

PROYECTO DE  
INTERVENCIÓN  
FAMILIAR  
VINCULADO A LA  
SALUD MENTAL

# Trabajo Fin de Grado

Facultad de Ciencias Sociales y  
de la Comunicación.  
Grado en Trabajo Social

Débora Rodríguez Darias  
José Rodríguez Izquierda  
Tutora: Guacimara Rodríguez Suárez  
Convocatoria: Julio 2019

## **Resumen.**

El proyecto que a continuación se presenta y qué trata sobre la salud mental, tiene como propósito trabajar con el núcleo familiar de manera directa, favoreciendo el diálogo abierto, dotándoles de aquellas herramientas necesarias para comprender la situación actual en la que se encuentran, eliminando aquellas barreras estigmatizadoras que surgen a menudo en el contexto doméstico y trabajando, a su vez, para el empoderamiento de la persona que padece la patología de salud mental. Para ello se ha acudido a ATELSAM, asociación que trabaja con personas que padecen Esquizofrenia o Trastorno Bipolar y se ha escogido a diez familias para formar parte del proyecto voluntariamente.

Las sesiones se han distribuido en tres grandes bloques, uno informativo, en donde se hará un repaso teórico sobre las dos enfermedades y conceptos relacionados; un segundo bloque, en el cual se trabajará el estigma, el autoestigma y el empoderamiento y un último bloque, en donde se realizarán actividades que permitan una cohesión familiar y un apoyo mutuo, desde el diálogo abierto. En lo referido a la ejecución de las actividades se contará con dos trabajadores sociales que guiarán las sesiones y, en varias sesiones específicas, con la colaboración del Equipo Comunitario Asertivo (ECA) y con una persona con problemas de salud mental que hablará en primera persona sobre su experiencia.

## **Palabras clave.**

Familia, estigma, empoderamiento, diálogo abierto y salud mental.

## **Abstract.**

The project presented below, which deals with mental health, has the purpose of working directly with the family nucleus, favoring open dialogue, providing it with the necessary tools to understand the current situation in which they find themselves, eliminating those stigmatizing barriers that often arise in the domestic context and working, at the same time, for the empowerment of the person suffering from a mental health pathology. In this

regard, ATELSAM has been resorted, an association that works with people suffering from Schizophrenia or Bipolar Disorder, and ten families have been chosen to participate voluntarily in the project.

The sessions have been distributed in three large blocks, an informative one, where a theoretical review about the two diseases and related concepts have been made; a second block, that deals with the stigma, self-stigma and empowerment, and a last block, where activities that allow family cohesion and mutual support from an open dialogue will be carried out. Regarding the execution of the activities, there will be two social workers who will guide the sessions, and several specific sessions will count with the collaboration of the Assertive Community Team (ECA) and a person with mental health problems, who will speak in the first person about its own experience.

**Key words.**

Family, stigma, empowerment, open dialogue and mental health.

## ÍNDICE

<b>1. Introducción.</b>	4
<b>2. Justificación.</b>	5
<b>3. Marco conceptual y teórico.</b>	10
3.1 Contexto histórico.	10
3.2 Concepto de Salud	13
3.3 Esquizofrenia.	14
3.4 Trastorno bipolar.	16
3.5 La Estigmatización en Salud Mental.	17
3.6 Salud mental y familia.	19
3.7 Modelo Teórico de Intervención	23
<b>4. Objetivos De La Intervención:</b>	26
4.1 Objetivo general del plan de referencia:	26
4.2 Objetivos específicos:	26
4.3 Objetivos operativos:	27
<b>5. Participantes.</b>	28
<b>6. Método.</b>	28
<b>7. Actividades</b>	32
<b>8. Temporalización y cronograma.</b>	43
<b>9. Localización.</b>	45
<b>10. Administración del proyecto.</b>	46
<b>11. Recursos.</b>	49
<b>12. Presupuesto y plan de financiación.</b>	50
<b>13. Evaluación.</b>	50
<b>14. Factores Externos.</b>	52
<b>Referencias bibliográficas.</b>	53
<b>20. Anexos.</b>	57
Anexo 1.	57
Anexo 2.	58
Anexo 3.	59
Anexo 4.	60
Anexo 5.	61
Anexo 6.	63
Anexo 7	66

## **1. Introducción.**

El presente proyecto nace de la necesidad de intervenir juntamente con la persona usuaria de ATELSAM y sus familiares, ya que la familia desempeña un papel crucial en la evolución de la enfermedad y es un factor clave del pronóstico a corto, medio y largo plazo. Surge con el propósito de reducir el estigma, fomentar el empoderamiento y la cohesión familiar mediante el fomento del diálogo abierto como herramienta.

Para ello, se apuesta por una intervención donde el núcleo familiar sea el protagonista absoluto de las actividades previstas. Las mismas se centrarán en la realización de diferentes dinámicas agrupadas en tres bloques diferenciados, los cuales se han distribuido en uno informativo, donde se hará un repaso teórico sobre las dos enfermedades y conceptos relacionados; un segundo bloque, en el cual se trabajará el estigma, el autoestigma y el empoderamiento y un último bloque, de diálogo abierto, donde se realizarán actividades que permitan una cohesión familiar y un apoyo mutuo.

En el presente documento, se presenta la justificación y el marco teórico que fundamenta y apoya la realización del proyecto, así como los objetivos de este divididos en general, específicos y operativos.

Asimismo, se presentan los participantes y el método, así como las actividades propuestas que se llevaran a cabo durante la implementación del proyecto y la temporalización de este, presentando un cronograma de los tiempos que se pretenden seguir.

Como siguientes apartados, se encuentran la localización, la administración donde se muestra la estructura por la que se va a regir dicho proyecto y quienes la componen y los recursos humanos, materiales y técnicos que serán necesarios para poder prestar el servicio planificado.

Por último, se presenta el presupuesto necesario para la realización del proyecto, así como el sistema de evaluación que se seguirá para conocer si se han alcanzado los objetivos establecidos y los factores externos que podrían afectar al desarrollo del proyecto.

## **2. Justificación.**

La salud mental tiene relación directa con el desarrollo de las sociedades y los diferentes países. La presencia de trastornos mentales causa efectos nocivos en la salud de las personas y graves consecuencias a nivel personal, social y económicas. Diferentes estudios realizados han revelado que los problemas de salud mental son frecuentes, universales y están presentes en todas las culturas y áreas geográficas. Varían en función de la edad, sexo y otras variables ambientales y socioculturales (Movimiento Rethinking, 2018).

La salud mental tiene relación con toda actividad relacionada con el bienestar mental, sea de manera directa o indirecta, con la promoción del bienestar, la prevención de los trastornos mentales y la rehabilitación de las personas que los padecen (Organización Mundial de La Salud, 2019). Es un estado de bienestar y está determinada por múltiples factores. La presión económica, las desigualdades, los cambios sociales rápidos, las condiciones de trabajo estresantes, la discriminación por género, la exclusión social y los modos de vida poco saludables, constituyen un riesgo para la salud mental. Existen además otros factores relacionados con la personalidad, psicológicos y de carácter biológico que hacen que unas personas sean más vulnerables que otras a padecer algún tipo de trastorno mental.

Las personas que conforman el colectivo salud mental se encuentran durante su proceso de recuperación con el obstáculo de los prejuicios sociales y la discriminación. Tanto las actitudes negativas hacia el trastorno mental como la dimensión estructural del estigma, reflejada en políticas públicas, leyes y otras disposiciones prácticas de la vida social, como por ejemplo, a nivel sanitario donde el trato no es igual para una persona con alguna

enfermedad cardiaca, que la atención a una persona que padece esquizofrenia, o a nivel judicial, con la vulneración de derechos, obstaculizando con ello el acceso pleno de las personas con trastorno mental a la ciudadanía (Vázquez y Stolkiner, 2009).

Se hace necesario reconocer el derecho de la persona con problemas de salud mental a ser la verdadera protagonista de su proceso de mejora y a construir, por sí misma, una vida con sentido con o sin síntomas psiquiátricos (AFES Salud Mental, 2017).

Las personas con problemas de salud mental precisan un tratamiento integral que atienda sus necesidades sanitarias, familiares, culturales, les preste apoyo social que les permita su integración sociolaboral y evite, siempre que sea posible, la segregación de la persona. Para ello, se debe desterrar la concepción medicalizada de la enfermedad mental y aprovechar los recursos de la comunidad.

Los principales problemas que, respecto a la atención que, recibida, tienen que afrontar las personas con problemas de salud mental y sus familias hacen referencia a la insuficiencia de recursos sociosanitarios y a las desigualdades territoriales, diferencias entre comunidades autónomas que no sólo hacen referencia a la dotación de recursos, que son mayores en las comunidades más desarrolladas, sino en lo que se refiere al modelo de atención de salud mental (Rodón & Fernández Egea, 2004).

A continuación, se mostrarán datos sobre la realidad de la salud mental, que apoyan la realización del presente proyecto de intervención familiar y que hacen referencia, sobre todo, a patologías como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, pues es el marco en el que se va a centrar el mencionado proyecto. De los datos aportados por los estudios de la Organización Mundial de la Salud se estima que cerca de 21 millones de personas en todo el mundo padecen esquizofrenia, y aproximadamente 60 millones de personas Trastorno Bipolar. Se calcula que en España existen entre 200.00 y 300.00 personas (1,5% de la población) afectadas de esquizofrenia (Rodón & Fernández Egea, 2004) y alrededor del 0,8 % de

Trastorno Bipolar (Sociedad Española de Psiquiatría, 2010). Se muestran, además otros datos de interés, extraídos de AFES Salud Mental (2017) en los que se expone que:

- Una de cada cuatro personas padece o padecerá un problema de salud mental.
- 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 10 hombres sufren depresión alguna vez, aunque ellos parecen buscar ayuda con menor frecuencia.
- Tener un trastorno mental multiplica de 2 a 3 veces el riesgo de sufrir la violencia que tenemos todas las mujeres.
- Se calcula que el 0,5% de la población española sufre trastorno bipolar y que afecta por igual a mujeres y hombres.
- Un 1% de la población experimentará esquizofrenia en algún momento de su vida.

Entre las necesidades más acuciantes de las personas que sufren un problema de salud mental, según IMSERSO (2005) se pueden encontrar:

- La necesidad de un diagnóstico certero que planifique el tratamiento más adecuado a las características de la enfermedad.
- La necesidad de información/formación a las personas afectadas y a sus familias, incluyéndolas en programas de intervención.
- Necesidad de un tratamiento integral eficaz, donde exista una coordinación real entre los servicios sociales y sanitarios.
- Necesidad de más unidades hospitalarias de media y larga estancia, donde se pueda atender a las personas con problemas de salud mental en crisis aguda, de manera integral, evitando episodios traumáticos para la persona, sus familiares y el resto del entorno.
- Necesidad de una inserción laboral sin obstáculos relacionados con el estigma social. Programas de empleo dedicados a las personas con problemas de salud, y a las empresas para concienciar sobre la valía y capacidades de las personas.



- La necesidad de romper con el estigma social sobre las personas que padecen algún tipo de trastorno mental, dejar atrás los prejuicios y mitos erróneos.

- Y, por último, aunque igual de importante que todas las necesidades anteriores mencionadas, la necesidad de dar apoyo no solo a las personas con problemas de salud mental, sino a sus familiares. Ante la aparición de la enfermedad, toda la vida familiar empieza a girar en torno a los requerimientos de la persona, produciéndose una redistribución de roles. Los problemas que acarrea la enfermedad mental son difíciles de afrontar debido al impacto emocional que sufre la familia y que se acentúa ante la carencia de información clara y completa que ayude a asumir la nueva situación. El miedo a las recaídas, las interdependencias afectivas con el cuidador, la sobrecarga de trabajo que hace que se descuiden otros aspectos de la vida del cuidador, depresión, síndrome del cuidador quemado, gastos extraordinarios, etc. son aspectos que precisan ayuda psicológica, social y económica.

Es precisamente en este punto en el que nos centraremos para la realización del proyecto. La familia desempeña un papel crucial en la evolución de la enfermedad y es un factor clave del pronóstico a corto, medio y largo plazo. Además, constituye un pilar sobre el que se apoyan las personas con problemas de salud mental, es el anclaje con la realidad y la seguridad. Normalmente la familia pasa por una serie de estados vitales alternantes, que fluctúan desde la negación de la enfermedad hasta la culpabilización (Rodón & Fernández Egea, 2004).

La familia representa el elemento de apoyo más eficaz para la integración de las personas con problemas de salud mental. Esta realidad implica la necesidad de apoyos específicos para cumplir adecuadamente su función. Es importante dar apoyo por parte de los profesionales para superar las dificultades que lleva la convivencia, prestar orientación y formación sobre la problemática de salud mental u otros temas que sirvan de apoyo para que puedan continuar con sus proyectos de vida personal, laboral y de ocio.

Las familias precisan de apoyo emocional proporcionado por profesionales para superar las dificultades que conlleva la convivencia continuada con una persona con enfermedad mental. Además, necesitan orientación y formación sobre temas de interés y otros apoyos para que puedan continuar con sus proyectos de vida personal, laboral y de ocio. Por todo ello es necesario un proyecto de apoyo a familias que responda de manera integral a todas las necesidades generadas.

Es por ello por lo que se ha enmarcado la realización de este proyecto en una Asociación para Familiares (ATELSAM) cuyo objetivo principal es promover y contribuir en la mejora de las personas con problemas de salud mental, así como de sus familiares. Es una ONG fundada en 1993 que tiene una misión clara, la defensa y promoción de los derechos de las personas con enfermedad mental y sus familias (I Plan de Salud Mental de Canarias, 2019). Para hacerlo posible cuenta con varios recursos (centros ocupacionales, centros de rehabilitación psicosocial, viviendas supervisadas, mini-residencias, atención domiciliar, etc.), un equipo de profesionales y voluntarios y además trabajan en coordinación con el Equipo Comunitario Asertivo (ECA) el cual está gestionado por el Servicio Canario de Salud y formado por psiquiatras, enfermeros/as y trabajadores/as sociales especializados en salud mental. Nuestro proyecto estará enmarcado dentro del Programa de Autonomía Personal, cuyo marco legal está vinculado a la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia que se encuentra dentro de la mencionada ley (ATELSAM, 2018). Pese a que la Asociación ya trabaja con familiares en el programa de Atención Familiar, la atención que se presta en los domicilios está únicamente destinada a la mejora de habilidades de la persona usuaria del servicio, no se realiza un trabajo conjunto con las familias. Esta realidad es la que se pretende cambiar con nuestro proyecto, pues como se ha expuesto con anterioridad, entre las necesidades detectadas se encuentra el apoyo a las familias. Trabajar habilidades familiares y resolución de conflictos favorece a crear un clima

familiar positivo y además ayuda a la persona usuaria al reducir el estrés que puede producirle las disputas familiares.

Se ha escogido la zona que hace referencia a la Unidad de Salud Mental de Ofra, y a diez personas usuarias del servicio, junto a sus familiares, abordándose aquellos aspectos que desde la Asociación y en coordinación con el Equipo Comunitario Asertivo se ha considerado relevante trabajar (autonomía, empoderamiento, habilidades sociales...)

### **3. Marco conceptual y teórico.**

#### **3.1 Contexto histórico.**

Para comprender las prioridades actuales respecto a las personas con enfermedad mental, es importante tener en cuenta algunos elementos de la perspectiva histórica.

El modo en que las sociedades han entendido a las personas con enfermedad mental ha ido variando a lo largo del tiempo. Este colectivo ha compartido con otros colectivos desfavorecidos un conjunto de problemas, tales como, la ignorancia, los prejuicios, el estigma, la falta de recursos y la insolidaridad. Han tenido que afrontar algunas peculiaridades importantes cuya implicación pasa desapercibida en la actualidad.

Según Guinea (2018), existen referencias a la “locura” en las civilizaciones humanas antiguas de las que existen documentación, como por ejemplo Grecia y Roma. En ellas, la enfermedad se asociaba mediante diversas formas de pensamiento mágico, a lo demoníaco o a lo sobrenatural. Asimismo, se hallan referencias en las culturas clásicas sobre tentativas de remedio o tratamiento para asistir a algunos de los enfermos, normalmente de clases sociales elevadas, aunque lo habitual solía ser permitirles vagar a su antojo mientras que no provocarían problemas sociales.

En la Edad Media, el pensamiento estuvo totalmente influido por las ideas religiosas y no existían criterios diferenciadores para estos enfermos. El tratamiento y las consecuencias sociales se basaban en remediar las necesidades más primarias bajo la idea de la caridad.

Asimismo, en la etapa de la ilustración, comenzaron a prepararse las condiciones para la llegada de la ciencia y la industria. Las sociedades se fueron volviendo más exigentes y complejas, y sus ciudadanos necesitaban un incremento de los conocimientos y las habilidades para poder realizarse de una manera óptima.

Guinea (2018) afirma que lo que en un principio se concibe como una masa indiferenciada de “pobres, ciegos, cojos, locos, etc.”, tras un largo proceso gradual, se fueron definiendo, según las connotaciones propias de cada sociedad y época, diferentes colectivos para caracterizar y distinguir clases entre la masa de indigentes y necesitados. Al mismo tiempo y a medida que los Estados mejoraron y se especializaron, surgían las instituciones.

A pesar de que podemos deducir que algunos comportamientos anómalos de ciertos personajes excéntricos de textos clásicos o de alguno de los perseguidos por la Inquisición eran realmente fruto de síntomas de trastorno mental, no es hasta principios del siglo XIX cuando en Francia e Inglaterra se empieza a conformar una idea de la esquizofrenia y otros trastornos mentales (Rodón & Fernández Egea, 2004).

A consecuencia de estas nuevas ideas, surgió el llamado Manicomio, como institución especializada. Su creación responde a una mezcla de circunstancias y de los prejuicios del momento respecto a las personas con problemas de salud mental. A su vez, el progresivo desarrollo de las prácticas médicas basadas en el prestigio de lo científico, aportaron argumentos intelectuales que sirvieron de aval en la historia de toda clase de prácticas aplicadas a los enfermos. Se sostuvo hasta mediados del siglo XX la idea de la adecuación del Manicomio, que se apoya implícitamente en la creencia de la incurabilidad de esta enfermedad, los miedos ancestrales a la locura, los deseos de mantener el control social, entre otras (Guinea, 2018). La evolución histórica del Manicomio condujo al desarrollo de instituciones muy grandes que llegaron a albergar a varios miles de enfermos en verdaderas comunidades de la locura, en condiciones generalmente precarias que cumplían su función de

contener y custodiar al precio de asumir condiciones de vida miserables. Además, no solo eran ineficaces para conseguir alguna mejoría, sino que resultaban en realidad perjudiciales y se convertían en lugares de no retorno para los enfermos.

En la segunda mitad del siglo XX, se originó un cambio de paradigma en la atención a estos enfermos debido a tres factores independientes: la medicina hizo progresos importantes, el movimiento en pro de los Derechos Humanos y en la definición de la recién creada OMS (Organización Mundial de la Salud) se incorporaron componentes sociales y de bienestar relacionados con la salud mental. Estos condicionantes, dieron lugar al movimiento conocido como la Reforma Psiquiátrica, que dio lugar a una corriente mundial desde diferentes disciplinas (la medicina y la psicología, la sociología, la antropología). Bajo esta nueva corriente, se denunció la situación de desamparo, abandono, estigmatización y precariedad en la que se encontraba el colectivo de personas con enfermedad mental en todo el mundo (Rodón & Fernández Egea, 2004).

A raíz del surgimiento de estos movimientos, muchos países comenzaron a reformar su sistema de atención a las personas con problemas de salud mental. Como resultado de estas iniciativas ha sido el proceso hacia la progresiva toma de conciencia de la necesidad de completar las reformas que se han ido produciendo en todo el mundo, tales como: la revisión y reformas en los servicios y sistemas de atención, el incremento de los recursos humanos y materiales, el establecimiento de nuevas líneas en la investigación, la modificación de los marcos legislativos, aparición de nuevos consensos, creación y desarrollo de organizaciones de familiares y de usuarios con el reconocimiento de su necesaria implicación en la revisión y redefinición de los servicios, etc. (Guinea, 2018). En definitiva, todas las medidas irán encaminadas al empoderamiento de las personas que sufren problemas de salud mental, a la reducción del estigma en todos los niveles, a la participación en la creación de políticas públicas, todo ello con la intención de evitar la institucionalización, llevando a cabo una

atención integral de las personas usuarias en todos los aspectos vitales (Confederación Salud Mental España, 2016).

Para poner en contexto este trabajo, es necesario hacer referencia a una serie de términos relacionados con la temática principal del documento, la salud mental:

### **3.2 Concepto de Salud.**

Según la Organización Mundial de la Salud, (2019), “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

#### **¿Qué es la salud mental?**

La salud mental tiene relación con toda actividad relacionada con el bienestar mental, sea de manera directa o indirecta. Tiene relación con la promoción del bienestar, la prevención de los trastornos mentales y la rehabilitación de las personas que los padecen. Según la Organización Mundial de La Salud (2019), la salud mental se define como “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

#### **¿Qué se entiende por Trastorno Mental?**

Los trastornos mentales son variados y se manifiestan de formas distintas. Suelen caracterizarse por una combinación de alteraciones, pueden ser de pensamiento, percepción, conducta, relacionales y emocionales. Existe, para combatirlos, una serie de tratamientos y medidas que alivian el sufrimiento de las personas que lo padecen. Medidas no sólo relacionadas con la atención médicas, también se relacionan con los servicios y el apoyo sociales (Organización Mundial de La Salud, 2019).

Hay múltiples trastornos mentales, como ya se expuso anteriormente, entre ellos se incluye la depresión, los trastornos por ansiedad, las demencias, psicosis, discapacidades

intelectuales o trastornos del espectro autista. Dentro de la tipología de trastornos mentales, además, se encuentra el trastorno afectivo bipolar y la esquizofrenia. En estos dos últimos trastornos mentales son en los que se va a centrar el presente trabajo y a continuación se expondrá las características principales de cada uno de ellos.

### **3.3 Esquizofrenia.**

La esquizofrenia es un trastorno que afecta a la manera de pensar, sentir y actuar con las personas. Es crónico y grave y, aunque no es tan frecuente como otros trastornos, afecta a 7 u 8 personas de cada 1000 (National Institute of Mental Health, 2015).

Las personas que lo padecen suelen escuchar o ver cosas que no están. Tiene ideas relacionadas con que otras personas les pueden leer su mente, controlar los pensamientos o hacerles daño. Según Cañamares, Castejón, Florit, González, Hernández y Rodríguez (2008) los síntomas habituales de las personas con esquizofrenia suelen clasificarse de la siguiente manera:

- *Alucinaciones*: alteración de la percepción. Las más frecuentes son las auditivas, las personas con esquizofrenia escuchan voces, que les hablan. También existen las alteraciones olfativas, gustativas y táctiles.
- *Delirios*: son ideas que no son aceptadas por los demás. Son difíciles de razonar con quienes las tienen pues no dudan sobre ellas. Los delirios más frecuentes tienen que ver con persecuciones, poderes especiales...
- *Emociones inadecuadas*: incongruencia entre la situación que se está viviendo y la emoción expresada e incluso dificultad para comprender las emociones de los demás.
- *Retraimiento social*: tendencia al aislamiento, al abandono de las relaciones sociales y familiares habituales.

Los síntomas anteriormente expuestos suelen además clasificarse en síntomas positivos o negativos. Los positivos implican que, tras la aparición de la enfermedad, se da algo que antes no se daba, dentro de ellos se encuentran las alucinaciones y los delirios; los síntomas negativos, al contrario, están relacionados con aquellas conductas que existían antes de la enfermedad y que disminuyen una vez aparece la enfermedad como, por ejemplo, el deterioro en la motivación (Parella y Fernández, 2004).

A continuación, se hará una mención explicativa sobre los diferentes tipos de esquizofrenia según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V (2013):

- *Esquizofrenia Paranoide*: como característica principal se encuentra la presencia de ideas delirantes y alucinaciones auditivas. Estas ideas delirantes suelen tener que ver con la sensación de persecución, de perjuicio o ambas. Las alucinaciones están relacionadas con frecuencia con la temática delirante. Además de los delirios y las alucinaciones, se suelen dar otros síntomas asociados como la ansiedad, la ira, el retraimiento social...
- *Esquizofrenia Desorganizada*: el lenguaje y comportamiento desorganizado, así como las alteraciones emocionales marcadas, son las características tipo. Pueden existir, además, ideas delirantes y alucinaciones, pero no suelen estar asociadas a una temática coherente como en el caso anterior. Entre los síntomas asociados se encuentran las muecas, los manierismos (exageración en los movimientos) y otras rarezas del comportamiento.
- *Esquizofrenia Catatónica*: la característica principal es una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, mutismo, entre otras. Aparentemente la actividad motora excesiva carece de propósito y no está vinculada a estímulos externos. Oscila entre el mantenimiento de una postura



rígida en contra de cualquier intento de ser movido, hasta la adopción de posturas raras o inapropiadas.

- *Esquizofrenia Indiferenciada*: cuando no reúne los criterios de los tipos anteriores o presenta varios de ellos.

### **3.4 Trastorno bipolar.**

Es un trastorno poco frecuente comparado con otros como la depresión, que son más fáciles de diagnosticar. Esto se debe posiblemente a que en los estados hipomaniacos los pacientes no tienen conciencia del cambio ni se sienten enfermos. Por lo tanto, el reconocimiento de este trastorno tiende a ser poco detectado. Según González (2008), es un trastorno del estado de ánimo de larga evolución, en el que los episodios depresivos se ven interrumpidos por la aparición de otros episodios caracterizados por un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable. Es un trastorno orgánico, crónico y que precisa un tratamiento farmacológico que regule el funcionamiento de los neurotransmisores cerebrales. Produce una importante cronicidad con el consiguiente deterioro social y laboral. Aunque la manifestación clínica de este trastorno varía dependiendo de los pacientes, la presencia de los dos polos del síntoma manía y depresión, constituye el rasgo característico de la enfermedad.

El diagnóstico se realiza bajo criterios puramente clínicos, con lo que esto conlleva que estén sujetos a la interpretación del profesional, y la controversia que puede surgir del mismo. Existe una clasificación, basada en los criterios del DSM-V y CIE 10, que nos habla de:

- *Trastorno bipolar tipo I*: es la forma clásica y su rasgo diferencial es la presencia de manía.
- *Trastorno bipolar tipo II*: en este se combina la aparición de episodios depresivos mayores con hipomanías.

- *Trastorno bipolar tipo III*: se asigna a pacientes con antecedentes familiares de trastorno bipolar que presentan depresión e hipomanías únicamente durante el tratamiento antidepresivo.
- *Episodios afectivos mixtos*: con síntomas maníacos y depresivos al mismo tiempo.
- *Trastorno ciclotímico*: con periodos que comportan síntomas hipomaníacos y periodos que comportan síntomas depresivos, pero con la particularidad de que ni los unos ni los otros tienen la gravedad como para hablar de una fase hipomaníaca o de una fase depresiva (González, 2008).

### **3.5 La Estigmatización en Salud Mental.**

El estigma es una barrera para la integración social de las personas que padecen algún tipo de problema de salud mental. En múltiples ocasiones se ven obligados a enfrentarse, no solo a la sintomatología propia de la enfermedad que padecen, sino, que además deben hacer frente al estigma que sufren. Desde el I Plan Canario de Salud Mental 2019-2023, la reducción del estigma es una de las líneas de actuación más mencionadas, en donde se hace hincapié en la importancia de crear políticas antiestigmatizantes y en trabajar en la reducción del estigma mediante campañas que rompan con los mitos existentes sobre esta temática (Plan de Salud Mental de Canarias, 2019-2023).

Es importante en este documento entender el concepto de estigma, pues es una realidad con la que conviven prácticamente todas las personas con problemas de salud mental, más aún si entre las patologías se encuentran el trastorno bipolar o la esquizofrenia, como es nuestro caso. Es imprescindible, a la hora de trabajar con las familias y las personas afectadas, tener el estigma presente, detectar aquellas situaciones donde aparezca y reducir así sus consecuencias.

El estigma es definido como un “*atributo que es profundamente devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo*” (Goffman, 1963). Otra definición que

complementa la primera es *“característica de la persona que resulta contraria a la norma de una unidad social, considerando como “norma” una creencia compartida dirigida a comportarse de una forma determinada en un momento preciso”* (Stafford y Scott,1986). Dentro del fenómeno del estigma, según refieren Arnaiz y Uriarte, (2006), encontramos los estereotipos, los prejuicios y la discriminación, elementos que por separado no tienen el mismo efecto negativo, pero que al unirlos forman una barrera complicada de romper, más aún si encontramos elementos de desnivel, haciendo referencia a las diferencias según las relaciones de poder. La persona con problemas de salud mental se encontraría en el escalón social más bajo, y una persona sana en el escalón alto, tendiendo con ello a mirar de forma diferente a quien sufre la patología y creyéndonos con más razón o poder que ellos, cuestiones que son sumamente importantes, pues se reduce la autoestima y la autonomía de la persona, al creerlas menos capaces únicamente por padecer una enfermedad mental.

Hay que destacar que el estigma no solo es un fenómeno a nivel social, está latente también en las familias con algún miembro con problema de salud mental e incluso, en la propia persona que lo padece, fenómeno conocido como autoestigma (Arnaiz & Uriarte, 2006). Las personas con problemas de salud mental se sienten discriminados por el hecho de sufrir una enfermedad mental y esta realidad suele estar muy arraigada a estereotipos de peligrosidad e incompetencia. Para evitar este rechazo, suelen ocultar su enfermedad o aislarse socialmente, hecho que se relaciona directamente con las dificultades laborales y relacionales. En lo referido a los/las familiares de personas con enfermedad mental se destaca que presentan un nivel de conocimiento de la enfermedad similar al del resto de la población general, realidad que afecta a las personas con problemas de salud mental, pues sus familiares en ocasiones actúan sobreprotegiéndolos debido al desconocimiento sobre la enfermedad o por considerarlos personas frágiles (Muñoz, Pérez, Crespo, y Guillén,2009). El autoestigma, tiene que ver con la percepción que tienen sobre sí mismos, debido al contacto con la

sociedad, al rechazo que perciben y la aceptación de esto como algo propio y verídico (Livingston & Boyd, 2010). El estigma es una realidad vigente ya sea producto del desconocimiento, por cultura, por miedo o por múltiples factores relacionados unos con otros. En un estudio sobre estigma y discriminación, Marcel Balasch, (2016) expone que el estigma es un fenómeno complejo y diverso que toma diferentes formas según su contexto y las relaciones que se dan en él. Presenta datos cuantitativos sobre la relación entre estigma y salud mental, encontrándonos con datos significativos, como que aproximadamente un 77% de las personas con un trastorno mental han padecido discriminación. En lo referente al ámbito familiar, que es el que nos ocupa en este proyecto, destacan varias conclusiones como el hecho de que, en ocasiones la familia convierte en tabú lo relacionado con la enfermedad o utilice la sintomatología para desacreditar y subestimar a su familiar con la problemática de salud mental, utilizando las opiniones como si fueran fruto de los delirios o con la falta de criterio lógico. Igualmente, las personas con trastornos mentales también exponen que han vivido situaciones de rechazo, evitación y alejamiento por parte de la familia nuclear.

En definitiva, la familia juega un papel importante en la autopercepción y en la apariencia del autoestigma. El trato basado en la omisión, el distanciamiento, la desacreditación o la sobreprotección lo potencian, por lo que es imprescindible actuar desde la raíz del problema, con las personas usuarias y con sus familiares, para lograr el empoderamiento y desde el movimiento de primera persona, es decir, en donde las personas con problemas de salud mental toman decisiones sobre sí mismos, hacer valer sus actitudes y capacidades y romper, por tanto, con los estereotipos, los prejuicios y la discriminación que vienen sufriendo durante toda la historia de la psiquiatría.

### **3.6 Salud mental y familia.**

Según Builes y Bedoya (2008), *“la familia se ha concebido como un sistema relacional con características propias y como un subsistema social en permanente relación*

*coevolutiva con otros sistemas sociales: comunidad, país, economía, medios de producción y comunicación, políticas estatales y mundiales, entre otros. Alimentadas de esta visión, las perspectivas contemporáneas caracterizan a la familia por su diversidad, relatos y creencias. Por esto, hoy no pareciera posible hablar de la familia, sino de las familias, conformadas por personas que pueden o no convivir en el mismo lugar, conectadas fundamentalmente por lazos afectivos de cuidado y protección, mediados por el lenguaje, además de lazos consanguíneos o legales...”.*

Históricamente, la familia tenía estrictas ataduras que la unían con las generaciones pasadas y futuras. En su vida diaria, la gente debía mantenerse muy unida a la historia familiar, por lo cual debían honrar a los antepasados. Hoy, estas ataduras se han ido aligerando. Builes y Bedoya (2008), afirman que el sentimiento y la comunicación se han convertido en elementos reguladores de los intercambios familiares, con consecuencias positivas para el clima familiar y la salud mental. En la actualidad, el amor, el afecto, la cercanía y la relación se proponen como pilares del conocimiento familiar. Van quedando en el pasado los modelos que se basaban en una disciplina estricta, que en los cuales se pensaba que escuchar a los hijos alienta a su tiranía e ingratitud en un futuro, y donde hay que demostrar autoridad si se quieren forjar caracteres templados.

Al profundizar en la relación entre la salud mental y la familia, durante muchos años se pensaba que el sistema familiar era la raíz de todo mal y se acusaba a las familias de abusar inadvertidamente de sus descendientes. Sin embargo, en la actualidad la percepción de la familia ha variado, pasando de ser la “raíz de todo mal” a ser un factor protector.

A continuación, se van a exponer diferentes investigaciones/experiencias sobre el papel de la familia en el proceso de recuperación. Según Falloon (2003), un grupo de psiquiatras y antropólogos sociales del Instituto de Investigación Palo Alto en California que estudiaban el tratamiento familiar, pasaron un tiempo considerable con las familias y trataron

de ayudarlos a corregir los defectos relacionados con la comunicación familiar y los roles que se encontraban. Se abrió una unidad especial en los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) en Bethesda, donde familias enteras vivieron durante dos años, con reuniones periódicas para estudiar sus estilos de comunicación cuando se enfrentan a problemas cotidianos. El simple hecho de convocar reuniones familiares de forma regular, donde se alentaba a las familias a hablar abiertamente sobre su estrés y tratar de encontrar soluciones a sus problemas más acuciantes, a menudo parecía tener un impacto terapéutico sustancial.

Casi al mismo tiempo, un equipo de sociólogos y psiquiatras sociales británicos comenzó a estudiar el resultado de reubicar a los residentes de hospitales mentales a largo plazo en entornos comunitarios. Dirigidos por Brown y Wing (2003), señalaron que uno de los factores predictivos del reasentamiento exitoso fue el entorno interpersonal de los hogares donde residían los pacientes. Los peores resultados se dieron en los albergues donde se proporcionó poca calidez y apoyo. Pero la siguiente peor situación fue en hogares donde los pacientes vivían con familiares cercanos, como padres o cónyuges.

Afortunadamente, no todos los que estudiaron esta temática llegaron a la conclusión de que la mejor manera de avanzar era buscar alternativas a la atención familiar para las personas con trastornos mentales graves. Un pequeño grupo dirigido por Robert Liberman (1993) tomó una dirección diferente que tenía como objetivo ayudar a aquellas familias que estaban agobiadas y estresadas por el cuidado de sus familiares, pudiendo con ello demostrar la parte positiva que tiene el apoyo familiar en el pronóstico de los pacientes. La educación detallada sobre la naturaleza de los trastornos mentales, su tratamiento y la resolución práctica de problemas familiares relacionados con las dificultades cotidianas resultó satisfactoria para la mejora de los síntomas de los pacientes y sus dificultades interpersonales (Falloon, 2003).

Siguiendo esta línea de actuación, en la que se toma a la familia como elemento protector encontramos diversos modelos en los que se interviene con los familiares para tratar aquellas cuestiones que les preocupan. Es sabido que la participación del paciente y de sus familiares es decisiva para una evolución positiva de la enfermedad (Lieberman, 1993).

Entre la diversa bibliografía que existe al respecto, hemos escogido el modelo finlandés de Diálogo Abierto, desarrollado por Jakko Seikkula y colaboradores (2006), por su enfoque familiar, por lo novedoso que aporta, así como por los resultados favorables (anexo 1) que ha tenido tras su implementación en Laponia, en donde muchas personas han dejado de tomar medicación antipsicótica, se ha reducido el número de episodios psicóticos e incluso la incidencia de nuevos casos de esquizofrenia en la mencionada región (Montaña, 2018).

Es un modelo que se asemeja a una intervención grupal, con la diferencia de que nadie guía la sesión. Es el propio usuario/a quien solicita la cita, y es también quien decide quién acudirá al encuentro y dónde se realizará (Seikkula y Trimble, 2005). La máxima en este modelo es el diálogo abierto y libre, donde cada uno de los integrantes expresa sus pensamientos, en donde los familiares forman parte del grupo y son aliados en las intervenciones y en donde la persona usuaria tiene la oportunidad de actuar, decir y hacer aquello que crea conveniente, sin seguir unos cánones establecidos por una figura jerarquizada, como puede ser el psiquiatra, el terapeuta, o el profesional encargado de la sesión. Lo interesante de este modelo es que se debe activar sin que hayan pasado 24 horas del episodio psicótico del usuario y se distribuye en 7 fases o principios: la intervención inmediata, la participación de la red sociofamiliar (escogida por el usuario), la flexibilidad y movilidad del equipo (disponibles 24 horas), la responsabilidad y el trabajo en equipo (nunca se hablará del usuario/a sin estar presente, pero se organizará las sesiones en base a como se vaya viendo la evolución del usuario/a), la continuidad psicológica, la tolerancia a la incertidumbre y las más importante, el diálogo (Parrabera, 2018).

En definitiva, es un modelo pionero que trabaja el contexto real de la persona y no en uno institucionalizado, aborda los problemas de salud mental específicos e individuales, así como los temas que le preocupan e interfieren en su recuperación. Es un modelo que permite a la persona hablar de su psicosis sin cuestionarla y lo hace teniendo en cuenta el contexto familiar, haciéndolo partícipe del proceso de recuperación

### **3.7 Modelo Teórico de Intervención**

Para que sea posible la realización del proyecto de manera efectiva, hemos escogido el modelo de la Psicoeducación Familiar. Anderson y sus colaboradores (1986) han desarrollado un acercamiento hacia el tratamiento familiar, en donde el punto de partida básico sobre el que se sustenta el modelo reside en la concepción de la enfermedad mental desde el modelo de la vulnerabilidad. Este modelo, se articula bajo tres variables: el ambiente externo, la conducta del individuo y el sustrato biológico. Los episodios psicóticos surgen como reacción ante una situación límite en el individuo, este modelo explica el curso del trastorno en función de los estímulos ambientales externos, los marcadores de vulnerabilidad, las etapas intermedias en las que se está realizando el trabajo con las familias y las conductas resultado, una vez finalizado el tratamiento familiar (Cañamares, Castejón, Florit, González, Hernández y Rodríguez, 2008). Se parte de la idea de que sea cual sea la causa de la esquizofrenia o el trastorno bipolar, los pacientes que la padecen tienen un déficit psicológico nuclear que parece incrementar su vulnerabilidad. La interacción de dicha vulnerabilidad con las dificultades familiares y la emoción expresada probablemente genera un proceso en espiral, así, la vulnerabilidad a los estímulos da como resultado la aparición de síntomas que disparan la reacción de los familiares, que a su vez repercute en el paciente y así sucesivamente (Ferrera, 1990).

El modelo de Anderson, creado en 1986, atraviesa cuatro fases que se describen secuencialmente, pero que de hecho se solapan:



**Fase 1: conectando con la familia:** esta fase empieza lo más pronto posible. Se trata de establecer desde el comienzo una alianza con la familia, para lo que se crea un clima que favorezca su receptividad a la intervención. Se reúne a la familia para conocer su reacción ante el trastorno del paciente, cómo ha sido su forma de afrontarlo en el pasado y en la actualidad, y conocer cuáles son sus necesidades y problemas actuales. Una vez que la familia ha empezado a formar una relación con los profesionales, estos la mantendrán informada sobre la rehabilitación y a la vez se asegurarán de que sus preocupaciones y necesidades son incorporadas a la planificación.

**Fase 2: “Taller” de habilidades de supervivencia:** esta segunda fase es propiamente la fase psicoeducativa, ya que en ella se ofrece a la familia información sobre la naturaleza del problema de salud mental que padece su familiar. Con ello se pretende disminuir su ansiedad y mejorar así el clima familiar. En primer lugar, se realiza un encuentro con las familias sin los usuarios, ya que de este modo se pretende disminuir el aislamiento y desensibilizarles ante el tema de la enfermedad mental, en segundo lugar, se realiza un encuentro con los usuarios para conocer las inquietudes que puedan tener y, por último, se unifican a las familias con los usuarios y se comienza la intervención familiar. Un aspecto básico es la creación de un clima informal que permita a los familiares hacer todas las preguntas que deseen, por lo que será un proceso participativo en contextos informales, donde podrán interactuar fluidamente unos con otros, por lo que, se realizaran sesiones en primera persona. Utilizando un lenguaje comprensible, se les ofrece información sobre las principales cuestiones acerca de la esquizofrenia y el trastorno bipolar (fenomenología, aparición, tratamiento, curso, pronóstico...). Otro tema importante que es abordado es el de cómo tratar con las personas que padecen estos problemas. A este respecto se les proporcionan estrategias que pueden utilizar para facilitar el progreso del familiar, ayudarle a evitar descompensaciones y disminuir sus propias tendencias a reaccionar emocionalmente

ante sus cambios de conducta. Se les transmite el mensaje de que no existe evidencia de que las familias causen las esquizofrenias, mientras que si tienen la capacidad de influir en su proceso. Se les informa de la vulnerabilidad del paciente ante las tensiones interpersonales, destacando que la comunicación conflictiva, vaga o excesivamente compleja y la ausencia de límites intergeneracionales e interpersonales constituyen realidades difíciles de manejar para la persona que padece el problema de salud mental.

Finalmente, se pone énfasis en que la familia recupere las rutinas habituales, en la medida de lo posible, y aprenda a vivir con el trastorno, sin que este gobierne sus vidas. Así, se les anima a recuperar sus actividades sociales, a que sigan prestando atención a las necesidades de todos los miembros de la familia y a que compartan sus dificultades con otras personas, para evitar sentirse exhaustos en sus esfuerzos.

**Fase 3: la reincorporación a la comunidad y la aplicación de los temas del “taller”.** En esta fase se comienza a trabajar juntamente con la familia y el usuario, donde se realizan sesiones para ver el modo de llevar a la práctica lo aprendido en la anterior fase. Se incluyen sesiones regulares y sesiones de crisis. El objetivo central consiste en aplicar los temas que anteriormente habían sido tratados en el “taller”, poniendo un énfasis especial en el reforzamiento de los límites familiares tanto interpersonales como intergeneracionales y en que el paciente vaya asumiendo gradualmente responsabilidades. En esta tarea son de gran importancia los pequeños éxitos y su refuerzo, la disminución de las expectativas respecto al nivel de ejecución del usuario y el planteamiento de pequeñas metas a conseguir de una en una. El principal problema que se puede plantear en este periodo es la falta persistente de motivación y energía de la persona. Para contrarrestarlo, se ofrece a la familia un fuerte apoyo y se intenta que sus expectativas sean más ajustadas a las capacidades reales del usuario en ese momento.

**Fase 4: Rehabilitación social y profesional.** Es una continuación de la fase anterior. Las sesiones han de estar estructuradas y los contenidos claramente operativizados. Se organizan tres tipos de actividades coordinadas e implementadas de forma progresiva:

- Actividades sociales y de ocio dirigidas a reintegrar en la comunidad al familiar afectado por el problema de salud mental.
- Actividades que permitan recuperar, a cada uno de sus familiares, una vida social no mediatizada de continuo por la problemática.
- Actividades que permitan una cohesión familiar y un apoyo mutuo, desde el diálogo abierto.

(Ferrera, 1990).

#### **4. Objetivos De La Intervención:**

##### **4.1 Objetivo general del plan de referencia:**

- Dentro del I Plan De Salud Mental De Canarias 2019-2023, en su Línea Estratégica 3: Atención a las personas con trastornos mentales, encontramos el objetivo general en el que nos apoyaremos para nuestro proyecto y el cual, se expone a continuación:  
*“Establecer un modelo de atención en el cual las personas con Trastorno Mental Grave y sus familiares sean el eje central, en un contexto de respeto a la autonomía y de toma de decisiones compartida”.*

##### **4.2 Objetivos específicos:**

- Mejorar la satisfacción de las personas con Trastorno Mental Grave y sus familias, mediante el uso de buenas prácticas, el respeto de su autonomía, derechos, dignidad, y la promoción del empoderamiento. (I Plan De Salud Mental De Canarias 2019-2023).
- Potenciar la atención a familias de personas con Trastorno Mental Grave. (I Plan De Salud Mental De Canarias 2019-2023).

- Atender las necesidades básicas del usuario y sus familiares. (Objetivo programa de Atención Domiciliaria Especializada, Asociación ATELSAM).

#### **4.3 Objetivos operativos:**

- Lograr que un 50% de los participantes del proyecto participen en las sesiones propuestas.
- Proporcionar a 10 familias información sobre temas relacionados con la enfermedad mental abordando conceptos clave teóricos, recaídas, actuación ante una crisis y medicación, mediante charlas informativas y resolución de dudas.
- Efectuar al menos 2 sesiones educativas con la persona usuaria y sus familiares sobre la reducción del estigma, conociendo la percepción que tienen del concepto mediante dinámicas relacionadas.
- Realizar mínimo 10 sesiones por familia que participa en el proyecto en donde los participantes sean capaces de exponer sus opiniones, miedos e inquietudes sobre los problemas más acuciantes respecto al problema de salud mental de su familiar y trabajar sobre ellos.
- Establecer 2 acuerdos por familia sobre aquellos aspectos relacionados con el empoderamiento y la cohesión familiar que favorezcan relaciones familiares positivas, desde el respeto y la comprensión.
- Conseguir que el 40% de los participantes formen parte del grupo de ayuda mutua de la Asociación para continuar trabajando sobre empoderamiento y reducir el aislamiento social tras la finalización del proyecto.
- Realizar un vídeo de sensibilización para la lucha contra la estigmatización que sufre el colectivo de personas con problemas de salud mental realizado por las familias.

## **5. Participantes.**

Los/as participantes del proyecto deberán ser personas usuarias de la Asociación ATELSAM, la cual ofertará las plazas para la realización del proyecto.

Es nuestro caso, se han escogido a 10 usuarios/as que pertenecen a la Unidad De Salud Mental de Ofra. En concreto, 5 mujeres y 5 hombres cuyas edades oscilan entre los 22 años y los 56.

Para poder beneficiarse del proyecto es requerido un diagnóstico clínico demostrable de Trastorno Bipolar o Esquizofrenia.

## **6. Método.**

En nuestro caso y teniendo como guía el modelo de Anderson, descrito por Ferrera (1990), el punto de partida básico sobre el que se sustenta la intervención reside en la concepción de la enfermedad mental desde el modelo de la vulnerabilidad. Se ha escogido este modelo, pues se trabaja, como se ha expuesto en el marco teórico, con las tres variables fundamentales (el ambiente externo, la conducta del individuo y el sustrato biológico) y en especial con los factores ambientales. Se pretende trabajar sobre aquellos estímulos externos que resulten estresores para las personas usuarias y es por ello, que se propone trabajar con las familias y aquellos conflictos que puedan suponer un factor de riesgo para el usuario.

La manera en que se abordará la ejecución del proyecto será mediante sesiones grupales familiares, moderadas por los/as trabajadores/as sociales. Estas sesiones partirán de varias actividades informativas, seguidas de psicoeducativas, hasta llegar a una sesión de cierre, donde se reunirán a todas las familias realizando una actividad conjunta a modo de encuentro.

Las sesiones están destinadas a las personas usuarias del servicio y sus familiares directos; se realizarán sesiones conjuntas en donde participarán todas las familias unidas (sesiones de información teórica), otras más individualizadas, en las cuáles se unirá a dos

familias para trabajar elementos específicos del proyecto como, por ejemplo, el estigma y otro tipo de sesiones individuales, es decir, solo un núcleo familiar, en las que se trabajarán elementos específicos de la familia.

Para que las intervenciones sean positivas, queremos que las sesiones se desarrollen en un clima informal que permita a las familias hacer todas las preguntas que deseen, siendo un proceso participativo en contextos informales, donde podrán interactuar fluidamente unos con otros. Además, se contará con la participación de una persona con problemas de salud mental que actualmente se encuentran empoderada, utilizando su testimonio en primera persona como ejemplo de superación, aportando una visión más optimista del futuro.

Es importante destacar que la participación en el proyecto será voluntaria y las demandas familiares escuchadas e implementadas en las sesiones, aunque no se hayan previamente planificado, siempre y cuando se consideren favorables para las familias y tengan vinculación con los objetivos del proyecto.

El proyecto se basa en el modelo de Anderson y está formado por cuatro fases que se describen secuencialmente, pero que se solapan una con otras. Siguiendo esta línea, se ha añadido una fase extra que consideramos importante, por lo que el método de intervención estará distribuido de la siguiente forma:

**Fase 1: conectando con la familia:** es la fase inicial y una de las que posee mayor importancia, ya que en ella se trata de establecer desde el comienzo un vínculo con la familia. Se inicia mediante una reunión informal con las familias con las que se va a intervenir, para conocer su reacción ante el trastorno del paciente, cómo ha sido su forma de afrontarlo en el pasado y en la actualidad, conocer cuáles son sus inquietudes y problemas actuales y presentarles el proyecto. Una vez que la familia y los profesionales han empezado a crear un ambiente de confianza, se puede comenzar a pensar en la siguiente etapa.

**Fase 2: “Taller” de habilidades de supervivencia:** esta es la fase psicoeducativa. Se realiza un encuentro con las familias y los usuarios, mediante pequeñas dinámicas, en las cuales participarán todas las familias partícipes del proyecto, en ocasiones de manera individual (familias por separado) o colectivamente (todas las familias unidas), donde se abordarán las necesidades más acuciantes, como, por ejemplo, las actuaciones en situaciones de crisis y recaídas. Con ello se pretende disminuir su ansiedad y mejorar así el clima familiar.

**Fase 3: la reincorporación a la comunidad y la aplicación de los temas del “taller”.**

En esta fase se continúa el trabajo conjunto (usuarios más familiares de manera individualizada), donde se realizarán sesiones para ver el modo de llevar a la práctica lo aprendido en la anterior fase. El objetivo central consiste en aplicar los temas que anteriormente habían sido tratados en las sesiones, poniendo un énfasis especial en el reforzamiento de los límites familiares y en que el usuario vaya asumiendo gradualmente responsabilidades.

**Fase 4: Rehabilitación social y profesional.** Las sesiones se organizarán en base a tres tipos de actividades coordinadas e implementadas de forma progresiva:

- Actividades informativas sobre los problemas de salud mental.
- Actividades que trabajen la reducción del estigma y autoestigma, y fomenten el empoderamiento.
- Actividades que permitan una cohesión familiar y un apoyo mutuo, desde el diálogo abierto.

**Fase 5: continuación del tratamiento o “desenganche”.** Es la fase final. Una vez que el usuario y la familia han conseguido total o parcialmente los objetivos básicos de la intervención, se llega a este punto en el que se ofrecen a la familia dos opciones:

- Participar en terapia familiar para afrontar conflictos o asuntos pendientes sin resolver.
- Posibilidad de asistir al grupo de ayuda mutua y reforzar los conocimientos sobre empoderamiento.

Ambas opciones serán coordinadas por la Asociación ATELSAM.

En cada una de estas fases se realizarán actividades para cumplir con los objetivos planteados. Como se ha citado anteriormente, las fases no están diferenciadas, se solapan unas con otras, por lo que las actividades pertenecen a más de una fase. Estas actividades se han agrupado en bloques diferenciados:

- *Bloque I Preparación del proyecto*: en el mismo se realizarán las tareas de búsqueda de información, preparación, presentación y contacto. Asimismo, también pertenece a las actividades indirectas

- *Bloque II actividades de información*: dentro de este se encuentran las dinámicas de “toma de contacto” e “Informa-Te”.

- *Bloque III actividades sobre la estigmatización*: compuesto por “ideas iniciales sobre el estigma”, “profundizando en el estigma” y “tu película”.

- *Bloque IV actividades relacionadas con el empoderamiento*: compuesto por las dinámicas “soy capaz”, “rompiendo mitos” y “empodérate”.

- *Bloque V actividades basadas en el Diálogo Abierto*: formado por la actividad “hablemos”, la cual se repetirá en 3 ocasiones.

- *Bloque VI cierre de las actividades*: en él se encuentra la sesión con la que se clausura el proyecto denominada “vamo’ a divertirnos”.

- *Bloque VII evaluación del proyecto*: en el cual se ejecutará la evaluación de este, mediante una metodología mixta (cualitativa y cuantitativa).



Por lo que dentro de *la fase 1, conectando con la familia*, se incluye el bloque II de actividades (“toma de contacto e “Informa-te”); la *fase 2, taller de habilidades de supervivencia*, estará formada por las actividades del bloque II (“toma de contacto e “Informa-te”), bloque III (“ideas iniciales sobre el estigma”, “profundizando en el estigma” y “tu película”) y bloque IV (“soy capaz”, “rompiendo mitos” y “empodérate”); la *fase 3, la reincorporación a la comunidad y la aplicación de los temas del taller*, estará compuesta por los bloques III y IV, además del bloque V (“hablemos”); la *fase 4, Rehabilitación social y profesional*, compuesta por las actividades del bloque II al V y la *fase 5, continuación del tratamiento o “desenganche”*, integrada por el bloque VI (“vamo’ a divertirnos).

### 7. Actividades

<b>ACTIVIDADES</b>	ACTIVIDADES INDIRECTAS:	Bloque I	Presentación del proyecto		
		Bloque VII	Evaluaciones		
	ACTIVIDADES DIRECTAS	Bloque II	Toma de contacto	Informa-te	
			Bloque III	Ideas iniciales sobre el estigma	Profundizando en el estigma
		Tu película		Bloque IV	Soy capaz
		Rompiendo mitos			Empodérate
		Diálogo Abierto	Bloque V		Diálogo Abierto II
		Diálogo Abierto III		Bloque VI	Vamo’ a divertirnos

Elaboración propia (2019). Cuadro I: Actividades.

Las actividades, como se observa en el cuadro mostrado, se dividirán en indirectas y directas. A su vez, dentro de ellas, se establecen bloques diferenciados en función del tópico que se trabaje:

Actividades indirectas. Están formadas por:

- *Bloque I Preparación del proyecto*: en el mismo se realizarán las tareas de búsqueda de información, preparación, presentación y contacto. Asimismo, también pertenece a las actividades indirectas

- *Bloque VII evaluación del proyecto*: en el cual se ejecutará la evaluación de este, mediante una metodología mixta (cualitativa y cuantitativa).

Actividades directas. Compuestas por:

- *Bloque II actividades de información*: dentro de este se encuentran las dinámicas de “toma de contacto” e “Informa-Te”.

- *Bloque III actividades sobre la estigmatización*: compuesto por “ideas iniciales sobre el estigma”, “profundizando en el estigma” y “tu película”.

- *Bloque IV actividades relacionadas con el empoderamiento*: compuesto por las dinámicas “soy capaz”, “rompiendo mitos” y “empodérate”.

- *Bloque V actividades basadas en el Diálogo Abierto*: formado por la actividad “hablemos”, la cual se repetirá en 3 ocasiones.

- *Bloque VI cierre de las actividades*: en él se encuentra la sesión con la que se clausura el proyecto denominada “vamo’ a divertirnos”.

A continuación, se exponen las fichas de las actividades directas, en las que se explica lo que se va a realizar en las mismas:

<b>Actividad N.º:</b> 1, bloque II.	<b>TÍTULO DE LA ACTIVIDAD:</b> Toma de contacto.
<b>Destinatarios:</b> todos los participantes.	<b>Lugar:</b> Centro Ciudadano “Las Madres”. <b>Duración:</b> 1 sesión de 60 minutos.
<b>Objetivos de la actividad:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentar el proyecto</li> <li>- Acordar las citas para la primera sesión.</li> </ul>	
<b>Contenidos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Información sobre el proyecto y su finalidad.</li> </ul>	
<b>Organización:</b> contactar con el centro Ciudadano “Las madres” para solicitar la reserva del aulario y realizar la sesión en dicha infraestructura. Se realizará una presentación general a todos los usuarios/as y sus familiares. Además, se procederá a establecer las primeras fechas para llevar a cabo las sesiones siguientes. Por último, se procederá a la firma del consentimiento informado y protección de datos (Anexo 2).	
<b>Descripción y metodología.</b> En primer lugar, desde ATELSAM se informará a los participantes de la fecha y lugar acordados para la presentación del proyecto. Se realizará una presentación general sobre los aspectos más relevantes del proyecto y los objetivos que persigue. A su finalización, se distribuirán las primeras fechas a los participantes para comenzar con el proyecto y se firmarán los documentos necesarios para su puesta en marcha.	
<b>Recursos:</b> <u>Humanos:</u> dos trabajadores sociales. <u>Materiales:</u> ordenador y proyector, sillas y mesa. <u>Técnicos:</u> PowerPoint e Internet.	
<b>Evaluación:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recoger la documentación firmada de todos los participantes.</li> </ul>	

<b>Actividad N.º:</b> 2, bloque II	<b>TÍTULO DE LA ACTIVIDAD:</b> “Informa-te”
<b>Destinatarios:</b> Personas usuarias y familiares por separado.	<b>Lugar:</b> Centro Ciudadano “Las Madres”. <b>Duración:</b> 2 sesiones de 90 minutos.
<b>Objetivos de la actividad:</b>	

- Proporcionar información sobre salud mental.
- Orientar de manera conjunta al usuario y familia sobre temas relacionados con la enfermedad mental.

**Contenidos:**

- Información sobre la esquizofrenia y el trastorno bipolar.
- Concepto de recaídas.
- Cómo actuar ante una crisis (solo a familiares).
- Medicación básica y qué sucede en caso de interrumpir el tratamiento farmacológico.

**Organización:** contactar con el centro Ciudadano “Las madres” para solicitar la reserva del aulario y realizar la sesión en dicha infraestructura. Se llevará a cabo dos sesiones por separado, una se realizará con todas las personas usuarias que vayan a participar en el proyecto y otra, con los familiares de estas personas usuarias.

Para ello, en la actividad anterior se habrá estipulado el día en que se realizará esta sesión, dividiendo los grupos en familiares y usuarios/as.

Para estas sesiones en concreto, previo acuerdo, acudirán el psiquiatra y la enfermera de referencia del Equipo Comunitario Asertivo (ECA) y participarán en los 15 minutos finales de ambas sesiones para abordar la temática relacionada con la medicación.

**Descripción y metodología.** La actividad consistirá en la exposición de un PowerPoint sobre las cuestiones sobre las que se va a trabajar. Durante la actividad y antes de exponer todos los términos, se preguntará a los participantes qué conocen de la temática, fomentando así la interacción y la participación mutua.

**Recursos.**

Humanos: dos trabajadores sociales, enfermera y psiquiatra.

Materiales: ordenador y proyector, sillas y mesa.

Técnicos: PowerPoint.

**Evaluación:**

- Contabilizar asistencia.

<b>Actividad N.º:</b> 3, bloque III	<b>TÍTULO DE LA ACTIVIDAD:</b> “Ideas iniciales sobre el estigma”.
<b>Destinatarios:</b> todos los participantes.	<b>Lugar:</b> sede de ATELSAM. <b>Duración:</b> 5 sesiones de 60 minutos.
<b>Objetivos de la actividad:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer con qué ideas preconcebidas parten los participantes.</li> <li>- Romper falsos mitos sobre la enfermedad mental.</li> <li>- Promover la interacción familiar mediante actividades conjuntas.</li> </ul>	
<b>Contenidos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las ideas que expongan los partícipes de la sesión.</li> <li>- Mitos sobre enfermedad mental.</li> <li>- Dinámicas: “ideas iniciales”, “redefinámonos” y “el muro de los mitos”.</li> </ul>	
<b>Organización:</b> en estas sesiones se trabajará con la persona usuaria y sus familiares directos. Cada sesión se realizará con 2 familias diferentes.	
<p><b>Descripción y metodología:</b> (de manera opcional, se podría recoger en una pizarra las palabras o términos utilizados por los participantes, para dar más visibilidad al contenido)</p> <p>En primer lugar, preguntaremos a los/las participantes que digan palabras que le vengan a la mente al oír hablar del problema de salud mental. Se dirán en alto haciendo reflexión sobre los conceptos y qué estigmas pueden tener los participantes en el inicio de la sesión. Es importante dejar claro que no hay respuestas correctas e incorrectas. Por lo tanto, lo más interesante es animarlos a ser lo más sinceros, aunque ello implique ser políticamente incorrectos.</p> <p>En segundo lugar, continuando con la dinámica se solicitará a los participantes que definan a sus familiares y a sí mismos, para conocer cómo se ven y cómo ven a los demás, la terminología que utilizan para referirse a la persona usuaria y las diferencias a la hora de exponer las cualidades de cada uno de los miembros de la familia. Cabe destacar que, si en una primera exposición cada uno de los miembros definen al otro o a sí mismos mediante las etiquetas de nombre, edad, profesión, nacionalidad entre otras, se instará a que lo hagan de nuevo sin utilizar las mismas, para así comprobar cómo se ven realmente y reflexionar sobre las etiquetas que hayan surgido, en caso de que sean negativas se continuara la reflexión para cambiar el mensaje.</p> <p>Para cerrar la sesión, los profesionales citarán algunas afirmaciones sobre mitos referentes a la temática, los/las participantes valorarán si son verdaderas o falsas y se irán escribiendo</p>	

en un mural de papel Kraft. Se generará reflexión y debate sobre cada una de las afirmaciones. Al finalizar, los partícipes romperán el muro de los mitos a modo del símil “rompiendo barreras”.

**Recursos:**

Humanos: dos trabajadores sociales.

Materiales: Pizarra, rotulador, borrador, silla y mesa, papel Kraft.

**Evaluación:**

- Contabilizar asistencia.

<p><b>Actividad N.º:</b> 4, bloque III</p>	<p><b>TÍTULO DE LA ACTIVIDAD:</b> “Profundizando en el estigma”.</p>
<p><b>Destinatarios:</b> todos los participantes.</p>	<p><b>Lugar:</b> Centro Ciudadano “Las madres”. <b>Duración:</b> 1 sesión 60 minutos.</p>
<p><b>Objetivos de la actividad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Educar sobre el concepto de estigma y autoestigma.</li> <li>- Promover la interacción familiar mediante actividades conjuntas.</li> </ul>	
<p><b>Contenidos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Información sobre estigma y autoestigma.</li> <li>- Visionado de videos de sensibilización.</li> </ul>	
<p><b>Organización:</b> contactar con el centro Ciudadano “Las madres” para solicitar la reserva del aulario y realizar la sesión en dicha infraestructura. En estas sesiones se trabajará con todas las personas usuarias y sus familiares directos. Contactar con Enrique, presidente de AFES Salud Mental y además usuario en primera persona encargado del grupo de empoderamiento y de dar visibilidad a las personas con problemas de salud mental</p>	
<p><b>Descripción y metodología.</b> Para esta sesión Enrique trabajará el estigma y el autoestigma mediante las dinámicas que el suele utilizar. Se le dará apoyo en la búsqueda de bibliografía sobre la temática y en la exposición de argumentos. Lo relevante de esta sesión es lograr provocar una confrontación en las familias ante las percepciones erróneas que se suelen tener (las personas con problemas de salud mental no pueden trabajar, tener familia, llevar una vida completa) al exponer, una vez finalizada la exposición teórica sobre el estigma y el autoestigma, que el ponente, tiene un trastorno mental grave y aun así</p>	

una vida satisfactoria a nivel personal y profesional.

**Recursos.**

Humanos: dos trabajadores sociales, usuario en primera persona.

Materiales: ordenador y proyector, sillas y mesa.

Técnicos: PowerPoint e Internet.

**Evaluación:**

- Contabilizar asistencia.

<b>Actividad N.º:</b> 5, bloque III	<b>TÍTULO DE LA ACTIVIDAD:</b> “Tu película”.
<b>Destinatarios:</b> todos los participantes.	<b>Lugar:</b> parque García Sanabria. <b>Duración:</b> 5 sesiones de 90 minutos.
<b>Objetivos de la actividad:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar un video de sensibilización para luchar contra el estigma.</li><li>- Promover la interacción familiar mediante actividades conjuntas.</li></ul>	
<b>Contenidos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Mensaje común para exponer en el video.</li><li>- Grabación del vídeo.</li><li>- Edición del vídeo.</li></ul>	
<b>Organización:</b> en estas sesiones se trabajará con la persona usuaria y sus familiares directos. Cada sesión se realizará con 2 familias diferentes. Se contactará con la empresa SIZYGIA, especializada en fotografía y video, para la realización de este.	
<b>Descripción y metodología:</b> en primer lugar, se llevará a cabo una lluvia de ideas para deducir que mensaje se quiere transmitir con el video. En segundo lugar, se realizará el guion del video para establecer el contenido que se grabará, para con la ayuda del voluntario de la empresa SIZYGIA, proceder a la grabación de este. Cuando todas las familias hayan grabado el vídeo con el mensaje que se haya consensuado, se unirán todas las grabaciones y se realizará un vídeo final, el cual se expondrá en la última sesión del proyecto.	
<b>Recursos.</b>	
<u>Humanos</u> : dos trabajadores sociales, un cámara.	

**Materiales:** cámara de video, papel y bolígrafos, sillas y mesas.

**Técnicos:** programa editor de video.

**Evaluación:**

- Contabilizar asistencia.
- Vídeo final.

<b>Actividad N.º:</b> 6, bloque IV	<b>TÍTULO DE LA ACTIVIDAD:</b> “Soy capaz”.
<b>Destinatarios:</b> todos los participantes.	<b>Lugar:</b> cafetería. <b>Duración:</b> 10 sesiones de 60 minutos.
<b>Objetivos de la actividad:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Conocer la percepción familiar sobre las competencias de su familiar.</li><li>- Promover la interacción familiar mediante actividades conjuntas.</li></ul>	
<b>Contenidos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Entrevista informal sobre situaciones diarias.</li><li>- Debate sobre situaciones diarias y como abordarlas.</li></ul>	
<b>Organización:</b> en esta sesión se trabajará con la persona usuaria y sus familiares directos de manera individualizada (1 sesión por cada familia).	
<b>Descripción y metodología:</b> para conocer la realidad de cada familia se realizarán una serie de preguntas para indagar en profundidad en los ítems que más preocupan respecto a: la convivencia, tareas del hogar, búsqueda de empleo, emancipación, etc. De esta manera conoceremos la percepción familiar y personal sobre las competencias y el grado de empoderamiento que posee la persona usuaria. Se creará un debate, poniendo situaciones hipotéticas y preguntando a los participantes si creen o no, que la persona usuaria podría llevarlas a cabo y cómo las ejecutaría.  La información aquí expuesta, se deberá recoger para trabajar sobre ella, en la siguiente sesión. Se ha escogido una cafetería para que la actividad sea más informal evitando el conflicto que en un lugar privado podría si hay desacuerdo de opiniones.	
<b>Recursos.</b> <b>Humanos:</b> dos trabajadores sociales. <b>Materiales:</b> papel y bolígrafos, sillas y mesas.	
<b>Evaluación:</b>	



- Contabilizar la asistencia.

<b>Actividad N.º:</b> 7, bloque IV	<b>TÍTULO DE LA ACTIVIDAD:</b> “Rompiendo mitos”
<b>Destinatarios:</b> todos los participantes	<b>Lugar:</b> cafetería. <b>Duración:</b> 60 minutos.
<b>Objetivos de la actividad:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Romper las falsas creencias que existen sobre las personas con problemas de salud mental.</li><li>- Promover la interacción familiar mediante actividades conjuntas.</li><li>- Dotar de herramientas a la persona usuaria para que se empodere.</li><li>- Trabajar con los familiares el concepto de empoderamiento y disminuir los miedos.</li></ul>	
<b>Contenidos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Situaciones recopiladas de la sesión anterior.</li><li>- Búsqueda de soluciones.</li><li>- Creación de alianzas.</li></ul>	
<b>Organización:</b> en estas sesiones se trabajará con la persona usuaria y sus familiares directos de manera individualizada.	
<b>Descripción y metodología:</b> tomando como referencia la sesión anterior, se abordarán los aspectos que se destacaron como erróneos, o que no son del todo adecuados a la realidad actual. Se incidirá sobre aquellos aspectos que pueden ser cambiados a corto plazo como, por ejemplo, la implicación de la persona usuaria en las labores del hogar, o la posibilidad de que tome decisiones propias en el ámbito doméstico y social y en lo referido a la manera de abordar su patología. Para que eso sea posible, se expondrá de manera visible (en una pizarra, por ejemplo) situaciones cotidianas y se pedirá a los familiares que establezcan un compromiso por cada variable que se haya contemplado. Se apoyará en la búsqueda de soluciones para que ambas partes participen del proceso. Lo ideal es que la persona usuaria se empodere y exponga aquellos elementos en los que quiere formar parte y la manera en que quiere implicarse.	
<b>Recursos.</b> <u>Humanos:</u> dos trabajadores sociales. <u>Materiales:</u> papel, bolígrafos, sillas, mesas, pizarra, rotulador, borrador.	

**Evaluación.**

- Contabilizar la asistencia.
- Números de alianzas familiares.

<b>Actividad N.º:</b> 8, bloque IV	<b>TÍTULO DE LA ACTIVIDAD:</b> “Empodérate”.
<b>Destinatarios:</b> todos los participantes.	<b>Lugar:</b> Centro Ciudadano “Las Madres”. <b>Duración:</b> 60 minutos.
<b>Objetivos de la actividad:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Formar a los familiares sobre empoderamiento.</li><li>- Conseguir que el 40% de los participantes formen parte del grupo de ayuda mutua de la Asociación para continuar trabajando sobre empoderamiento y reduzcan el aislamiento social tras la finalización del proyecto.</li><li>- Promover la interacción familiar mediante actividades conjuntas.</li></ul>	
<b>Contenidos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Teoría sobre empoderamiento.</li><li>- Información sobre el grupo de ayuda mutua.</li><li>- Testimonio en primera persona.</li></ul>	
<b>Organización:</b> contactar con el centro Ciudadano “Las madres” para solicitar la reserva del aulario y realizar la sesión en dicha infraestructura. En estas sesiones se trabajará con todas las personas usuarias y sus familiares directos. Contactar con Enrique, presidente de AFES Salud Mental y además usuario en primera persona encargado del grupo de empoderamiento y de dar visibilidad a las personas con problemas de salud mental	
<b>Descripción y metodología:</b> Para esta sesión Enrique trabajará el concepto de empoderamiento y presentará el grupo de ayuda mutua. Se le dará apoyo en la búsqueda de bibliografía sobre la temática y en la exposición de argumentos. Lo relevante de esta sesión es lograr que entiendan la importancia del empoderamiento y los beneficios que este trae consigo. Asimismo, Enrique expondrá su historia personal, contando desde el inicio de su enfermedad hasta como ha logrado participar en varios proyectos de interés como Radio Himalia, o ser el presidente de la asociación. Hará un recorrido sobre todos aquellos aspectos que fueron relevantes en su vida, que le llevaron a reflexionar y tomar un camino	

diferente respecto al modelo biomédico que utiliza en la actualidad, encausándolo hacia un modelo de empoderamiento. Una vez finalizada esta parte, se presentará el grupo de ayuda mutua, explicando por qué es de utilidad y cómo acceder a él, invitándolos a que participen y entregando el documento de inscripción.

**Recursos.**

Humanos: dos trabajadores sociales, usuario en primera persona.

Materiales: ordenador y proyector, sillas y mesa.

Técnicos: PowerPoint e Internet.

**Evaluación.**

- Contabilizar la asistencia.
- Número de personas que se inscriben en el grupo de ayuda mutua.

<b>Actividad N.º:</b> 9, 10 y 11, bloque V	<b>TÍTULO DE LA ACTIVIDAD:</b> “Hablemos”
<b>Destinatarios:</b> todos los participantes.	<b>Lugar:</b> parque La Granja. <b>Duración:</b> 90 minutos.
<b>Objetivos de la actividad:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abrir los canales de comunicación familiar.</li> <li>- Dotar a las personas usuarias y sus familiares de un espacio de comunicación libre.</li> <li>- Favorecer el diálogo y la exposición de la realidad sin estigmas.</li> </ul>	
<b>Contenidos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cualquier temática relacionada con la salud mental sobre la que las familias deseen expresarse.</li> </ul>	
<b>Organización:</b> en estas sesiones se trabajará con la persona usuaria y sus familiares directos de manera individualizada.  Se contactará también con el Equipo ECA pues lo ideal es que salgan temas relacionados con la psicosis, escucha de voces y, por lo tanto, que se encuentre el psiquiatra especializado en diálogo abierto, en estos momentos, puede resultar interesante para que explique y apoye a la persona usuaria.	
<b>Descripción y metodología:</b> esta actividad se dividirá en tres sesiones y se abordarán todos aquellos temas que o bien, hayan surgido durante todo el proyecto o salgan a la luz durante las sesiones. Es una actividad no reglada, no tiene un guion pre-establecido, es este	

tipo de dinámicas, quien guía la sesión es la persona usuaria, en base a aquellas cosas de las que él quiera hablar y que puedan ayudarlo a él y también a sus familiares. Los profesionales que estén presentes en las sesiones servirán de apoyo e intervendrán para explicar o ayudar a la persona usuaria a expresar algo que no sepa expresar o que le da miedo expresar.

En todo momento se generará un ambiente de confianza, en donde los prejuicios o las interpretaciones negativas pasarán a un segundo plano. Lo interesante del Diálogo Abierto es precisamente que se abran los canales de comunicación sin poner impedimentos a lo que se tenga o se quiera decir. Son sesiones emotivas, donde salen a relucir muchos sentimientos encontrados, hay que tener especial cuidado en el lenguaje verbal que se utiliza, en el lenguaje no verbal y en los silencios.

**Recursos:**

Humanos: dos trabajadores sociales, psiquiatra y una enfermera.

**Evaluación.**

- Contabilizar la asistencia.
- Pasar los cuestionarios de evaluación (ANEXOS VI Y VII)

<b>Actividad N.º:</b> 12, bloque VI	<b>TÍTULO DE LA ACTIVIDAD:</b> “Vamo’ a divertirnos”.
<b>Destinatarios:</b> todos los participantes	<b>Lugar:</b> Zona Recreativa Güimar. <b>Duración:</b> 5 horas.
<b>Objetivos de la actividad:</b> - Disfrutar de un día diferente en contacto con la naturaleza.	
<b>Contenidos:</b> - Asadero. - Contratación de un autobús para el traslado de las personas. - Invitaciones	
<b>Organización:</b> en primer lugar, se contactará con las familias y los profesionales que han formado parte del proyecto y se les invitará a pasar un día diferente, en la Zona Recreativa de Güimar y, en segundo lugar, se realizarán las gestiones para organizar la actividad. Una vez se haya contabilizado el número de asistentes, se contratará un autobús para el traslado de aquellas personas que no tengan como acudir al merendero y, además, se solicitará	

presupuesto para el catering.

**Descripción y metodología:** la actividad se basará en un encuentro en la zona recreativa de Güimar, entre todas las personas que han participado en el proyecto, a modo de cierre del mismo y como de agradecimiento por haber participado.

Para que se pueda ejecutar de la manera óptima, en primer lugar, se contabilizará el número de asistentes para a continuación, realizar las tareas de contratación del catering\* y del autobús que nos llevará a la zona recreativa.

También sería necesario llevar juegos de mesa, instrumentos (consultar si alguien sabe tocar alguna), realizar dinámicas para que la actividad no solo se base en ir a comer, sino en pasar un rato agradable y socializar.

\*Es importante tener en cuenta, a la hora de organizar la actividad, las intolerancias o alergias de las personas que van a acudir.

**Recursos:**

Humanos: dos trabajadores sociales.

**Evaluación:**

## 8. Temporalización y cronograma.

SEMANAS BLOQUES	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>
1.Bloque I: preparación	B	PR	P	C																				
2.Bloque II: Información				A1	A2																			
3.Bloque III: Estigma						A3		A4		A5														
4.Bloque IV: Empoderamiento											A6		A7		A8									
5.Bloque V: Diálogo abierto																A9		A10		A11				
6.Bloque VI: Cierre del proyecto																				A12				
7.Bloque VII: Evaluación																					E	E	E	

BLOQUE I: B: búsqueda de información

PR: preparación

P: presentación

C: contacto

BLOQUE II: A1: Toma de contacto

A2: Informa-Te

BLOQUE III: A3: Ideas iniciales sobre el estigma

A4: Profundizando en el estigma

A5: Tu película

BLOQUE IV: A6: Soy Capaz

A7: Rompiendo mitos

A8: Empodérate

BLOQUE V: A9: Hablemos

A10: Hablemos II

A11: Hablemos III

BLOQUE VI: A12: Vamo' a divertirnos

BLOQUE VII: E: Evaluación

En el cronograma expuesto, se explica la distribución que se propone para la realización de las actividades. Este periodo estará comprendido entre los meses de julio a diciembre. Las actividades se han dividido en 7 bloques, diferenciados por su contenido:

- *Bloque I:* preparación del proyecto (búsqueda de información, preparación, presentación y contacto).

- *Bloque II:* actividades de información (“toma de contacto” e “Informa-Te”),

- *Bloque III:* actividades sobre la estigmatización (“ideas iniciales sobre el estigma”, “profundizando en el estigma” y “tu película”).

- *Bloque IV:* actividades relacionadas con el empoderamiento (“soy capaz”, “rompiendo mitos” y “empodérate”).

- *Bloque V:* actividades basadas en el Diálogo Abierto (“hablemos”).

- *Bloque VI:* cierre de las actividades (“vamo’ a divertirnos”).

- *Bloque VII:* evaluación del proyecto.

Respecto, a las veces que se realizarán las sesiones variará en base a la actividad que se vaya a llevar a cabo, al igual que los/as profesionales que se encarguen de impartirla. En el apartado de actividades se encuentra especificado

Asimismo, el tiempo que se ha establecido para la realización de dichas sesiones oscila entre los 60 y 90 minutos, dependiendo de la actividad que se vaya a ejecutar. Además, dicha distribución podrá estar sujeta a cambios en función de la disponibilidad de los participantes.

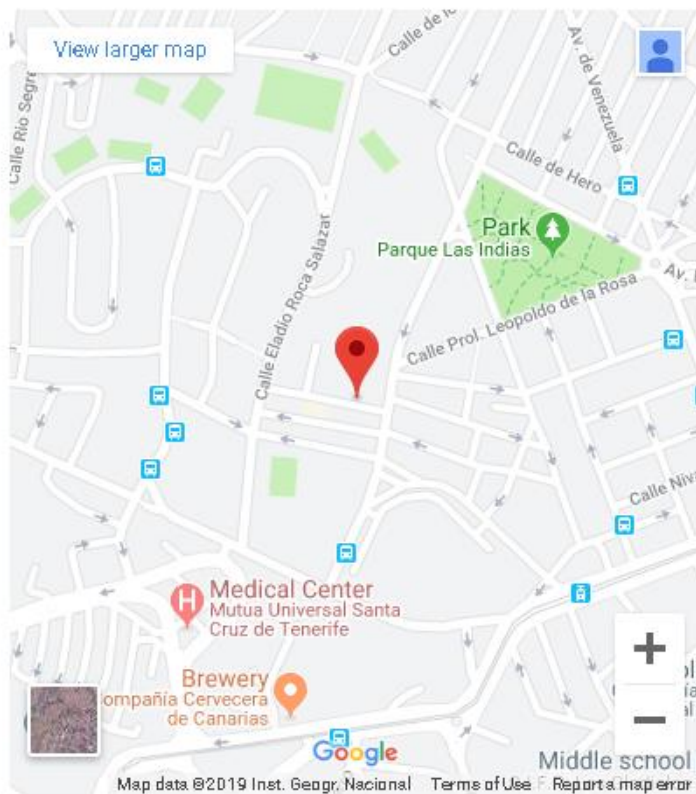
A continuación, se presenta el cronograma de las reuniones que se llevarán a cabo durante la duración del proyecto:

CRONOGRAMA DE REUNIONES	
<b>REUNIONES INTERNAS</b> <i>(jueves de cada semana)</i>	Agosto: 8, 22, 29 Septiembre: 5, 12, 19, 26 Octubre: 2, 10, 17, 24, 31 Noviembre: 7, 14, 21, 28
<b>REUNIONES EXTERNAS</b> <i>(tercer viernes de cada mes)</i>	Agosto: 16 Septiembre: 20 Octubre: 18 Noviembre: 15

Elaboración propia (2019). Cuadro II: Cronograma.

## 9. Localización.

La sede de La Asociación ATELSAM se encuentra en la Calle Lorenzo García del Castillo nº4, ubicada en el edificio Mirador II, local 3 en Santa Cruz de Tenerife.



Fuente: Google maps (2019).

La Unidad de Salud Mental que se ha escogido para la ejecución del proyecto es la de Ofra. Por ello, la localización práctica para la adecuada realización del proyecto es la que comprende las zonas de Santa Cruz de Tenerife hasta Güímar. Como se mencionó con



anterioridad, los beneficiarios son 10 usuarios y sus familias, cuyo domicilio habitual se encontrará dentro de estas zonas geográficas.

### 10. Administración del proyecto.

Para entender mejor la administración de este proyecto es necesario la creación de un organigrama funcional, donde se muestra la estructura por la que se va a regir dicho proyecto, y quienes la componen:



Por otra parte, la forma en que se realizará la coordinación interna será a través de reuniones semanales a las que deberán acudir los coordinadores del proyecto, ya que son los que actúan de manera directa en la ejecución del proyecto.

En cuanto a lo referente a la coordinación externa (con otras entidades e instituciones), para que exista una coordinación eficiente y cohesión respecto a las acciones que se vayan a llevar a cabo con los usuarios y familiares, se realizará también una reunión mensual, con el Equipo Comunitario Asertivo, es decir, con la enfermera de referencia, y el psiquiatra. Se trabaja juntamente con este equipo, gestionado por el Servicio Canario de Salud cuya función es tratar todos aquellos asuntos sanitarios relativos a las personas usuarias, realizando planes individualizados de intervención (PIAs), y es por ello por lo que se hace imprescindible la coordinación directa para trabajar en la misma línea de actuación. En estas reuniones mensuales, la información obtenida se recopilará de forma sistemática a través de actas (Anexo 3).

Igualmente será necesaria la coordinación con otras entidades como, por ejemplo, ATELSAM, para solicitarles el espacio para alguna de las sesiones, el Centro Ciudadano de las Madres para reservar su aulario en donde se realizarán varias de las actividades y con Sizygia, empresa especializada en medios audiovisuales para el video que se va a realizar. Estas coordinaciones se llevarán a cabo vía telefónica.

Asimismo, respecto a la gestión de la calidad de este proyecto, se tendrán presentes los criterios de calidad en la prestación de servicios dentro del Sistema Público de Servicios Sociales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013), entre los que destacan:

- El diseño e implantación de modelos básicos de gestión de los servicios orientados a obtener resultados, que estén adaptados a los diferentes servicios y usuarios/as.
- La información clara y accesible de la cartera de servicios que se ofertan.
- Los mecanismos de participación de las personas usuarias respecto al diseño, implementación y evaluación.

Respecto a la estructura técnica y de gestión de la Asociación ATELSAM, se hace necesario conocer su composición, ya que se estará en coordinación directa con la misma.

En el año 2018 la Asociación contó con un personal asalariado que asciende a 59 personas con el siguiente perfil profesional:

Área Económico-administrativa

1 Gerente.

3 Técnicas en Administración.

1 Educadora Social. Programa Familias /Coordinadora del Programa de Voluntariado.

Área Ocupacional/Formativa/Empleo/Rehabilitación

2 Terapeutas ocupacionales (Coordinadoras).

7 Profesores de Taller (Uno por cada centro y especialidad).

5 Técnicos de Integración Social.

Cuidadores Área Residencial:

2 Trabajadoras Sociales.

9 Educadores Viviendas Supervisadas.

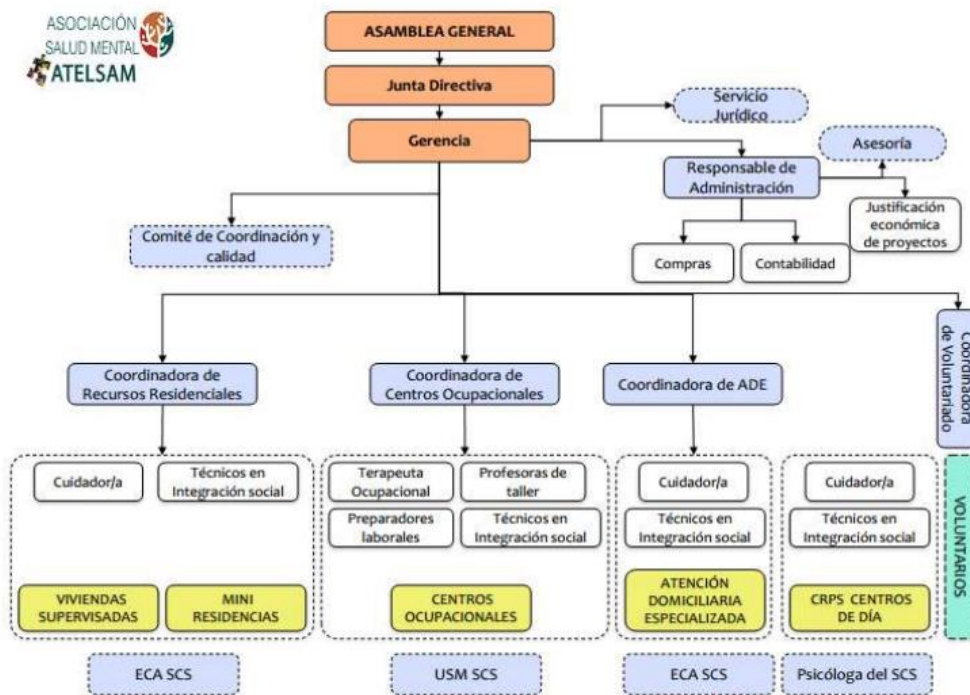
6 Técnicos de Integración Social.

6 Cuidadores, en turnos para las Mini-residencias.

4 Educadores, atención domiciliaria.

Así mismo se contó con un total de voluntarios, de los cuales el 82,5 % se encuentran realizando actividades con usuarios de la red de Salud Mental que presentan una discapacidad por trastorno mental grave, no sólo en Centros gestionados por ATELSAM, sino que también apoyando en otros recursos gestionados por el PIRP con los cuales colabora la Asociación a través de su Programa de Voluntariado. Y finalmente se ha contado con alumnos en prácticas del Grado de Trabajo Social para el año 2018 en Convenio de Colaboración con la Universidad de La Laguna, para comenzar sus prácticas en la Asociación, tutorizadas por la Trabajadora Social.

## ORGANIGRAMA



Fuente: Memoria ATELSAM (2017).

### 11. Recursos.

Una vez realizado el estudio de las necesidades a las que se quiere dar respuesta con la implementación de este proyecto, se requerirán una serie de recursos esenciales para la realización de este. En la siguiente tabla se muestran los recursos humanos, técnicos y materiales:

<b>Recursos humanos</b>	2 trabajadores/as sociales, 1 enfermero/a especializado/a, 1 psiquiatra, los cuales están contratados por el Servicio Canarios de Salud y 1 usuario/a en primera persona.
<b>Recursos técnicos</b>	Programas y software informáticos (PowerPoint, Word, entre otros), conexión a internet, etc.
<b>Recursos materiales</b>	20 sillas y 3 mesas, 2 ordenadores portátiles, 1 proyector,

Fuente: elaboración propia (2019). Cuadro III: Recursos.

## 12. Presupuesto y plan de financiación.

A continuación, se presenta el presupuesto donde se detallan los diferentes costes a los que se tendrá que hacer frente para llevar a cabo este proyecto. Dicho proyecto, estará financiado íntegramente por ATELSAM. Seguidamente, a través de la siguiente tabla, se especifican los gastos que conllevan su implementación:

<b>PRESUPUESTO</b>		
<b>RECURSOS HUMANOS</b>	<b>CUANTÍA</b>	<b>FINANCIACIÓN</b>
2 Trabajadores/as Sociales	14400€ (1200€/ bruto mensuales)	ATELSAM
1 Usuario/a en primera persona	50€ por sesión que asista	
Total recursos humanos	→ 14500 €	
<b>RECURSOS MATERIALES</b>	<b>CUANTÍA</b>	
Compra actividad 12	700€	*Costes por posibles imprevistos (3% del total): 468,3€  Costes totales: 15610€
Alquiler de guagua	160€	
Bolígrafos, lápices y papel	150€	
Gastos de reprografía	100€	
Total recursos materiales	→ 1110€	

Fuente: elaboración propia (2019). Cuadro IV: Presupuesto.

## 13. Evaluación.

Para la evaluación del proyecto se van a utilizar varios sistemas, por un lado, la evaluación formativa en la que se irá evaluando el desarrollo continuado de la ejecución del proyecto, mediante las reuniones internas en las que se contemplará como ha sido el desarrollo de las sesiones y las dudas que hayan surgido de las mismas; por otro lado, se utilizará la evaluación sumativa en la que se comprobará la consecución de resultados al

finalizar el proyecto. Según la metodología que se va a utilizar, la evaluación será mixta evaluando de manera cualitativa y cuantitativa para tener una visión más global de todo el proyecto.

La forma en la que se ejecutará la evaluación constará de dos partes diferenciadas:

- *Evaluación interna*: llevada a cabo por el equipo profesional del proyecto. En las reuniones semanales, se realizarán valoraciones cualitativas (Anexo 4) de lo que se ha realizado durante la semana para atender aquellos aspectos en los que haya que mejorar. Por otro lado, al finalizar el proyecto, se evaluará la consecución de los objetivos, en base a los indicadores (cuantitativos y cualitativos) que se han determinado mediante una serie de cuestionarios (Anexo 5). Con ello, se pretende comprobar el grado de operatividad del proyecto y si se ha sido realista con los objetivos que previamente habían sido estipulados.
- *Evaluación de los participantes*: en este espacio, se les pasará un cuestionario a los participantes (Anexo 6) una vez finalizadas las actividades, en donde de forma numérica expongan el grado de satisfacción que consideren oportuno. Se valorará a los profesionales que han impartido las actividades, así como otras cuestiones relacionadas con las sesiones, el motivo por el que han querido participar en el proyecto, los lugares en donde se han llevado a cabo las sesiones y el ambiente de estas. Además, dado que es un proyecto en la que tiene mucha importancia la participación de las personas usuarias en lo referido a contenidos y dinámicas, se ha creado también una evaluación cualitativa (Anexo 7) en la que se solicitará a los participantes que expongan su opinión sobre los conocimientos que se han abordado durante las sesiones y sus impresiones, si les ha sido útil y beneficioso para su vida o no.

#### **14. Factores Externos.**

El proyecto al que hacemos referencia colabora con la entidad ATELSAM y con el ECA, por lo tanto, cabe la posibilidad de que alguna de las sesiones o las reuniones externas sufra alguna variación. Sin embargo, esta realidad no afectaría al desarrollo del proyecto en cuanto a consecución de objetivos, sino que afectaría al cronograma de las reuniones, teniendo en ocasiones, que variar el día de reunión.

## Referencias bibliográficas.

- AFES Salud Mental (2017). *AFES Salud Mental*. Recuperado de: <https://saludmentalafes.org/wp-content/uploads/2018/03/memoria-afes-2017.pdf>.
- Arnaiz, A. & Uriarte, J. (2006). *Estigma y enfermedad mental*. *Norte de Salud Mental*, 49-59.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5º ed.)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Balasch, M. Causa, A. Faucha, M. Casado, J. y Domènech, M. (2016). *El Estigma y La Discriminación en Salud Mental En Cataluña*. Recuperado de: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Estigma-salud-mental-2016.pdf>.
- Brown, G. W. & Wing, J. K. (1972). *Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication*. *The British Journal of Psychiatry*, 121(562), 241-258.
- Builes Correa, M. V. & Bedoya Hernández, M. H. (2008). *La familia contemporánea: relatos de resiliencia y salud mental*.
- Cañamares, J. Castejón, M. Florit, A. González, J. Hernández, J. & Rodríguez, A. (2008). *Esquizofrenia*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias y Servicio Canario de la Salud (2019). *Plan de salud mental de Canarias 2019-2023*. Recuperado de: Gobierno de Canarias.
- Falloon, I. R. (2003). *Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness*. *World Psychiatry*, 2(1), 20.
- Ferrera, J. A. (1990). *Intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia: Aproximaciones recientes*. *Estudios de psicología*, 11 (43-44), 169-193.



- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identify*. Englewood Cliffs, New Yerser: Prentice Hall.
- González, M.L. (2008). Trastorno bipolar. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, (1), 83-84.
- Guinea, R. (2018). *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*.
- Horwitz Campos, N. Florenzano Urzúa, R. & Ringeling Polanco, I. (1985). *Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria*.
- IMSERSO (2005). *Situación, necesidades y demandas de las personas con Enfermedad*. Madrid: Argraf.
- Liberman, R.P. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. 22-43.
- Livingston, J. D.& Boyd, J. E. (2010). *Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and metaanalysis*. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150–2161.
- *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Montaña, P. (2018). *Diálogo Abierto*. España. Nueva Psiquiatría. Recuperado de: <https://nuevapsiquiatria.es/?p=5819>.
- Movimiento Rethinking (2018). *Libro Blanco de la Intervención Temprana en Psicosis en España*. Recuperado de: [http://www.sepsiq.org/file/Enlaces/Libro%20blanco%20de%20la%20Intervenci%C3%B3n%20Temprana%20en%20Espa%C3%B1a%20\(2018\).pdf](http://www.sepsiq.org/file/Enlaces/Libro%20blanco%20de%20la%20Intervenci%C3%B3n%20Temprana%20en%20Espa%C3%B1a%20(2018).pdf)

- Muñoz, M. Pérez Santos, E. Crespo, M. & Guillén, A. (2009). *Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense SA.
- National Institute of Mental Health (2015). *Esquizofrenia*. *National Institute of Mental Health*, 2-20.
- Organización Mundial de La Salud. (2019). Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.
- Parella, E. R. & Fernández, E. E. (2004). *Esquizofrenia. Del caos mental a la esperanza*. Barcelona: Morales y Torres editores, S.L.
- Parrabera, S. (2018). *El Marco de Diálogo Abierto en la Unidad de Atención Temprana a la Psicosis*. *Asociación Madrileña de Salud Mental*, 20-29.
- Rodón, E.P. & Fernández Egea, E. (2004). *Esquizofrenia. Del caos mental a la esperanza*. Barcelona: Editorial Morales y Torres.
- Seikkula, J. Alakare, B. Aalantonen, J. Haarakangas, K. Keranen, J. and Lehtinen, K. (2006). *5 year experience of first episode nonaffective psychosis in Open Dialogue approach: Treatment principles follow up outcomes, and two case studies*. *Psychotherapy Research*. 16 (2): 214 228.
- Sociedad Española de Psiquiatría (2010). *Los psiquiatras apuestan por el diagnóstico precoz del trastorno bipolar*. Recuperado de: XIV Congreso Nacional de Psiquiatría: [http://www.sepsiq.org/psiquiatriabarcelona2010/NdP%203a%20JORNADA%20CONGRESO%20NACIONAL%20PSIQUIATRIA%20\(21102010\).pdf](http://www.sepsiq.org/psiquiatriabarcelona2010/NdP%203a%20JORNADA%20CONGRESO%20NACIONAL%20PSIQUIATRIA%20(21102010).pdf).
- Stafford, M. C, y Scott, R (1986). *Stigma deviance and social control: some conceptual issues*. In S. C. Ainsley, L. M. Becker y L. M. Coleman (eds), *The Dilemma of Difference*. New York: Plenum.

- Vázquez, A., & Stolkiner, A. (2009). *Procesos de estigma y exclusión en salud. Articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogodependencia. Anuario de investigaciones*, 16.

## **20. Anexos.**

### Anexo 1.

#### **Resultados a los cinco años en primeros episodios de psicosis en Laponia Occidental tratados con la Terapia Diálogo Abierto:**

##### Pacientes (N=75)

Esquizofrenia (N=30)

Otros trastornos psicóticos (N=45)

##### Uso de Antipsicóticos

Nunca fueron expuestos: 67%

Uso ocasional durante los cinco años: 33%

Tomándolos al finalizar los cinco años: 20%

##### Síntomas psicóticos

Nunca recayeron en cinco años: 67%

Asintomáticos a los cinco años: 79%

##### Resultados a los cinco años

Trabajando o estudiando: 73%

Desempleados: 7%

Discapacitados: 20%

(Montaña, 2018).

Anexo 2.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

D/Dña.....  
..... con D.N.I: ..... accede libre y voluntariamente al "**Proyecto de Intervención Familiar**", que desarrollan los trabajadores sociales, juntamente con ATELSAM y el Equipo ECA de salud mental (Equipo Asertivo Comunitario).

Quedan informados/as del proyecto y de cómo se va a desarrollar el mismo, y se comprometen a asistir a las sesiones planteadas y a trabajar en los objetivos propuestos:

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Anexo 3.

**Acta de reunión**

<b>Nº de acta:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Lugar:</b>	<b>Hora:</b>
<b>Asistentes:</b>	
<b>Orden del día</b>	
<b>Temas tratados</b>	
<b>Acuerdos</b>	
<b><u>Firmas</u></b>	

Elaboración propia (2019).

Anexo 4.

**EVALUACIÓN DEL EQUIPO PROFESIONAL:**

<b>SESIÓN N.º:</b>	<b>Fecha:</b> <b>Hora:</b>	<b>Nº de Asistentes:</b> <b>Puntualidad:</b>
<b>Nombre del profesional:</b>		
<b>Tema a tratar:</b>		
<b>Temas tratados:</b>		
<b>Dudas planteadas.</b>		
<b>Acuerdos tomados.</b>		
<b>Asuntos pendientes para próxima sesión.</b>		
<b>Desarrollo de la sesión:</b> <i>(cómo se ha desarrollado la sesión, participación de los asistentes, resolución de dudas...).</i>		
<b>Observaciones.</b>		

Elaboración propia (2019).

Anexo 5.

**Evaluación de resultados del proyecto.**

**1. Objetivos.**

Evalúa la consecución de los objetivos en función de si se han logrado o no en su totalidad o en parte. Siendo el 5 la máxima puntuación (se ha alcanzado el objetivo en su plenitud) y 1 (no se ha alcanzado el objetivo).

<b>Evaluación de Objetivos.</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
1. Participación en el proyecto.					
2. Número de familias informadas sobre la temática.					
3. Cantidad de sesiones realizadas por familia.					
4. Suma de acuerdos establecidos por las familias.					
5. Inscripción en el grupo de ayuda mutua.					
6. Realización del vídeo					

**2. Actividades.**

Evalúa el desarrollo de las actividades, siendo 5 la máxima puntuación y 1 la mínima posible.

<b>Actividades</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
1. BLOQUE I	Búsqueda de información				
	Preparación				
	Presentación				
	Contacto				
BLOQUE II	A1. Toma de contacto				
	A2. Informa- te				
BLOQUE III	A3. Ideas iniciales sobre el estigma				



	A4. Profundizando en el estigma					
	A5. Tú película					
BLOQUE IV	A6. Soy capaz					
	A7. Rompiendo mitos					
	A8. Empodérate					
BLOQUE V	A9. Hablemos					
	A10. Hablemos II					
	A11. Hablemos III					
BLOQUE VI	A12. Vamo'a divertirnos					

### 3. Temporalización.

Exponer si se ha cumplido con el cronograma establecido en el plan de trabajo y justificarlo.

---



---



---



---



---



---



---

Elaboración propia (2019).

Anexo 6.

**Cuestionario para la Evaluación de las actividades**

**A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

1. SEXO:

MASCULINO

FEMENINO

2. EDAD

3. RELACIÓN CON EL FAMILIAR:

Persona usuaria del servicio

Madre

Padre

Hermano/a

Otra (indicar cuál)

**B. SOBRE LAS SESIONES**

Evalúa según tu opinión las metas y objetivos de este curso en función de:

	<b>MUY ALTA</b>	<b>ALTA</b>	<b>MEDIA</b>	<b>BAJA</b>	<b>MUY BAJA</b>
<b>Relevancia para mí</b>					
<b>Realismo y practicidad</b>					
<b>Claridad, estructuración de los objetivos</b>					

	<b>ADECUADOS</b>	<b>INADECUADOS</b>
<b>Condiciones del lugar donde se ha desarrollado el curso (luminosidad, comodidad, sonoridad, etc.)</b>		
<b>El número de participantes en el curso</b>		
<b>Las condiciones para facilitar la asistencia al curso</b>		
<b>La duración del curso</b>		
<b>La temporalización (secuenciación) del curso</b>		

**C. LOS PARTICIPANTES:**

Señala cuáles han sido los motivos que te han llevado a participar en este proyecto:

- Conocer otras realidades similares a las mías
- Mejorar mis habilidades
- Adquirir nuevas habilidades
- Adquirir nuevos conocimientos

- Adquirir herramientas de resolución de conflicto
  - Propio interés personal
  - Por mi familiar
  - Otros:
- .....

Señala en qué medida se ha tenido en cuenta mi opinión para modificar:

	MUCHO	ALGO	POCO	NADA
Las metas de las sesiones				
El contenido de las sesiones				
La temporalización/ calendario				
Los días escogidos para las sesiones				

#### D. LOS PONENTES

Señala tu opinión respecto a las características de los ponentes que han participado en las sesiones:

	MUY ALTA	ALTA	MEDIA	BAJA	MUY BAJA
Claridad expositiva					
Claridad en instrucciones para realizar las tareas					
Capacidad de motivación					
Dominio de una variedad de métodos didácticos					
Dominio del contenido					
Capacidad para propiciar la reflexión					
Facilidad para mantener relaciones interpersonales, apertura, saber escuchar					
Capacidad para fomentar el trabajo en grupo, dar instrucciones claras, facilitar el trabajo					
Capacidad para mediar y resolver situaciones de conflicto					

#### E. EL AMBIENTE EN LAS SESIONES

Ahora quisiéramos conocer tu opinión acerca del ambiente que se ha vivido a lo largo de las sesiones. Para ello te pedimos que contestes en qué medida estás de acuerdo o no con cada una de las siguientes afirmaciones:

	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Inseguro</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
<b>Los participantes se han implicado con interés en el curso</b>					
<b>Los participantes sabían en todo momento lo que se esperaba de ellos</b>					
<b>Los participantes han podido intervenir cuando lo han deseado</b>					
<b>Se ha dado un ambiente de cooperación en el grupo</b>					
<b>Las tensiones y conflictos en las sesiones se han resuelto</b>					

Elaboración propia (2019).

**Cuestionario para la Evaluación de las actividades**

**F. DATOS DE IDENTIFICACIÓN.**

1. SEXO:

MASCULINO

FEMENINO

2. EDAD:

1. ¿Te han sido útiles los conocimientos aportados en las sesiones? ¿Por qué?

---

---

---

---

---

---

---

---

2. ¿Cambiarías algo relacionado con el desarrollo de las sesiones? ¿Por qué?

---

---

---

---

---

---

---

---

3. ¿Consideras que cuestiones como el empoderamiento son importantes para luchar contra el estigma? ¿Por qué?

---

---

---

---

---

---

---

---

4. ¿Crees qué se debería trabajar más para erradicar el estigma? ¿Cómo se podría conseguir? (Ejemplos).

---

---

---

---

---

---

---

---

