeducación a familiares, Este punto implicaría educar y brindar información acerca de la enfermedad del paciente con el fin de lograr una reestructuración cognitiva a nivel familiar, lograr nuevas formas de comprender el cuadro. De esta manera, se buscará darles sentido a muchas de las conductas y sentimientos tanto del paciente como de los familiares y así poder ser más precisos a la hora de acompañar al mismo, otorgándole a familia y acompañantes nuevas estrategias de afrontamiento. Se buscará eliminar la culpabilidad del paciente con respecto a su enfermedad y sintomatología, así como también eliminar la intencionalidad negativa de su accionar, es decir, con más información acerca del cuadro de los pacientes y, quitando las connotaciones negativas que lo identifican, será posible un abordaje más orgánico, donde los límites de lo “bueno o malo” adquieran otro sentido. De esta manera se brinda un apoyo familiar e intervención en crisis, lo cual le brindará a la familia información relevante para la detección de señales tempranas de recaída del paciente. (Guzmán, 2016).

- Aproximación positiva y relación de trabajo genuina con las familias, se busca establecer una aproximación positiva y una relación de trabajo auténtica con las familias, mediante un proceso que valide y entienda sus acciones y su deseo de ayudar. Además, se reconoce el esfuerzo y la responsabilidad que implica cuidar a un familiar con psicosis. El objetivo es evitar que surjan sentimientos de culpa, incluso cuando sus

comportamientos o acciones no sigan las recomendaciones de los profesionales (Guzmán, 2016).

- Proporcionar estructura y estabilidad, se busca otorgar a la familia y contexto un ambiente seguro que les permita adecuarse al descontrol y la impredecibilidad que ocasiona dicha patología. Datando los signos de alerta en la búsqueda de un mejor abordaje contextual que permita otorgarle más estabilidad y calma a una situación que normalmente sería desestabilizante (Guzmán, 2016).

- Solución de problemas y recomendaciones para enfrentarse con el trastorno, este proceso se realiza mediante un acercamiento conductual. Aquí será necesario evaluar los recursos y necesidades de la familia o el contexto que acompañara al paciente, pactar metas realistas, fijar prioridades y establecer tareas entre sesiones que los integrantes de las familias deberán realizar en casa (Guzmán, 2016). Buscamos de esta forma, otorgarles cierta continuidad a las dinámicas propuestas, con el fin último de lograr un involucramiento familiar por fuera de la institución y, a la vez, aminorar la frustración que surge cuando las soluciones intentadas no surten efecto.

- Entrenamiento en el manejo de la enfermedad, esto permitirá ayudar a la familia a manejar todas las implicancias conductuales asociadas a la cotidianidad familiar como las discusiones. Buscando de esta manera desarrollar habilidades que mejoren las estrategias de afrontamiento con respecto al manejo de la enfermedad. Estos tratamientos se centrarán en el “aquí y ahora” y buscarán aminorar el estrés familiar, evaluando no solo las formas de afrontamiento, sino también las fortalezas y debilidades de las mismas. Por último, el tratamiento hará foco en como son percibidos los problemas por cada integrante de la familia y el contexto, buscando generar una estrategia individual de

afrentamiento que otorgue herramientas no solo a los pacientes sino también a su contexto inmediato (Guzmán, 2016).

- Entrenamiento en la comunicación, para lograr una adecuada comunicación familiar, se utilizarán técnicas como ensayos de conducta, modelado, *feedback*, practica repetida y generalización. En este punto. será central enseñar a las familias a solicitar cambios a su familiar enfermo de un modo adecuado y efectivo, utilizando, como datamos previamente, metas realistas que desarrollen el logro de pequeños objetivos que sirvan como trampolín para avances significativos. También se utilizan entrenamientos en expresiones de apoyo y refuerzo (Guzmán, 2016).

- Utilización de conceptos familiares, para lograr establecer límites claros y concisos dentro de la familia, apoyar a la pareja paterna, y favorecer la independencia y autonomía del paciente en el momento adecuado, entendiendo los momentos evolutivos y contextuales que a cada uno le toca atravesar. De esta manera, se visualiza a la familia como un conjunto, con el fin de poder evaluar los efectos ocasionados por las distintas situaciones problemáticas (Guzmán, 2016).

Por esta razón, integrar a las familias en el proceso terapéutico tiene como objetivo principal reducir las relaciones estresantes entre ellos, lo cual a su vez ayuda a disminuir las recaídas al reducir el estrés contextual que puede empeorar la situación del usuario y su familia. Se ha observado que las actitudes críticas de las familias son los mayores predictores de recaídas. En esta línea, Carpintero (2017) desarrolla que:

La emoción expresada (EE) es un constructo que representa aspectos claves de la relación interpersonal e informa sobre diferentes estilos de comunicación y relación familiar. La EE se asocia a un curso más severo de esquizofrenia y a un mayor número

de recaídas. Por ello, la alta EE familiar está reconocida como uno de los mejores predictores de recaída en esquizofrenia conocidos hasta el momento (pp. 212).

Los usuarios necesitan un entorno confiable, seguro y de contención, así como el apoyo de sus familiares. Además, se busca mejorar la comunicación familiar mediante la promoción de hábitos que favorezcan esta comunicación y el desarrollo de habilidades para resolver problemas. Más allá de proporcionar información sobre la enfermedad, se trata de equipar a las familias con un conjunto de habilidades que les permitan mejorar la comunicación entre sus miembros, mantener una actitud comprometida y brindar apoyo al enfermo. El rol de los familiares en la rehabilitación del paciente es vital, ya que son los principales cuidadores y soportes. Por lo tanto, es indispensable que las familias brinden apoyo al familiar que este atravesando problemáticas relacionadas a su salud mental, para fortalecer los lazos familiares y permitir que el usuario cuente con una red de apoyo saludable que busque su estabilización en momentos críticos. Varios estudios han demostrado que los pacientes que reciben apoyo familiar experimentan menos recaídas (Dixon & Lehman, 1995; Muñoz Molina & Ruíz Cala, 2007; Rebolledo Moller & Lobato Rodríguez, 1999).

### **Los talleres de reinserción como alternativa de abordaje para la continuidad del tratamiento**

Paganizzi (2010) menciona que, debido a las implicancias institucionales, relacionales y políticas, es muy difícil hacer un seguimiento adecuado de los pacientes después de la externación. Desde esta perspectiva, la rehabilitación como estrategia requiere la identificación o creación de diversos recursos que puedan acoger a las personas con Trastornos Mentales Severos (TMS) más allá de las estancias a largo o corto

plazo. Estos recursos incluyen opciones residenciales cuando la vida familiar no es viable, insostenible o inexistente, así como recursos ocupacionales y/o de integración social que son esenciales para la inclusión social (Paganizzi, 2010).

En tanto se re define el concepto de Rehabilitación como una estrategia de salud, las intervenciones se dirigen tanto a la persona con padecimiento psíquico como a los factores de riesgo que colaboran tanto en la aparición de los trastornos como en la cristalización de las limitaciones. Conciliando ambas, Barbato (2006) define la rehabilitación psicosocial como la estrategia de salud que facilita y brinda oportunidades a las personas con discapacidad por causas mentales a alcanzar los mejores niveles posibles de funcionamiento en la comunidad, promueve el desarrollo de habilidades individuales y el mejoramiento de los intercambios sociales. Trabaja para el mejoramiento de la calidad de vida y la disminución de los factores de riesgo. Cuando se trata de organizar los tratamientos, los planes de intervención y las evaluaciones es vital tener presente lo desarrollado por Rodríguez (1997), quien destaca tres dimensiones básicas a tener en cuenta:

- 1) Las características propias del paciente.
- 2) Las características del contexto institucional donde el paciente ha recibido tratamientos anteriores.
- 3) La permeabilidad familiar y social que aloja al paciente. El tratamiento psiquiátrico es la base misma del proceso de rehabilitación, mientras que el instrumento rehabilitador por excelencia resulta ser la posibilidad de los operadores de salud de generar intercambios sociales (Rodríguez, 1997).

En conclusión, los programas de rehabilitación complementarios y alternativos a las internaciones a corto, mediano y largo plazo en los hospitales monovalentes resultan experiencias de alto valor, aún esporádicas, ya que a través de las mismas será posible prevenir y abordar posibles recaídas, logrando la reinserción laboral y social de los pacientes.

Un ejemplo de esto se puede observar en muchos de los talleres implementados en todo el mundo para usuarios con trastornos mentales severos. En España, por ejemplo, existen los “Centros de Rehabilitación Laboral”, cuya meta es la inserción laboral de personas con trastornos mentales graves. Estos centros combinan diversas estrategias para facilitar la integración de los pacientes en el mercado laboral (Naranajo-Valentin, et al., 2017). Para lograr la inserción laboral de estas personas, se han utilizado técnicas de entrenamiento pre laboral y empleo con apoyo. Mientras que el entrenamiento pre laboral se centra en talleres que desarrollan habilidades específicas en entornos simulados, el empleo con apoyo se enfoca en una rápida búsqueda de empleo con apoyo individualizado y continuo en el puesto de trabajo.

Entre los numerosos antecedentes podemos destacar la revisión de la Cochrane Collaboration (Crowther, Marshall, Bond y Huxley, 2001) la cual destacó el empleo con apoyo como la metodología más efectiva. Desde entonces, numerosos estudios controlados (Bejerholm, Areberg, Hofgren, Sandlund y Rinaldi, 2015; Bond et al., 2015; Hoffmann, Jäckel, Glauser, Mueser y Kupper, 2014; Michon et al., 2011; Oshima, Sono, Bond, Nishio e Ito, 2014; Viering et al., 2015; Waghorn, Dias, Gladman, Harris y Saha, 2014), revisiones y meta-análisis (Marshall et al., 2014; Modini et al., 2016) han respaldado estos hallazgos. Entre estas investigaciones, podemos destacar el estudio de

Burns et al. (2007), que encontró que, tras 18 meses de intervención, el 55% de las personas que recibieron un programa de empleo con apoyo obtuvieron trabajo, en contraste con el 28% que lo lograron tras el entrenamiento pre laboral.

Un ejemplo central en el proyecto desarrollado es el de las intervenciones basadas en *mindfulness*. Este concepto ha sido utilizado de diversas maneras en los últimos años dentro del ámbito académico. En su artículo "Intervenciones psicológicas basadas en *mindfulness* y sus beneficios: estado actual de la cuestión", Hervás, Cebolla y Soler (2016) explican que:

El *mindfulness* puede entenderse tanto como un estado como una tendencia disposicional o rasgo estable. El uso más común se refiere al *mindfulness* como un estado que implica una consciencia que surge al prestar atención de manera intencionada, en el presente y sin emitir juicios (Kabat-Zinn, 2009). Las actitudes clave de este estado incluyen la curiosidad, la apertura y la aceptación hacia el objeto de observación (Bishop et al., 2004). De forma algo diferente, también se ha definido el *mindfulness* como un proceso que involucra la autorregulación de la atención, manteniéndola en la experiencia presente con una actitud de amabilidad y aceptación (Bishop et al., 2004). La evidencia sugiere que la práctica regular del *mindfulness* favorece el desarrollo de ciertas capacidades y características en las personas (Kiken, Garland, Bluth, Palsson y Gaylord, 2015). De este modo, el *mindfulness* puede considerarse una habilidad relativamente estable, aunque entrenable, conocida como "*mindfulness* rasgo". A medida que se ha avanzado en la comprensión de los procesos involucrados en este rasgo, se han detallado aspectos específicos como la observación, la aceptación, la acción consciente y la no-reacción, en lugar del término más general de "*mindfulness*" (pp. 116).

Diferentes estudios han mostrado la eficacia del *mindfulness* en varios campos de la psicología y la medicina, reduciendo la sintomatología ansiosa y depresiva y mejorando la calidad de vida en pacientes con trastornos ansiosos y/o depresivos, (Kim et al., 2010; Ma y Teasdale, 2004; Roemer y Orsillo, 2007; Rosenzweig et al., 2010).

Finalmente, no solo se ha demostrado la eficacia del *mindfulness* en variables como la ansiedad, la depresión y la calidad de vida, sino que también hay estudios que evidencian cambios en las estructuras cerebrales. Por ejemplo, se ha descubierto que la experiencia y práctica de la meditación compensan la reducción del espesor cortical asociada con el envejecimiento (Lazar et al., 2005).

Aunque el estudio del *mindfulness* ha avanzado considerablemente en trastornos como el estrés, la depresión y la ansiedad, su aplicación en personas con psicosis ha sido más lenta. Al principio, se creía que esta práctica podía ser perjudicial para estos usuarios, debido a que ciertos elementos del *mindfulness*, como la quietud o la mirada fija, no eran recomendables. Por ello, fue necesario adaptar el *mindfulness* para integrarlo como parte del tratamiento en la psicosis (Cramer, Lauche, Haller, Langhorst y Dobos, 2016). En este contexto, Cabrera, Díaz-Garrido, Martínez-Huidobro y Roncancio Medina (2024) propusieron una serie de pautas para adaptar la práctica del *mindfulness* a pacientes con psicosis. Estas incluyen:

1. Introducir la atención plena tan pronto como sea posible (Morris et al., 2019).
2. Realizar las sesiones en grupos pequeños de seis a ocho personas, con la presencia de dos terapeutas con experiencia tanto en psicosis como en *mindfulness*, lo que garantiza la seguridad de la práctica.



3. Limitar la duración de la práctica a un máximo de 10 minutos (Chadwick, 2009, 2014) para reducir la carga atencional.
4. Ofrecer indicaciones verbales frecuentes, cada 30-60 segundos, evitando silencios prolongados, con un lenguaje simple y directo, para mantener la atención en el presente (Chadwick, 2009, 2014).
5. Normalizar el deseo de luchar o evitar las experiencias psicóticas, tratándolas como cualquier otro pensamiento o sensación sin darles mayor importancia.
6. Permitir a los participantes descansar o retirarse de la práctica cuando lo necesiten.
7. Adaptar los cuestionarios de autoinforme para que sean más sencillos y accesibles, según las características del grupo o la persona.
8. La práctica fuera de las sesiones no es obligatoria, aunque se pueden ofrecer ejercicios opcionales en formato digital para quienes deseen continuar en casa, siempre que esto no genere estrés adicional y la ausencia del terapeuta no comprometa su bienestar (Jacobsen et al., 2022).

Las investigaciones han demostrado que los tratamientos de *mindfulness*, cuando son adaptados y conducidos por terapeutas expertos, son seguros y terapéuticos para abordar trastornos mentales graves (Jacobsen, Morris, Johns y Hodkinson, 2011). Sumado a esto, la integración de la atención plena en un programa de psicoeducación familiar puede contribuir a disminuir la emoción expresada

Un estudio notable es el llevado a cabo por el equipo de Chadwick (2014), que comenzó hace más de 25 años a utilizar *mindfulness* con pacientes psicóticos. Trabajaron con personas que escuchaban voces perturbadoras y habían sido diagnosticados con paranoia. Los resultados arrojaron una mejora significativa en el bienestar psicológico tras la práctica grupal de *mindfulness* (Hughes, Russell, Russell y Dagnan, 2009). Como

fue desarrollado previamente, Chadwick (2014) propone adaptaciones específicas para estos pacientes, como aminorar la duración de la meditación guiada, evitar silencios prolongados que podrían aumentar las alucinaciones auditivas, y no excluir ideas o experiencias extrañas durante la meditación para normalizar las demás sensaciones percibidas.

Las intervenciones basadas en *mindfulness* permiten a los pacientes observar sus síntomas y las reacciones consecuentes, disminuyendo la fuerza de estos síntomas y minimizando sus efectos negativos en el estado de ánimo. Además, comparaciones con tratamientos habituales sugieren que el *mindfulness* ofrece una mejor relación coste-beneficio, ya que requiere menos sesiones que otros tratamientos recomendados (Thomas et al., 2014).

Investigaciones actuales confirman y destacan los beneficios desarrollados hasta ahora y demuestran el gran potencial del *mindfulness* como tratamiento para la esquizofrenia grave a través de la intervención en las alucinaciones y los delirios (Sheng, Yan, Yang, Yuan y Cui, 2019), comprobando que el *mindfulness* también se muestra eficaz en enfermedades mentales graves aplicado en un entorno hospitalario y reduciendo el riesgo de reingreso a corto plazo en pacientes dados de alta (Jacobsen, Peter, Robinson y Chadwick, 2020).

En conclusión, los abordajes terapéuticos grupales, en los cuales se buscó optimizar las competencias sociales y afectivas de los pacientes demostraron ser altamente efectivos para lograr una adecuada regulación emocional y una mejor integración con su contexto.

## **Plan de trabajo**

### **Taller de abordaje familiar para la prevención de descompensaciones psicopatológicas**

Línea estratégica de intervención: Vulnerabilidad y conductas de riesgo en la actualidad.

Necesidad objeto de intervención: necesidad de pensar y generar nuevos abordajes de reinserción social, buscando prevenir recaídas o descompensaciones psicopatológicas de los usuarios con diagnóstico de psicosis.

En el presente apartado se desarrollará la descripción de cómo será llevado a cabo el dispositivo “Taller de abordaje contextual para la prevención de descompensaciones psicopatológicas”. El mismo está pensado para potenciar la reinserción social, buscando como fin último prevenir nuevas internaciones, así como también lograr una adecuada adhesión al tratamiento. Este taller buscara ser una herramienta más (sumado obviamente al seguimiento clínico del usuario) dentro del tratamiento de los usuarios. Posibilitando un espacio de escucha y entendimiento mutuo, en el cual se puedan trabajar problemáticas ligadas a la salud mental de los pacientes y a la prevención de descompensaciones psicopatológicas teniendo en cuenta el contexto circundante de cada uno de los asistentes.

Para el desarrollo de este taller será necesario hacer una selección de los concurrentes y sus grupos familiares, buscando como fin último que dicha familia acompañe las dinámicas propuestas y que al finalizar las mismas actúen como un factor de protección y sostén para el tratamiento y no como un factor de riesgo que genere

nuevos episodios psicóticos. Para lograr dicho objetivo, previo a las dinámicas propuestas, se realizará una entrevista clínica con los usuarios en la cual se evaluará si es apto para este taller. Indagando sobre las relaciones familiares, implicación de su contexto, aceptación y conocimiento de la patología e involucramiento familiar.

Dinámica del taller: El mismo se realizará los días miércoles y viernes de cada semana, el objetivo principal es que cada paciente ingresado, posterior a su estabilización (en el caso de ser necesaria) pueda asistir a un total de 4 encuentros y, en dichos encuentros, contar con la presencia de la familia y/o amigos/compañeros que acompañen el tratamiento. Cada encuentro durará aproximadamente una hora y la cantidad máxima de participantes será de 8 unidades o grupos de personas, compuestas por el usuario que se encuentra recibiendo tratamiento y su familia o contexto cercano.

Proceso de selección: para la selección de concurrentes se tomarán en cuenta los factores de protección y de riesgos inherentes a la familia o contexto circundante. En primera instancia se seleccionarán usuarios que ya hayan pasado por una internación en este espacio. Por el momento y como parte de esta primera experiencia se seleccionarán usuarios con familias comprometidas con el proceso, que estén dispuestas a trabajar en este espacio y que representen un factor de protección y no de riesgo para los usuarios. Por tal motivo en primera instancia no se buscará la revinculación con familiares que tengan problemáticas relacionadas al consumo de sustancias no tratado, o familiares que nieguen o pomenoricen la patología del usuario. Estos datos serán obtenidos previamente de las valoraciones clínicas desarrolladas en las internaciones previas. Por último, una vez iniciada la dinámica, se les entregara a los familiares una hoja de recogida de variables familiares (disponible en el anexo, apéndice 1) para conocer diferentes datos sociodemográficos y clínicos sobre los usuarios y sus familias y, se les solicitara realizar

un cuestionario familiar (FQ) (disponible en el anexo, apéndice 2). Dicho cuestionario será utilizado para medir el nivel de Emoción Expresada.

En relación al usuario, al inicio se le otorgara una hoja de recogida de variables para conocer diferentes datos sociodemográficos y clínicos sobre el usuario en cuestión (disponible en el anexo, apéndice 3).

Finalmente, una vez finalizadas las dinámicas se les otorgara, a los familiares y usuarios, un cuestionario de satisfacción para evaluar la efectividad de las dinámicas propuestas (disponible en el anexo, apéndice 4).

## **Planificación de actividades**

### **Encuentro n°1:**

- **Objetivo específico:** Desarrollar un primer encuentro destinado a pacientes y familias en el cual se desarrollen las especificidades de los cuadros psicopatológicos de los pacientes, para, de esta forma, informar y/o alertar a los pacientes/acompañantes sobre posibles signos de descompensación.
- **Estrategia de intervención:** en este primer encuentro se realizará la presentación del profesional a cargo del taller, para luego pasar a la presentación de cada uno de los pacientes y sus familias o acompañantes. Se les solicitará a todos los concurrentes del taller que se sienten en círculo y uno a uno. En sentido anti-horario, mencionen su nombre y que es lo que esperan o piensan de ese espacio. Posterior a esto se realizará la entrega de las hojas de recogida de variables y FQ a los familiares y la hoja de recogida de variables para los usuarios. Finalizada esta etapa se dará comienzo a la actividad propiamente dicha.

- Actividad: presentación grupal de los profesionales a cargo de la dinámica y de los usuarios y acompañantes. Se hablará sobre las especificidades de los cuadros de cada uno de los asistentes del taller. Sobre las emociones y lo que generan las internaciones en estos espacios y sobre las implicancias relacionadas al alta y la adhesión al tratamiento posterior a la misma. El nombre de la actividad será “Introducción a la psicosis”.

- Materiales: Cuaderno, lapicera, pizarrón y fibrones.
- Tiempo: 1:00 hs.
- Instrucciones:
  - El coordinador a cargo se presentará y le pedirá a los participantes y acompañantes que se sienten en círculo. Luego se solicitará a cada uno de los pacientes que se presenten y comenten un poco sobre porque se encuentran en este espacio.
  - Una vez finalizada la presentación y, conociendo los cuadros de cada uno de los pacientes, se solicitará a los acompañantes de los mismos que continúen con la misma dinámica, explicitando si son familiares, amigos, etc.
  - Cuando finalice la etapa de presentaciones el coordinador a cargo procederá a desarrollar las principales características clínicas de los cuadros psicopatológicos a abordar (en este caso puntual se hace referencia a cuadros de psicosis). En esta etapa se consignarán signos de alarma que nos puedan alertar sobre una posible descompensación psicopatológica y/o crisis, los cuales serán presentados por el coordinador de la actividad y uno a uno se irán anotando en el pizarrón, solicitándoles a los presentes en el espacio

(siempre que sea posible) que tomen nota de ellos en los cuadernos que les fueron otorgados al comienzo de la actividad.

- Por último y como cierre de esta primera actividad, se buscará que cada uno de los asistentes (tanto pacientes como familiares) mencionen sus experiencias personales en relación a la temática en cuestión. Que mencionen como llegaron y como se fueron de este espacio. El objetivo es lograr que los usuarios y sus familias/acompañantes pongan en palabras lo que les ha ocurrido en relación a las internaciones como así también en relación al trastorno.

### **Encuentro n°2:**

- Objetivo específico: fortalecer vínculos intrafamiliares buscando una adecuada revinculación con su familia y con el contexto circundante.
- Estrategia: el coordinador solicitará que se formen subgrupos en los cuales queden los usuarios con su grupo familiar o acompañantes. Posterior a esto se realizará la entrega de un papel y una hoja a cada uno de los participantes.
  - Actividad: se desarrollará una actividad en grupo llamada “Cartas”.
  - Duración: 60 minutos.
  - Materiales: cuadernos y lapiceras.
  - Instrucciones:
    - El objetivo de esta dinámica es mejorar las relaciones entre los miembros del grupo.

- El Coordinador de esta actividad va a invitar a los miembros del grupo a que formen subgrupos en los cuales se encontraran el usuario con su contexto circundante. Una vez se hayan sentado, se les pedirá que, por turnos, cada uno de ellos hable sobre un tema que le preocupe, teniendo como tiempo máximo unos 5 minutos. Es muy importante que el coordinador esté pendiente de los tiempos.
- Una vez todo el mundo haya hablado, cada persona tomará dos hojas.
- Cada uno de los integrantes escribirá una carta a los otros, en la que pondrá lo que piensa de esas personas y qué palabras de agradecimiento, reclamo o critica les gustaría decirles. Esta parte de la actividad se extenderá por 15 minutos.
- Pasados los 15 minutos, cuando todas las personas hayan escrito lo que piensan de los demás, por grupos, se irá abarcando la problemática que cada uno ha ido exponiendo. En este punto será el coordinador quien consultará sobre los aspectos positivos desarrollados en cada uno de los escritos. El objetivo será generar un clima de confianza y aceptación y la duración de este bloque será de unos 20 minutos.
- Una vez hayan intercambiado sus impresiones se intercambiarán las cartas que se hayan escrito. Se les dará un tiempo de 10 para que las lean. Al final, se utilizarán los últimos 10 para hacer una puesta en común sobre es lo que sienten con el resto de compañeros, cómo se han sentido a lo largo de la actividad, el



*feedback* de los compañeros. Por último, al igual que el encuentro anterior, se les solicitara a los presentes que mencionen como llegaron y como se fueron de este espacio

### **Encuentro n°3**

- Objetivo específico: Desarrollar la capacidad de anticipación, espera y manejo de la ansiedad de los pacientes con psicosis para, de esta forma, sostener la adhesión al tratamiento.
- Estrategia: como todos los encuentros el coordinador saludara a todos los presentes y presentara la actividad. Se les explicara a los concurrentes del taller que en este encuentro se trabajara sobre la capacidad de anticipación y que para tal motivo se procederán a realizar algunos ejercicios de respiración a través de una meditación guiada. Finalizada esta breve introducción se apagarán las luces del lugar y se prendera el equipo de música.
- Actividad: Desarrollo de ejercicios de respiración y conciencia plena para reducir la ansiedad.
- Materiales: Un parlante o equipo de música y un archivo de audio con meditaciones guiadas disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=rgUIHQ6MYWQ>.
- Tiempo: 1:00 hs.
- Instrucciones:
  - El coordinador solicita que nuevamente se pongan las sillas en círculo y como primera instancia de la dinámica les consulta a los asistentes del espacio cómo se fueron y cómo llegaron desde el último encuentro.

- Posterior a esto se le solicitara a todos los que asistan al taller que rompan el circulo inicial de sillas y formen círculos más pequeños compuestos por el usuario en cuestión y su familia o acompañantes.
- En este punto se atenuarán las luces del espacio utilizando los focos inteligentes (colocados previo a la llegada de los usuarios), se solicitará que todos cierren sus ojos y se colocara en el equipo de música o parlante la meditación guiada. Con este tipo de ejercicios lo que se busca es que los pacientes empiezan a controlar su respiración de forma consiente a fin de que ante situaciones críticas con montos de ansiedad muy altos puedan utilizar esta herramienta en sus casas para lograr volver a su eje y de esta forma evitar una descompensación o conductas disruptivas que escalen y lleven a la misma.
- Por último, una vez finalizada la meditación guiada, se prenderán las luces nuevamente y se realizara un grupo de discusión en el cual se buscará que cada uno de los presentes explicita como se sintieron, si esta dinámica les fue útil o no. En el caso de que respondieran que no, se les solicitara que, dentro de sus posibilidades, dejen por escrito el motivo que sirvan para el desarrollo de nuevas dinámicas en el futuro. Por último, al igual que en los encuentros anteriores, se les consultara a los presentes como llegaron al espacio y como se retiran.

## Encuentro n°4

- Objetivo específico: Desarrollar un grupo de reflexión sobre lo acontecido en el taller de pre-alta.
- Estrategia: luego de saludar, el coordinador les comentara a los presentes que al ser el último encuentro, el mismo apuntara a verificar las sensaciones acontecidas en los encuentros anteriores, la idea es que cada uno de los pacientes pueda otorgar un *feedback* del espacio y puedan evaluar, junto con sus familias y acompañantes si las actividades aportaron sensaciones positivas y estrategias para abordar las problemáticas que surgen en la cotidianeidad, tanto de las familias como de los pacientes.
- Actividad: conversatorio sobre lo acontecido en los encuentros anteriores y perspectivas a futuro.
- Materiales: cuadernos y lapiceras.
- Tiempo: 1:00 hs.
- Instrucciones:
  - En este último encuentro el coordinador de la actividad les solicitara a los asistentes del dispositivo que anoten en una hoja lo que piensan fueron los puntos fuertes y débiles de la dinámica, cual encuentro les gusto más y por qué.
  - Luego del paso desarrollado anteriormente se les solicitara a los distintos grupos que verbalicen y hagan una puesta en común sobre lo escrito y en la misma verbalicen también los miedos y preocupaciones que les generan el alta.
  - Sera central también conocer las perspectivas a futuro de cada una de las familias.

- Por último, se realizará un cierre a cargo del coordinador del espacio, en el cual se realizará un repaso por las distintas dinámicas utilizadas explicitando el porqué de las mismas y el valor agregado que estas aportan al paciente que se encuentra cerca de su externación. Junto con lo desarrollado anteriormente, se realizará la entrega del cuestionario de satisfacción para los familiares y usuarios (anexo, apéndice 4). Se agradecerá a los asistentes y se reforzará sobre la importancia de utilizar estas herramientas y continuar con el seguimiento de los pacientes una vez salgan de la institución.

- Finalmente, se informará sobre los dispositivos en los cuales los pacientes deberán continuar su tratamiento y donde, en el caso de ser necesario, podrán recibir su medicación.

## Diagrama de Gantt

- El miércoles 12/06/24 se dará el taller “Introducción a la psicosis” y se entregaran las hojas de recogidas de variables para los pacientes y familias, como así también en FQ.
- El miércoles 14/06/24 se desarrollará la dinámica de las “Cartas”.
- El miércoles 19/06/24 se desarrollarán los ejercicios de respiración y la meditación.
- El viernes 21/06/24 será el día del cierre del taller con un conversatorio sobre todo lo acontecido y se presentará un cuestionario a las familias y usuarios para evaluar la efectividad de la dinámica.

**Tabla 1**

### *Cronograma*

Nombre de la actividad	Inicio	Final	1° Miércoles	1° Viernes	2° Miércoles	2° Viernes
Introducción a la psicosis”. Entrega de Hoja de variables y FQ.	12/06/24	12/06/24				
Cartas	14/06/24	14/06/24				
Desarrollo de ejercicios de	19/06/24	19/06/24				

respiración y conciencia plena para reducir la ansiedad						
Conversatorio sobre lo acontecido en los encuentros anteriores y perspectivas a futuro – Entrega de cuestionarios de satisfacción	21/06/24	21/06/24				

Fuente: Elaboración propia.

## Recursos

Para llevar a cabo la intervención a lo largo del plazo estipulado se requerirá lo siguiente:

- Recursos humanos: Coordinador Licenciado en Psicología.
- Recursos materiales:

- Salón limpio e iluminado en el cual sea posible atenuar la iluminación.
- Pizarra y fibrones.
- Sillas.
- Lapiceras y cuadernos.
- Dos focos inteligentes para atenuar la luz del espacio.

## Presupuesto

La institución provee al taller de un espacio amplio e iluminado, acondicionado para las actividades a realizar, junto con las sillas necesarias y una pizarra, de ser necesario también se encuentra disponible un proyector. A continuación, se detalla el presupuesto necesario para realizar el taller.

**Tabla 2**

*Presupuesto*

	<b>Cantidad</b>	<b>Precio estipulado</b>
Honorarios del coordinador	1	\$216.000 (4 encuentros)
Lapiceras	24	\$9.000 (2 cajas de 12 lapiceras a \$4500 c/u)
Cuadernos	12	\$33.240 (cuaderno Gloria rayado)
Marcador para pizarra	1	\$3.000
Impresiones de cuestionario	36	\$5.400

Lámpara Foco Led	2	\$17.406 (\$8703 por unidad)
Ledvance Smart		
<b>Total</b>		\$286.046

Fuente: elaboración propia.

El Colegio de Psicólogos de la provincia de Córdoba establece en la “Resolución de Junta de Gobierno N° 005/24” que los honorarios mínimos éticos de la psicoterapia grupal serán de \$4500 por integrante. Teniendo en cuenta que serán 4 los encuentros a realizar, se estipulan como honorarios profesionales una inversión de \$216.000 para cubrir el total de encuentros o \$54.000 por encuentro. Tomando lo desarrollado anteriormente y observando el cuadro presentado la inversión total será de \$263.040.



## **Evaluación de impacto**

Al finalizar los talleres se propondrá la realización de un cuestionario de satisfacción dirigido a los usuarios y sus familiares para evaluar el impacto de las dinámicas propuestas. Una vez finalizada la evaluación se pondrán en común los resultados de la misma para, de esta forma, observar el impacto real de las dinámicas propuestas sujeto a la percepción de familiares y usuarios sobre la utilidad de las dinámicas propuestas. Los cuestionarios de satisfacción se encuentran disponibles en el anexo (apéndice 4).

## **Resultados esperados**

Este proyecto pretende desarrollar un dispositivo de abordaje terapéutico grupal dentro del Hospital San Antonio de Padua, orientado a la prevención de recaídas y el acompañamiento de los pacientes y familias ante descompensaciones psicopatológicas. Se busca trabajar sobre el contexto inmediato al concurrente, estimulando las capacidades afectivas, de atención y finalmente el reforzamiento de los lazos sociales.

En conclusión, se espera que, con las dinámicas propuestas, tanto los usuarios como sus familias manifiesten que, al ser externados del área de salud mental, han logrado incorporar nuevas herramientas que les ayuden a lidiar con su cotidianeidad, y, por otro lado, que promuevan la adhesión al tratamiento una vez estén fuera de la institución.

## **Conclusión**

El trabajo en su totalidad busco incorporar un engranaje más al dispositivo de externación asistida del Hospital de Día San Antonio de Padua. En esta búsqueda fueron muchos los interrogantes que surgieron a la hora de pensar una intervención eficaz, certera y que se acomode a los tiempos de internación actuales.

Con el dispositivo presentado se busca no solo otorgarle una herramienta más a los sistemas de salud públicos, los cuales hoy en día se encuentran desbordados y faltos de financiamiento para implementar estrategias más complejas y costosas; sino que también se buscó la reinserción plena de los pacientes en sus espacios sociales y familiares. Son muchas las investigaciones que datan la creciente necesidad de integrar a los pacientes a la sociedad en aras de buscar un mejor funcionamiento de los mismos, evitando de esta forma las internaciones crónicas. Con este punto como norte del proyecto es que se desarrolló un dispositivo breve, para informar y acompañar a los usuarios y sus familias en este proceso de reinserción y revinculación social, tomando una mirada objetiva y positiva en relación a las problemáticas asociadas a los padecimientos psicopatológicos de los usuarios.

Quizás la principal limitación en relación a este proyecto tenga que ver con la imposibilidad de acceder a la institución para hacer un relevamiento y trabajo de campo adecuado y conocer las problemáticas de los pacientes y la institución con mayor detalle.

Por otro lado, será necesario tomar en cuenta posibles mejoras en relación al plan de intervención. Dentro de las cuales podemos destacar la posibilidad de incorporar más profesionales a las dinámicas en cuestión como psicopedagogos/as, médicos/as psiquiatras, trabajadores/as sociales del área de Externación Asistida del Hospital San Antonio de Padua. Ya que en ellos también forman parte de la cotidianeidad de los

pacientes y los enfoques interdisciplinarios tienden a ser vitales en instituciones que hasta hace pocos años seguían siendo asilares y al día de hoy, lamentablemente algunas prácticas siguen estando presentes. Es por esto último que el trabajo articulado entre las distintas áreas, es vital en cualquier intervención que se haga en estos espacios. Las múltiples miradas aportarían riqueza y complejidad a las problemáticas presentadas.

En conclusión, con este dispositivo buscamos y creemos que es posible, a pesar de las problemáticas planteadas anteriormente, ayudar a una serie de familias y pacientes que en muchos casos hace mucho tiempo se encuentran presos del sistema sanitario, buscando, de esta forma, combatir la alienación que hace siglos sufren los pacientes con algún tipo de padecimiento psicopatológico.

## Referencias

- Anderson, C. M., Griffin, S., Rossi, A., Pagonis, I., Holder, D., & Trieber, R. (1986). A comparative study of the impact of education vs. process groups for families of patients with affective disorders. *Family Process*, 25(2), 185-205. doi: 10.1111/j.1545-5300.1986.00185. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3732501/>
- Ardila Gómez Sara (2009). *El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica Consideraciones desde una perspectiva psicosocial*. Revista colombiana de psiquiatría. vol.38 no.1. Recuperado de <https://11nq.com/2pTXJ>
- Bang, C. (2010). “La estrategia de promoción de la salud mental comunitaria: una aproximación conceptual desde el paradigma de la complejidad” En Memorias del II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación, VI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR: 242-245. Tomo III. Ed. Facultad de Psicología, UBA. Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-031/258>
- Barbato A. (2006). *Palabras de apertura*. WAPR(AMRP) Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial Congreso Mundial de Rehabilitación Psicosocial. Grecia.
- Barrowclough, C., Tarrier, N., Lewis, S., Sellwood, W., Mainwaring, J., Quinn, J., & Hamlin, C. (1999). *Randomized controlled effectiveness trial of a needs-based psychosocial intervention service for carers of people with schizophrenia*. Br J

- Psychiatry, 174(6), 505-511. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10616628/>
- Beck, A. T., & Rector, N. A. (2005). *The cognitive triad and psychosis: A review. Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 27-38. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10608-005-2451-x>
- Bejerholm, U., Areberg, C., Hofgren, C., Sandlund, M. y Rinaldi, M. (2015). *Individual placement and support in Sweden - A randomized controlled trial. Nordic Journal of Psychiatry*, 69, 57-66. Recuperado de <https://doi.org/10.3109/08039488.2014.929739>
- Bishop S. R, Lau M, Shapiro S., Carlson L, Anderson N. D, Carmody J, Devins, G. (2004). *Mindfulness: A proposed operational definition. Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230–241. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Bond, G. R., Kim, S. J., Becker, D. R., Swanson, S. J., Drake, R. E., Krzos, I.M., Frounfelker, R. L. (2015). *A controlled trial of supported employment for people with severe mental illness and justice involvement. Psychiatric Services*, 66, 1027-1034. Recuperado de <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400510>
- Bond, G. R., Resnick, S. G., Drake, R. E., Xie, H., McHugo, G. J. y Bebout, R. R. (2001). *Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 489-501. Recuperado de <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.3.489>
- Castel, R. (2014). *Los riesgos de exclusión social en un contexto de incertidumbre. Revista internacional de sociología*, 72(Extra\_1), 15-24. Recuperado de:

<http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/584>  
4 [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/584-851-2-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/584-851-2-PB%20(1).pdf)

Chadwick, P. (2014). *Mindfulness for psychosis*. The British Journal of Psychiatry, 204(5), 333-334.

Chambers, R. (1983) *Rural development: putting the last first*. Longman. Londres.  
Recuperado de <https://lc.cx/lbJ2fj>

Cramer, H., Lauche, R., Haller, H., Langhorst, J., & Dobos, G. (2016). *Mindfulness-and acceptance-based interventions for psychosis: a systematic review and meta-analysis*. Global advances in health and medicine, 5(1), 30-43.

Crowther, R., Marshall, M., Bond, G. R. y Huxley, P. (2001). *Vocational rehabilitation for people with severe mental illness*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2, CD003080. Recuperado de <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003080>

Delor, F. & Hubert, M. (2000) “*Revisiting the concept of “vulnerability”*”. Social Science & Medicine 50: 1557-1570. Recuperado de <https://lc.cx/c2ElvY>

Dixon, L. B., & Lehman, A. F. (1995). *Family interventions for schizophrenia*. Schizophr Bull, 21(4), 631-643. Recuperado de <https://lc.cx/Rp0VvV>

Encinas Carpintero T. (2017). *Efectividad de una intervención familiar para disminuir la alta emoción expresada en familiares de pacientes con esquizofrenia, protocolo proyexto de investigación*. Investigación en Enfermería Salud Mental: IV Jornadas de Investigación de residentes de la Comunidad de Madrid, pp 212.  
Recuperado de <https://acortar.link/suuHJm>

Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. (2017). «¿*Qué es la vulnerabilidad?*». IFRC. Recuperado de <https://lc.cx/qyDISS>

- Feito, L. (2007). *Vulnerabilidad: una aproximación conceptual*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 30 (Supl. 3), 7-16. Recuperado de <https://lc.cx/0aa6Bf>
- Fotia, G. D., Sonderegger, E., & Fracchia, Y. D. (2018). *Percepción de los profesionales de un servicio de salud mental, respecto a las fortalezas y obstáculos que identifican para la implementación de la ley nacional de salud mental y su relación con los niveles de responsabilidad*. En X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de [Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-122/186>]
- Garety, P. A., Kuipers, L., Fowler, D., Freeman, D., & Bebbington, P. (2001). *A cognitive model of the positive symptoms of psychosis*. Psychological Medicine, 31(2), 189-195. Recuperado de <https://doi.org/10.1017/S0033291701003336>
- Gómez Navarro, N. (2013). *Esquizofrenia e intervención familiar en España: Una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años*. Psychology, Society, & Education, 5(2), 307-318. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4761700>
- Grossman, P., Tiefenthaler-Gilmer, U., Raysz, A., & Kesper, U. (2007). *Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being*. Psychother. Psychosom. 76, 226–233.
- Guzmán C. (2016). *Tratamiento de rehabilitación en psicosis*. Universidad de Palermo. Facultad de Ciencias Sociales. Recuperado de <https://lc.cx/jnxmLR>
- Hervas G. Cebolla A. Soler J. (2016). *Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión*. Clínica y Salud 27



(2016) 115–124. Recuperado de  
<https://journals.copmadrid.org/clysa/art/j.clysa.2016.09.002>

Hoffmann, H., Jäckel, D., Glauser, S., Mueser, K. T. y Kupper, Z. (2014). *Longterm effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial*. *American Journal of Psychiatry*, 171, 1183- 1190. Recuperado de <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13070857>

Jacobsen, P., Morris, E., Johns, L., & Hodkinson, K. (2011). *Mindfulness groups for psychosis; key issues for implementation on an inpatient unit*. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(3), 349.

Jacobsen, P., Choksi, T., Sawyer, K., Maximen, C., Harding, E., y Richardson, M. (2022). *Home practice in mindfulness-based interventions for psychosis groups: a systematic review and qualitative study*. *BMC Psychology*, 10(1), 9. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00694-4>

Jacobsen, P., Peters, E., Robinson, E. J., & Chadwick, P. (2020). *Mindfulness-based crisis interventions (MBCI) for psychosis within acute inpatient psychiatric settings; a feasibility randomised controlled trial*. *BMC psychiatry*, 20, 1-12.

Kabat-Zinn, J. (2009). *Full catastrophe living*. New York, NY: Bantam Dell. Recuperado de [https://scholar.google.com/scholar\\_lookup?title=Full%20catastrophe%20living&author=J.%20Kabat-Zinn&publication\\_year=2009](https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Full%20catastrophe%20living&author=J.%20Kabat-Zinn&publication_year=2009)

Kiken, L. G., Garland, E. L., Bluth, K., Palsson, O. S. y Gaylord, S. A. (2015). *From a state to a trait: trajectories of state mindfulness in meditation during intervention predict changes in trait mindfulness*. *Personality and Individual Differences*, 81, 41–46. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2014.12.044>

- Kim, B., Lee, S. H., Kim, Y. W., Choi, T. K., Yook, K., Suh, S. Y., & Yook, K. H. (2010). *Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder*. Journal of Anxiety Disorders, 24(6), 590-595. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20427148/>
- Krauskopf D. (1995). *Las conductas de riesgo en la fase juvenil*. Recuperado de <https://lc.cx/V6nqrG>
- Laffite Cabrera, H., Díaz-Garrido, J. A., Martínez-Huidobro, M. F. y Roncancio Medina, T. (2024). *Nuevas adaptaciones para la aplicación del mindfulness a la psicosis*. Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers, 45(1), 19-25. Recuperado de <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.302>
- Lam, D. H. (1991). *Psychological family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies*. Psychological Medicine, 21, 423-441. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1876647/>
- Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., & Rauch, S. L. (2005). *Meditation experience is associated with increased cortical thickness*. Neuroreport, 16(17), 1893. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361002/>
- Lauche, R., Cramer, H., Dobos, G., Langhorst, J. y Schmidt, S. (2013). *A systematic review and meta-analysis of mindfulness-based stress reduction for the fibromyalgia syndrome*. Journal of Psychosomatic Research, 75, 500–510. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.10.010>
- Leal, M. I., Sales, R., Ibáñez, E., Giner, J., y Leal, C. (2008). *Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un*

- programa psicoeducativo*. Actas Españolas de Psiquiatría, 36(2). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2577474>
- Ley de Salud Mental N° 26.657 (2010). Recuperado de <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/75923/20101229>
- Marshall, T., Goldberg, R. W., Braude, L., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Delphin-Rittmon, M. E. (2014). *Supported employment: Assessing the evidence*. Psychiatric Services, 65, 16-23. Recuperado de <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300262>
- Martín-Baró I (1983). *Acción e ideología: psicología social desde Centroamérica*. (10ª ed). San Salvador: UCA. Recuperado de <https://lc.cx/lzY5zA>
- Masanet MJ, Lacruz M, Asencio A, Belver F, Montero I (1997). *Clima emocional familiar y perfil clínico en la esquizofrenia*. Actas Luso-Españolas de Neurología, psiquiatría y Ciencias Afines, 25(3):159-166. Recuperado de <https://www.scielo.org/pdf/spm/v43n6/7528.pdf>
- Michon, H., van Busschbach, J., van Vugt, M., Stant, A., Kroon, H., Wiersma, D. y van Weeghel, J. (2011). *Effectiveness of the Individual Placement and Support (IPS) model of vocational rehabilitation for people with severe mental illnesses in the Netherlands*. Psychiatrische Praxis, 38(S01), OP26\_EC. Recuperado de <https://doi.org/10.1055/s-0031-1277830>
- Modini, M., Tan, L., Brinchmann, B., Wang, M. J., Killackey, E., Glozier., Harvey, S. B. (2016). *Supported employment for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis of the international evidence*. The British Journal of Psychiatry, 209, 14-22. Recuperado de <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.165092>

- Morrison, A. P., & Bennett, K. (2009). *The role of cognitive behavioural therapy in the treatment of psychosis*. *British Journal of Psychiatry*, 194(5), 420-426.  
Recuperado de <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.060892>
- Mueser, K. T., y Bond, G. R. (2000). *Psychosocial treatment approaches for schizophrenia*. *Current Opinion in Psychiatry*, 13(1), 27-35. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/232100648\\_Psychosocial\\_treatment\\_approaches\\_for\\_schizophrenia](https://www.researchgate.net/publication/232100648_Psychosocial_treatment_approaches_for_schizophrenia)
- Mueser, K. T., & Glynn, S. M. (2011). *Psychoeducation and family interventions*. In J. M. C. Dixon & S. C. W. McEvoy (Eds.), *Handbook of Schizophrenia* (pp. 291-306). Academic Press. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4170907/>
- Muñoz Molina, F. J., & Ruíz Cala, S. L. (2007). *Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia*. *Revista colombiana de psiquiatría*, XXXVI (1), 98-110.  
Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502007000100008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000100008)
- Naranjo-Valentín, R., Cobo-Martínez, F., Rebolleda-Gila, C., González-Fraile, E., & Grupo CRL-LRHP. (2017). *Los Centros de Rehabilitación Laboral y el Trastorno Mental Grave: la Experiencia y el Seguimiento de los Usuarios en la Comunidad de Madrid*. [Los Centros de Rehabilitación Laboral and Severe Mental Illness: Users' Experience and Follow-up in the Community of Madrid]. Recuperado de <https://lc.cx/6iQ1qS>

National Institute for Clinical Excellence. (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management*. Recuperado el 24 de Marzo de 2018, de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565>

Oshima, I., Sono, T., Bond, G. R., Nishio, M. e Ito, J. (2014). *A randomized controlled trial of individual placement and support in Japan*. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37, 137-143. Recuperado de <https://doi.org/10.1037/prj0000085>

Pagnoni, G., & Cekic, M. (2007). *Age effects on gray matter volume and attentional performance in Zen meditation*. *Neurobiology of aging*, 28(10), 1623-1627. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0197458007002436>

Rascón ML, Cortes MT (2001). *Factores psicosociales relacionados con la rehospitalización de pacientes con psicosis orgánica*. *Salud Publica Mex* 2001; 43:529-536. Recuperado de <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Rascón ML, Gutiérrez ML, Valencia M, Murow E (2008). *Relación entre la emoción expresada por el familiar responsable y la conducta sintomática de pacientes con esquizofrenia, incluido el funcionamiento social*. *Salud Mental*, 31(3):205-212. Recuperado de [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252008000300006](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000300006)

Rebolledo Moller, S., & Lobato Rodríguez, M. J. (1999). *Como afrontar la esquizofrenia, una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas*. España: Aula médica. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/Comoafrontaresquizofrenia.pdf>

- Ribot- Reyes VC, García-Pérez TC (2013). *Calidad de Vida en pacientes esquizofrénicos tratados en atención primaria de salud*. *Rehabilitación Psicosocial*. 10 (1): 25-29.
- Rodríguez, Abelardo (1997). (Coordinador) *Rehabilitación de los trastornos mentales crónicos*. Ediciones Pirámide. Madrid 1997.
- Sheng, J. L., Yan, Y., Yang, X. H., Yuan, T. F., & Cui, D. H. (2019). *The effects of Mindfulness Meditation on hallucination and delusion in severe schizophrenia patients with more than 20 years' medical history*. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 25(1), 147. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30264927/>
- Tarrier, N., & Wykes, T. (2004). *The role of cognitive-behavioural therapy in the treatment of psychosis*. *British Journal of Psychiatry*, 185(5), 401-407. Recuperado de <https://doi.org/10.1192/bjp.185.5.401>
- TO, L. P., & Argentina, B. A (2010). *Acerca de Rehabilitación Psicosocial*. Recuperado de <https://lc.cx/DqBYXe>
- Thomas, N., Shawyer, F., Castle, D. J., Copolov, D., Hayes, S. C., & Farhall, J. (2014). *A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for psychosis: study protocol*. *BMC psychiatry*, 14(1), 198. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25015368/>
- Turkington, D., Kingdon, D., & Turner, T. (2006). *Cognitive-behavioural therapy for schizophrenia*. Cambridge University Press. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16513854/>
- Universidad Siglo 21 (2019). *Nuevo Hospital Río Cuarto "San Antonio de Padua"*. Cátedra Seminario Final de Psicología. Carrera Licenciatura en psicología.

Recuperado de <https://siglo21.instructure.com/courses/32837/pages/plan-de-intervencion-modulo-0#org4>

Universidad Siglo 21 (2019). *Plan de intervención - Lectura 1: Delimitación del problema*. Cátedra Seminario Final de Psicología. Carrera Licenciatura en psicología. Recuperado de <https://siglo21.instructure.com/courses/32837/pages/plan-de-intervencion#lectura1>

Valencia, M; Murow, E., & Rascón, M. (2006). *Comparación de tres modalidades de intervención en esquizofrenia: Terapia Psicosocial, Musicoterapia y Terapias múltiples*. Revista Latinoamericana de Psicología, 38(3), 535 - 549. Recuperado de <https://lc.cx/MIESKi>

Vallecillo Chaves N (2016). *Una aproximación psicométrica para la validación de la escala Attribution Questionnaire-27 sobre estigma social hacia las personas con enfermedad mental*. Universidad de Sevilla: Facultad de Psicología; [citado: 11/07/2018]. Recuperado de: <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/45276/TFG%20NATIVIDAD%20VALLECILLO%20CHAVES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vaughn CE, Leff JP (1976). *Influencia de la familia y de los factores sociales en el curso de la enfermedad psiquiátrica*. British Journal of Psychiatry, 129:125-137. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=65970>

Viering, S., Jäger, M., Bärtsch, B., Nordt, C., Rössler, W., Warnke, I. y Kawohl, W. (2015). *Supported employment for the reintegration of disability pensioners with mental illnesses: A randomized controlled trial*. Frontiers in Public Health, 3, 237. Recuperado de <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00237>

- Waghorn, G., Dias, S., Gladman, B., Harris, M. y Saha, S. (2014). *A multisite randomised controlled trial of evidence-based supported employment for adults with severe and persistent mental illness*. Australian Occupational Therapy Journal, 61, 424-436. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12148>
- Weiner B, Perry P, Magnusson J (1988). *An attributional analysis of reactions to stigmas*. J Pers Soc Psychol, 55(5):738-748. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/1989-08533-001>
- Wykes, T., Reeder, C., & M. (2008). *The effectiveness of cognitive behavioural therapy for psychosis: A systematic review*. Schizophrenia Research, 100(1-3), 37-45. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.11.016>
- Yamila Orellana. (2019). *Salud Mental Comunitaria en AMBA, Año 9 - Nro. 17*. Revista “Debate Público. Reflexión de Trabajo Social” - Artículos Seleccionados. Recuperado de <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/debatepublico/article/view/8467>



## **Anexo**

### **Apéndice 1: Hoja de recogida de variables del familiar**

Este cuestionario está diseñado para recoger información básica sobre datos sociodemográficos y clínicos. Toda la información recogida tiene un carácter confidencial.

Es necesario que cumplimente una hoja de recogida de variables para conocer diferentes datos sociodemográficos y clínicos sobre usted. Igualmente, si usted accede a participar, su familiar podrá asistir a unas sesiones de carácter psicoeducativo.

El programa de tratamiento tendrá una duración de 2 semanas, durante las cuales recibirá una intervención familiar que consta de 4 sesiones grupales de frecuencia semanal, de 60-90 minutos que le ayudarán a conocer más acerca de la enfermedad y reducir su malestar.

Los objetivos del programa de intervención psicoeducativa son los siguientes:

- Conocimientos sobre la patología de su familiar.
- Técnicas de relajación.
- Habilidades de comunicación y de resolución de problemas para así mejorar la relación con su familiar y afrontar las dificultades derivadas de la enfermedad y de la convivencia.

Rellene sólo UNA CASILLA en cada pregunta.

**1. SEXO:**

- Hombre  Mujer

**2. EDAD: \_\_\_\_\_**

**3. ESTADO CIVIL:**

- Casado/a  Pareja estable  
 Soltero/a  Divorciado/a  
 Viudo/a

**4. TIENE USTED HIJOS:**

- Sí  No

**5. NÚMERO DE PERSONAS CON LAS QUE CONVIVE: \_\_\_\_\_**

Especificar:

- Pareja  Hijos/as  
 Pareja e hijos  Padres y hermanos  
 Padre  Hermanos  
 Madre  Otros familiares

**6. CONVIVENCIA CON EL PACIENTE:**

- Sí  No

**7. RELACIÓN CON EL PACIENTE:**

- |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pareja | <input type="checkbox"/> Hijo/a |
| <input type="checkbox"/> Padre  | <input type="checkbox"/> Otra   |
| <input type="checkbox"/> Madre  | <input type="checkbox"/>        |

Especificar: \_\_\_\_\_

**8. ES USTED CUIDADOR/A PRINCIPAL DE ALGUNA PERSONA:**

- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

**9. FORMACIÓN ACADÉMICA:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Graduado escolar        | <input type="checkbox"/> Máster/Doctorado |
| <input type="checkbox"/> Ciclo superior          | <input type="checkbox"/> Sin estudios     |
| <input type="checkbox"/> Estudios universitarios | <input type="checkbox"/>                  |

**10. OCUPACIÓN:**

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Estudiante  | <input type="checkbox"/> Trabajador activo |
| <input type="checkbox"/> Parado      | <input type="checkbox"/> Jubilado          |
| <input type="checkbox"/> Ama de casa | <input type="checkbox"/>                   |

**11. ANTECEDENTES MÉDICOS:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Crónicos      | <input type="checkbox"/> Intervenciones quirúrgicas |
| <input type="checkbox"/> Degenerativos | <input type="checkbox"/> Ninguno                    |
| <input type="checkbox"/> Neoplásicos   | <input type="checkbox"/>                            |

**12. PRESENCIA DE ENFERMEDAD MENTAL**

- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

Especificar: \_\_\_\_\_

**13. DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> < de 6 meses    | <input type="checkbox"/> 5 años – 10 años  |
| <input type="checkbox"/> 6 meses – 1 año | <input type="checkbox"/> 10 años – 20 años |
| <input type="checkbox"/> 1 año – 5 años  | <input type="checkbox"/> > de 20 años      |

**14. TOMA DE PSICOFÁRMACOS:** (Puede seleccionar más de una respuesta)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Antidepresivos            | <input type="checkbox"/> Benzodiazepinas |
| <input type="checkbox"/> Neurolépticos             | <input type="checkbox"/> Ninguno         |
| <input type="checkbox"/> Estabilizadores del ánimo | <input type="checkbox"/>                 |

**15. CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS:** (Puede seleccionar más de una respuesta)

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Alcohol  | <input type="checkbox"/> Opiáceos         |
| <input type="checkbox"/> Tabaco   | <input type="checkbox"/> Otras sustancias |
| <input type="checkbox"/> Cannabis | <input type="checkbox"/> Ninguna          |
| <input type="checkbox"/> Cocaína  | <input type="checkbox"/>                  |

Fuente: Carpintero (2017). Efectividad de una intervención familiar para disminuir la alta emoción expresada en familiares de pacientes con esquizofrenia. Protocolo proyecto de investigación.

## **Apéndice 2: Cuestionario familiar (FQ)**

Este cuestionario muestra diferentes formas en las que las familias intentan hacer frente cada día a los problemas. El FQ tiene adecuadas propiedades psicométricas y puede ser útil para evaluar el impacto de los síntomas de Trastornos de la Conducta Alimentaria en el entorno familiar.

El Cuestionario consta de 20 preguntas con 4 opciones de respuesta.

### **Normas de corrección:**

Se suman los siguientes ítems y se obtienen 2 subescalas, Comentarios críticos y Sobreprotección. Ambas tienen puntos de corte de riesgo.

- FQ Comentarios críticos = FQ2 + FQ4 + FQ6 + FQ8 + FQ10 + FQ12 + FQ14 + FQ16+F18+FQ20.
- FQ Sobreprotección = FQ1 + FQ3 + FQ5 + FQ7 + FQ9 + FQ11 + FQ13 + FQ15 + FQ17 + FQ19.

En el caso de que las puntuaciones se sitúen entre 23 y 27 estaremos en presencia de una alta EE.

Este cuestionario muestra diferentes formas en las que las familias intentan hacer frente cada día a los problemas. Por favor, indique para cada pregunta, con qué frecuencia actualmente ha reaccionado ante su familiar enfermo de esta manera. Por favor, conteste con la mayor sinceridad posible. Tanto las respuestas como los resultados se mantendrán en estricta confidencialidad.

	Nunca/ muy raramente	Raramente	A menudo	Frecuentemente
1. Tiendo a descuidarme a mí mismo/a por él/ella				
2. Tengo que pedir continuamente que haga las cosas				
3. Pienso a menudo qué va a ser de él/ella				
4. Él/ella me molesta				
5. Sigo pensando en las razones por las que enfermó				
6. Tengo que intentar no criticarle/la				
7. No puedo dormir a causa de él/ella				
8. Es difícil para nosotros estar de acuerdo en cosas				
9. Cuando algo me molesta de él/ella, yo me lo guardo para mí mismo/a				
10. No aprecia lo que hago por él/ella				
11. Percibo mis propias necesidades como menos importantes				
12. En ocasiones, él/ella me pone de los nervios				
13. Estoy muy preocupado/a por él/ella				
14. Él/ella hace algunas cosas por rencor				
15. Pensé que yo podría llegar a enfermarme				
16. Cuando él/ella quiere constantemente algo de mí, me molesta				
17. Es una parte importante de mi vida				
18. Tengo que insistir que él/ella se comporte de forma diferente				
19. He renunciado a cosas importantes con la finalidad de poder ayudarle/la				
20. Estoy a menudo enfadado/a con él/ella				

Fuente: Ana R. Sepúlveda; Dimitra Anastasiadou; Laura Rodríguez; Carmen Almendros; Patricia Andrés; Francisco Vaz; Montserrat Graell (2014). Cuestionario familiar.

### **Apéndice 3: Hoja de recogida de variables del usuario**

Este cuestionario está diseñado para recoger información básica sobre datos sociodemográficos y clínicos. Toda la información recogida tiene un carácter confidencial.

Es necesario que cumplimente una hoja de recogida de variables para conocer diferentes datos sociodemográficos y clínicos sobre usted.

Su participación en el estudio se espera que sea de 2 semanas, durante las cuales recibirá una intervención familiar que consta de 4 sesiones grupales de frecuencia semanal, de 60-90 minutos que le ayudarán a conocer más acerca de la patología y reducir su malestar.

Los objetivos del programa de intervención psicoeducativa son los siguientes:

- Conocimientos sobre su patología.
- Técnicas para relajarse.
- Habilidades de comunicación y de resolución de problemas para así mejorar la relación con su familiar y afrontar las dificultades derivadas de la enfermedad y de la convivencia.

Rellene sólo UNA CASILLA en cada pregunta.

**1. SEXO:**

- Hombre  Mujer

**2. EDAD: \_\_\_\_\_**

**3. ESTADO CIVIL:**

- Casado/a  Pareja estable  
 Soltero/a  Divorciado/a  
 Viudo/a

**4. TIENE USTED HIJOS:**

- Sí  No

**5. NÚMERO DE PERSONAS CON LAS QUE CONVIVE: \_\_\_\_\_**

Especificar:

- Pareja  Hijos/as  
 Pareja e hijos  Padres y hermanos  
 Padre  Hermanos  
 Madre  Otros familiares

**6. FORMACIÓN ACADÉMICA:**

- Graduado escolar  Máster/Doctorado  
 Ciclo superior  Sin estudios  
 Estudios universitarios



**7. OCUPACIÓN:**

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Estudiante  | <input type="checkbox"/> Trabajador activo |
| <input type="checkbox"/> Parado      | <input type="checkbox"/> Jubilado          |
| <input type="checkbox"/> Ama de casa | <input type="checkbox"/> Incapacidad       |

**8. ANTECEDENTES MÉDICOS:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Crónicos      | <input type="checkbox"/> Intervenciones quirúrgicas |
| <input type="checkbox"/> Degenerativos | <input type="checkbox"/> Ninguno                    |
| <input type="checkbox"/> Neoplásicos   | <input type="checkbox"/>                            |

**9. DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> < de 6 meses     | <input type="checkbox"/> 5 años – 10 años  |
| <input type="checkbox"/> 6 meses – 1 años | <input type="checkbox"/> 10 años – 20 años |
| <input type="checkbox"/> 1 año – 5 años   | <input type="checkbox"/> > 20 años         |

**10. TOMA DE PSICOFÁRMACOS: (Puede seleccionar más de una respuesta)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Antidepresivos            | <input type="checkbox"/> Benzodiazepinas |
| <input type="checkbox"/> Neurolépticos             | <input type="checkbox"/> Ninguno         |
| <input type="checkbox"/> Estabilizadores del ánimo |  |

**11. CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS: (Puede seleccionar más de una respuesta)**

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Alcohol  | <input type="checkbox"/> Opiáceos         |
| <input type="checkbox"/> Tabaco   | <input type="checkbox"/> Otras sustancias |
| <input type="checkbox"/> Cannabis | <input type="checkbox"/> Ninguna          |
| <input type="checkbox"/> Cocaína  |   |

**12. NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES PSIQUIÁTRICAS PREVIAS:**

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna     | <input type="checkbox"/> Entre 7 y 9   |
| <input type="checkbox"/> Entre 1 y 3 | <input type="checkbox"/> Entre 10 y 12 |
| <input type="checkbox"/> Entre 4 y 6 | <input type="checkbox"/> Más de 12     |

Fuente: Carpintero (2017). Efectividad de una intervención familiar para disminuir la alta emoción expresada en familiares de pacientes con esquizofrenia. Protocolo proyecto de investigación.

**Apéndice 4:** Cuestionario de satisfacción para el familiar y el usuario.

Ahora va a tomarse unos minutos para completar las siguientes preguntas:

1. Las 3 habilidades que más le ayudaron de este programa son:

- 
- 
- 

2. ¿Hubo aspectos de las sesiones que considera que no le ayudaron?

3. ¿Piensa que las habilidades adquiridas le serán de ayuda en el futuro?

- Sí  No

4. ¿Considera que sus expectativas se han cumplido?

- Sí  No

5. ¿Continuará ejercitando las habilidades que ha aprendido?

- Sí  Es posible  
 No

6. ¿Qué aspectos cambiaría del programa?

- 
- 
- 

7. Una vez finalizado el programa, ¿cómo lo valora?

- Muy útil  Poco útil  
 Útil  Nada útil

Fuente: Martín-Carrasco M, Gonçalves-Pereira M (2013). EDUCA-ESQ. Programa psicoeducativo para el manejo de la sobrecarga en el cuidador del paciente con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.