



ULL

Universidad de La Laguna



UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

TRABAJO DE FINAL DE GRADO

“Proyecto de intervención para la prevención del aislamiento y estigma social en personas con esquizofrenia en el norte de la isla de Tenerife”

Alumna

Raquel Toste Hernández

Profesora

Laura Aguilera Ávila

Convocatoria

Julio

GRADO EN TRABAJO SOCIAL

Índice

1.Introducción	5
2.Marco teórico	6
2.1 <i>Qué es la esquizofrenia</i>	6
2.2 <i>Los tipos de esquizofrenia</i>	7
2.3 <i>Síntomatología de la esquizofrenia</i>	8
2.4 <i>Las fases de la esquizofrenia</i>	9
2.5. <i>Tratamiento farmacológico y efectos en personas con esquizofrenia</i>	11
2.6 <i>Terapias alternativas al tratamiento farmacológico</i>	12
2.7 <i>Estigma y necesidades percibidas en las personas con esquizofrenia</i>	15
3. Objetivos	19
3.1 <i>Marco de referencia</i>	19
3.2 <i>Objetivos específicos</i>	19
3.3 <i>Objetivos operativos</i>	19
4. Indicadores	20
5.Personas destinatarias, localización y ámbito de actuación	22
6.Método y propuesta de actuación.....	23
6.1 <i>Método</i>	23
6.2 <i>Propuesta de actuación</i>	25
7.Actividades.....	28
7.1 <i>Temporalización</i>	34
8.Recursos	36
9.Presupuesto y financiación.....	38
10.Sistema de evaluación	39
11.Factores externos.....	41
Bibliografía	42
Anexos.....	46

Agradecimientos

Me gustaría comenzar agradeciendo, el primer lugar a mi tutora de Trabajo de Fin de Grado, Dña. Laura Aguilera Ávila, profesora del Grado en Trabajo Social, por su apoyo y atención constantes durante el proceso de realización de este trabajo, y por su colaboración e ideas para hacer de éste un documento lo más adecuado posible. Sin duda, su aliento ha hecho posible la planificación y entrega de este proyecto.

En segundo lugar, agradecer a Dña. Natalia Ramírez, trabajadora social de AFES, toda la información facilitada en relación a la enfermedad de esquizofrenia, la forma de intervención y servicios prestados por la entidad, así como de las propuestas para realizar un proyecto de intervención novedoso y adecuado para las personas con esquizofrenia.

Por último y en especial, agradecer a mis queridos padres Dña. M^a Candelaria Hernández y D. Agustín Toste todos los sacrificios, esfuerzos, alegrías y enfados sufridos durante estos años. Sin su apoyo y fortaleza, no hubiese podido realizar ni, próximamente, finalizar el Grado de Trabajo Social. Os lo debo todo, gracias.

Finalidad y motivos

La decisión de haber realizado este documento y no otro, se debe a la relación estrecha que mantengo con personas que sufren la enfermedad de esquizofrenia, así como conocer las demandas y necesidades percibidas de los y las familiares de éstos/as. Por otra parte, resalta el interés por el conocimiento relacionado con la psicología, las enfermedades mentales y el por qué de estas.

De ello, nace este proyecto, con la intención de mejorar la calidad de vida de las personas que la sufren, así como de la búsqueda de mejorar su conocimiento en la sociedad, esperando su normalización y la eliminación de estereotipos falsos relacionados a ella.

Resumen

El presente proyecto busca la intervención con 80 personas con esquizofrenia localizadas en el norte de la isla de Tenerife, con el se que espera prevenir el aislamiento social a través del fomento y fortalecimiento de las redes de apoyo y las relaciones interpersonales, así como prevenir el estigma social mediante el fomento del conocimiento de la enfermedad y la prevención de prejuicios y estereotipos comunes relacionados a ella. Para ello, se llevará a cabo la coordinación con los diferentes nodos de Servicios Sociales del norte de la isla, así como la organización de AFES, que seleccionarán y derivarán a los/as posibles participantes.

Para ello, se apuesta por una intervención donde las personas participantes trabajen activamente en la planificación y ejecución de las actividades previstas de forma conjunta con el equipo multidisciplinar, que se centrarán en la realización de convivencias con otras entidades ajenas al ámbito de la salud mental, así como de transmitir en centros educativos, servicios públicos y a familiares y/o amistades, información relacionada con la enfermedad y donde los y las participantes puedan expresar las emociones y vivencias experimentadas a lo largo de la misma.

Además, se promoverá la difusión de la enfermedad a través de medios de comunicación, con el fin de informar al público y prevenir los prejuicios y estereotipos comunes relacionados con la esquizofrenia.

Palabras clave:

Esquizofrenia, proyecto, intervención, prevención , aislamiento social, estigma.

Abstract

This document seeks to intervene with 80 schizophrenic people who lives in north of Tenerife. With them we wait to prevent social isolation through foment and strengthen support networks and relationships and prevent social stigma by promoting awareness of the disease and prevent common prejudices and stereotypes related to it. To this end, it will coordinate with the different nodes of Social Services in the north of Tenerife, and with de AFES organization who will select and derive the potential participants.

To get this we seek an intervention where participants actively engaged in the planning and implementation of activities jointly with the multidisciplinary team, who will focus on the realization of coexistence with other non- mental area of health institution as well as to transmit in schools public services and family or friends information regarding the disease and where participants can express emotions and experiences lived along this.

In addition, the spread of the disease will be promoted through media, in order to inform the public and prevent prejudice and common stereotypes associated with schizophrenia

Key words:

Schizophrenia, project, intervention, prevention, social isolation, stigma.

1. Introducción

El presente proyecto nace de la necesidad de prevenir el aislamiento social a través del fomento y fortalecimiento de las redes de apoyo y las relaciones interpersonales, así como de prevenir el estigma social mediante el fomento del conocimiento de la enfermedad y la prevención de prejuicios y estereotipos comunes relacionados con ella, en las personas con esquizofrenia localizadas en el norte de la isla de Tenerife, y durante los meses comprendidos entre Enero y Octubre del año 2017.

Para ello, se apuesta por una intervención donde las personas participantes trabajen activamente en la planificación y ejecución de las actividades previstas de forma conjunta con el equipo multidisciplinar, que se centrarán en la realización de convivencias con otras entidades ajenas al ámbito de la salud mental, así como de transmitir en centros educativos, servicios públicos y a familiares y/o amistades, información relacionada con la enfermedad y donde los y las participantes puedan expresar las emociones y vivencias experimentadas a lo largo de la enfermedad.

Además, se promoverá la difusión de la enfermedad a través de medios de comunicación, con el fin de informar al público y prevenir los prejuicios y estereotipos comunes relacionados con la esquizofrenia.

En el presente documento, se presenta el marco teórico que fundamenta y apoya la realización del proyecto, así como los objetivos del mismo y los indicadores que confirman el logro de los objetivos planteados.

Asimismo, se presenta el método y propuesta de actuación que se llevará a cabo durante la implementación del proyecto, así como las personas que serán beneficiarias del mismo y el ámbito geográfico donde se desarrollará.

Como siguientes apartados, se encuentra la temporalización que seguirá el proyecto desde su comienzo hasta su finalización, así como las fechas concretas donde se realizará cada actividad, y los recursos humanos, técnicos, materiales e institucionales que serán necesarios para poder prestar el servicio planificado.

Por último, se presentan los presupuestos necesarios para la realización del proyecto así como la financiación que será utilizada, el sistema de evaluación que se

seguirá para conocer si el proyecto ha alcanzado los objetivos establecidos, y los factores externos que podrían afectar al desarrollo del proyecto.

2. Marco teórico

2.1 Qué es la esquizofrenia

Se estima que cada año más de un tercio de la población europea desarrolla algún tipo de trastorno mental, siendo éstos, junto con las enfermedades neurológicas, los responsables de más de la cuarta parte de los casos de discapacidad en la Europa actual (OMS, 2004).

El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) (1987) define al colectivo de personas que sufren un trastorno mental grave como *“un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”*. Según la definición del NIMH, la discapacidad mental produce limitaciones en actividades importantes de la vida y al menos incluye dos de los siguientes criterios de forma continua o intermitente:

- Desempleo, o empleo protegido o apoyado, habilidades claramente limitadas o historia laboral pobre.
- Necesidad de apoyo económico público para mantenerse fuera del hospital y es posible que precise apoyo para procurarse dicha ayuda.
- Dificultades para establecer o mantener sistemas de apoyo social personal.
- Necesidad de ayuda en habilidades de la vida diaria, como higiene, preparación de alimentos o gestión económica.
- Conducta social inapropiada que determina la asistencia psiquiátrica o del sistema judicial. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

La esquizofrenia pertenece al grupo de enfermedades mentales graves, y está relacionada con un riesgo entre doble y triple de muerte prematura y hasta triple de muerte súbita inesperada. Se asocia a un 20% de reducción de las cifras de esperanza de

vida respecto a la población general, lo que se traduce en una pérdida de 20 años de vida en hombres y 15 en mujeres (Berrocal-Izquierdo y Bernardo, 2014).

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) define la esquizofrenia como una *“enfermedad mental o grupo de enfermedades de causas todavía desconocidas, caracterizada por trastornos del afecto, el pensamiento, la sensopercepción, la comunicación y el comportamiento”*.

Según Medeiros-Ferreira, Obiols, Navarro y Zúñiga (2013), la esquizofrenia es un trastorno del neurodesarrollo y una de las enfermedades más discapacitantes existentes; y representa una alteración en el funcionamiento social, familiar y laboral de los pacientes que la padecen, tienen menor probabilidad de casarse y tener empleo, con las consecuencias que esto tiene para los mismos pacientes, sus familias y la sociedad (Zapata, Rangel y García, 2015).

“La esquizofrenia supone una situación dentro de la que una persona se encuentra caracterizada por el estancamiento, el aislamiento y la desesperación, de modo que un contexto interpersonal de aceptación y pertenencia puede crear las condiciones para una reconstrucción del sentido funcional y efectivo del yo que pongan en camino a la vida fuera de la esquizofrenia” (Pérez, 2013 p. 43).

2.2 Los tipos de esquizofrenia

Sin embargo, a pesar de las características comunes que definen al paciente esquizofrénico, según el Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR) encontramos cinco subtipos de enfermedad (López-Muñoz, Molina y Álamo, 2012):

- Esquizofrenia paranoide. Se trata de la más frecuente, donde las ideas delirantes y alucinaciones paranoides más características son las siguientes:

a) Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal.

b) Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, por ejemplo, silbidos, risas o murmullos.

c) Alucinaciones olfativas, gustativas, sexuales y de otro tipo de sensaciones corporales. Pueden presentarse también alucinaciones visuales, aunque rara vez dominan.

- Esquizofrenia desorganizada o hebefrénica. Es frecuente el comportamiento irresponsable e imprevisible y los manierismos (movimientos inconexos en la persona). Además de las alteraciones afectivas y de la voluntad, destaca el trastorno del pensamiento.

- Esquizofrenia catatónica. Presencia de trastornos psicomotores graves, que varían desde la hipercinesia al estupor o de la obediencia automática al negativismo. Otra característica llamativa de este trastorno es la excitación intensa.

-Esquizofrenia indiferenciada. Conjunto de trastornos que satisfacen las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia pero que no se ajustan a ninguno de los tipos anteriormente descritos o presentan rasgos de más de uno de ellos, sin que haya un claro predominio de uno en particular.

- Esquizofrenia residual. Estado crónico del curso de la enfermedad esquizofrénica, en el que se ha producido una clara evolución progresiva desde los estadios iniciales hacia los estadios finales. Está caracterizada por la presencia de síntomas "negativos" y de deterioro persistente, aunque no necesariamente irreversible.

2.3 Síntomatología de la esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico que se define como la confluencia de varios síntomas, que se dividen en (López-Muñoz, Molina y Álamo, 2012):

-Síntomas positivos: Suponen un exceso o distorsión de las funciones normales, tales como alucinaciones, desorganización, delirios y/o catatonía.

-Síntomas negativos: Aplanamiento afectivo, con anhedonia, alogia (pobreza del habla), abulia (incapacidad para iniciar y mantener actividades dirigidas a un fin y ausencia de motivación para hacer las cosas) y retraimiento. Este último síntoma incluye ausencia de respuestas emocionales, apatía, respuestas demoradas y muy breves en la conversación y falta de gozo en las actividades placenteras.

-Síntomas afectivos: Disforia, depresión, autolisis. La clínica depresiva puede aparecer en cualquier fase de la evolución de la enfermedad, tanto en primeros episodios como

en pacientes crónicos, ya sea en episodios agudos o en periodos estables de la enfermedad.

-Síntomas cognitivos: Las áreas en las que hay consenso sobre el menor rendimiento de estos pacientes son la capacidad de abstracción y función ejecutiva, atención, memoria y lenguaje. Se ha confirmado que los déficits cognitivos que aparecen en el primer episodio pueden predecir el grado de funcionamiento y adaptación social a largo plazo.

2.4 Las fases de la esquizofrenia

En cuanto a las fases que componen el proceso de la enfermedad, Birchwood (1999) establece un periodo crítico después del debut de la enfermedad que abarca los tres años posteriores al primer brote y que es determinante, según los factores personales, sociales y biológicos implicados en el futuro equilibrio entre enfermedad y bienestar. En general, el mayor grado de discapacidad asociado a la enfermedad psicótica se desarrolla durante los primeros años, pero a partir de ahí tiende a estabilizarse.

Las guías de práctica clínica editadas en España tienen en cuenta las fases precoces de las psicosis (Ruiz-Iriondo, Salaberria y Echeburúa, 2013), que se entiende como un trastorno mental con deterioro de las funciones mentales, incapacidad para afrontar las demandas de la vida cotidiana y perder el contacto con la realidad. La esquizofrenia se relaciona con ésta, ya que es un tipo de psicosis (Pellicer, 2014).

1. Fase prepsicótica o prodómica. Período en que el sujeto presenta sintomatología no específica y/o cuenta con una historia familiar con riesgo a desarrollar una esquizofrenia.
 - a. Sintomatología: Posible presencia de sintomatología positiva atenuada o en períodos breves, y descenso en el nivel de funcionamiento del paciente.
 - b. Objetivos terapéuticos: Evitar o minimizar el riesgo de transición a la psicosis, así como reducir el riesgo de empeoramiento y de manifestación de un primer episodio.
2. Fase aguda. Aparece sintomatología positiva cuando los pacientes tienen su primer contacto con los Servicios de Salud Mental y reciben su primer tratamiento farmacológico.

- a. Sintomatología: Síntomas positivos tales como delirios, alucinaciones, conducta y lenguaje desorganizado.
 - b. Objetivos terapéuticos: Captación del paciente y cumplimiento del tratamiento; análisis de los procesos de adaptación a la enfermedad; valoración clínica tanto de la enfermedad como de las diferentes alternativas de tratamiento, además de la intervención sobre la sintomatología afectiva y del estado de ánimo.
3. Período crítico. Posterior al debut de la enfermedad, y con una duración estimada de entre 3 y 5 años.
 - a. Sintomatología: Pueden surgir síntomas positivos de moderados a graves, deterioro cognitivo moderado, aislamiento social y conductas disruptivas.
 - b. Objetivos terapéuticos: Cumplimiento del tratamiento farmacológico, de manera que se logre la estabilidad sintomática de los pacientes, así como la progresiva readaptación al mundo laboral.
4. Fase subcrónica. Los pacientes presentan numerosas recaídas que suponen un retroceso en la evolución del trastorno.
 - a. Sintomatología: Deterioro clínico progresivo e impacto de la enfermedad, que es evidente tanto a nivel físico como psicológico.
 - b. Objetivos terapéuticos: De la misma forma que en la fase anterior, el objetivo principal es la estabilización a largo plazo de los pacientes, así como su progresiva readaptación social mediante el uso de recursos psicosociales.
5. Fase crónica. Pacientes que cuentan con más de cinco años desde el debut y tienen una mala evolución de la enfermedad, con varias recaídas y muestras dificultades para retomar las actividades que llevaba a cabo anteriormente.
 - a. Sintomatología: Síntomas negativos graves, como empobrecimiento de la expresión de emociones y sentimientos; limitación del pensamiento y el lenguaje; falta de energía; dificultad para experimentar interés o placer por cosas que antes gustaba de hacer; incapacidad para crear relaciones, etcétera.
 - b. Mejora de la calidad de vida y logro de cierto grado de independencia.

2.5. Tratamiento farmacológico y efectos en personas con esquizofrenia

El deterioro cognitivo está presente en un porcentaje muy relevante de los pacientes con psicosis y esquizofrenia. Las estrategias de abordaje farmacológicas del deterioro cognitivo han demostrado una eficacia muy limitada, a pesar de tratarse de antipsicóticos de nueva generación, e independientemente del tipo de fármaco y de su dosis (Ojeda, et al., 2011), y es que si bien los antipsicóticos ofrecen un gran beneficio en la disminución de los síntomas agudos de esquizofrenia y en prevenir las recaídas de la enfermedad, se presentan con frecuencia efectos adversos relacionados con el uso de estos medicamentos, efectos que a la vez son un factor importante en la aceptación y adherencia al tratamiento.

Hay un amplio rango de efectos adversos observados con el uso de antipsicóticos, dentro de los que se encuentran: Síntomas extrapiramidales agudos (como distonía, acatisia, parkinsonismo y aquinesia), síntomas extrapiramidales crónicos (como disquinesia tardía), síndrome neuroléptico maligno, convulsiones, sedación, alteraciones cognitivas, hipotensión arterial, hipotensión ortostática, hiperprolactinemia, aumento de peso, xerostomía, estreñimiento, leucocitosis o leucopenia, elevación transitoria de enzimas hepáticas, reacciones alérgicas dermatológicas, fotosensibilidad de la piel, urticaria, cambios corneales, glaucoma de ángulo estrecho, retinopatía pigmentaria, disfunción sexual, entre otros. (Arenas et al., 2015).

Dentro de que difícilmente se puede prescindir de ella, la medicación antipsicótica presenta tres problemas para ser el tratamiento de elección:

1) Es meramente sintomática, de manera que deja fuera las circunstancias que han llevado a la crisis, por lo común, de un adolescente. La experiencia que tienen los pacientes de la medicación es de indiferencia ante los síntomas, y ante todo lo demás, no precisamente una experiencia de recuperación del sentido del yo y del normal contacto con la realidad.

2) El comienzo por la medicación puede «marcar» el destino de enfermo crónico. La medicación se convierte en el tema de las siguientes visitas, para mantenerla, subirla, bajarla, cambiarla, etc., lo que se llama «escuchar al fármaco», en vez de propiamente a la persona.

3) La medicación impide llevar una auténtica terapia psicológica. El estado de indiferencia ante los síntomas impide terapias psicológicas que tratan de explorar, confrontar y entender las experiencias psicóticas (Pérez, 2012).

Además, según Chadwick (2007, p. 166), uno

“de los problemas terribles del modelo médico dominante en la investigación de la esquizofrenia es que los pacientes sienten que los clínicos no escuchan realmente sus experiencias en la medida en que los profesionales tienen una arquitectura conceptual esquemática que los lleva a ver las dificultades de sus pacientes de una manera orgánica, objetiva, materialista, no en términos sentidos, subjetivos, experienciales. Esta alienación entre sanadores y sufridores resulta en la cantidad de pacientes que no ven a los psiquiatras —en comparación, sea por caso, con las enfermeras, los trabajadores sociales y otros pacientes— de gran ayuda en su recuperación”.

Todo lo anteriormente nombrado aumentaría las posibilidades de fluctuaciones con periodos de aislamiento, hospitalización, mejoría, recaídas, deterioro, que afectan a la mayoría de las personas que padecen esquizofrenia, produciendo importantes dificultades en el funcionamiento diario y en su capacidad para vivir de forma independiente.

Por ello, la asunción de que el tratamiento farmacológico es insuficiente y que había que complementar la intervención con otros tipos de terapéuticas pronto comienza a ganar protagonismo y su estudio y desarrollo son objetivo prioritario de numerosas instituciones y líneas de investigación (Morian et al., 2015).

2.6 Terapias alternativas al tratamiento farmacológico

Para mejorar la situación general de las personas que sufren esquizofrenia, así como indirectamente de sus familiares y/o cuidadores, podemos encontrar múltiples modelos y/o técnicas.

Dos de ellos son *el paradigma Soteria y el modelo finlandés*. El paradigma Soteria *«es al menos tan efectivo como el tratamiento tradicional con base en el hospital, todo ello sin el uso de medicación antipsicótica como primer tratamiento»*.

Así, en un seguimiento de dos años, mientras que el 97% de los pacientes que siguieron el tratamiento tradicional estaban tomando medicación a dosis estándar, el porcentaje de pacientes Soteria que la recibían era del 57% y a menos de mitad de dosis (Calton, Ferriter, Huband y Spandler, 2008, en Pérez, 2012).

El modelo finlandés para el tratamiento precoz de la esquizofrenia muestra también que la medicación no es indispensable y aun en su ausencia los efectos pueden ser mejores (Alanen, Lehtinen, Lehtinen, Aaltonen y Rääköläinen, 2009, en Pérez, 2012). En el grupo de psicoterapia sin-medicación, un 42% de los pacientes no recibieron neurolépticos en absoluto durante el período de seguimiento de dos años, incluida la fase inicial. El grupo de no medicación presenta menos hospitalizaciones en dos años, menos síntomas psicóticos y otras mejoras de salud general. Con todo, el hallazgo más sobresaliente fue la presencia triple de síntomas psicóticos en el grupo de medicación estándar en comparación con el grupo sin medicación (Alanen et al., 2009, en Pérez, 2012).

En este sentido, desde el *Modelo Biopsicosocial* se promueve la autonomía de los pacientes al considerarlos sujetos capaces de desarrollar diversas habilidades para integrarse en la sociedad. Esto se logra mediante un enfoque que se enmarca en una perspectiva comunitaria de salud mental, complementado con aspectos psicológicos, sociales, familiares, ambientales y biológicos, considerando además los particulares estilos de vida de los pacientes, que requieren un plan de trabajo individualizado que tome en cuenta la evolución y manifestación de la enfermedad, que se presenta de manera diferente en cada persona.

Se basa en una relación entre el profesional y el paciente donde lo más importante es entregar un trato humanizador. Dicho tratamiento en términos generales permitiría al paciente desplegar acciones en pro de su tratamiento, es decir, otorgarle un rol activo en su proceso de rehabilitación, participando en conjunto con el equipo de profesionales de la toma de decisiones tales como la creación y planificación de talleres que aspiran al desarrollo de habilidades ocupacionales, que le sirvan al paciente para la búsqueda y mantención de un empleo, disminución de las disfunciones interpersonales, minimizar su aislamiento y aumentar las posibilidades de éxito en su establecimiento de vínculos (Cid, Muñoz, Paredes y Saavedra, 2013).

Por otra parte, Bellack (2004) señala que el *entrenamiento en habilidades sociales (EHS)*, *la terapia cognitiva conductual* y *la rehabilitación cognitiva* son las que mejor apoyo empírico reciben, destacando el primero sobre el resto por la relevancia de

sus hallazgos y la proliferación de estudios (Addington *et al.*, 2011; Mueser *et al.* 2013 ambos en Moriana *et al.*, 2015).

El entrenamiento en habilidades sociales puede ser definido como:

“una intervención estructurada, de tipo psicosocial, basada en el aprendizaje y dirigida a mejorar el funcionamiento personal y reducir el estrés y las dificultades en situaciones sociales. La intervención debe incluir la evaluación del comportamiento, en general, y de habilidades sociales e interpersonales en particular; también incluyen las habilidades de comunicación (verbal y no verbal) y las de percibir, interpretar y responder adecuadamente a situaciones comunes de la vida cotidiana” (NICE, 2014 p. 115).

El resultado de este tipo de entrenamiento no sólo supone un factor de protección ante el estrés (Lieberman, Kopelowicz y Silverstein, 2005 en Moriana *et al.*, 2015) sino que también ayuda a estabilizar los síntomas, hacer a las personas más resistentes y adheridas a su tratamiento y mejorar las posibilidades de integración social. Sus efectos van dirigidos a paliar y mejorar múltiples síntomas y situaciones propias de la esquizofrenia y de otros trastornos mentales graves, como problemas personales, síntomas positivos y negativos, efectos secundarios de los fármacos antipsicóticos, ansiedad, aislamiento social, déficits cognitivos y en habilidades de relación y comunicación. También influyen en la aceptación y conciencia del trastorno, estigma, mejora en el acceso al empleo y las relaciones en el trabajo, habilidades de la vida diaria y fomento de la independencia (gestión económica, labores del hogar, etc.).

A diferencia de los efectos producidos por el tratamiento farmacológico, los beneficios del entrenamiento en habilidades sociales suelen requerir, más tiempo y, por lo general, presentan mejores resultados cuanto más intensivo y estructurado es el tipo de entrenamiento (Wallace, 1998 en Moriana *et al.*, 2015).

Podemos hallar otras muchas técnicas, como la psicoterapia, que *“se centra en la relación interpersonal, en el entendimiento de las experiencias en el contexto biográfico, en la recuperación del sentido del yo y en devolver a la persona al horizonte de la vida y, así, salir del entrampado de la esquizofrenia, sin prometer << un jardín de rosas>>”* (Pérez, García, Vallina, Perona y Cuevas, 2011 p. 187).

Igualmente, encontramos otras herramientas como la terapia cognitivo conductual, el tratamiento asertivo comunitario, la psicoeducación familiar e intervención familiar breve, los programas de autogestión del trastorno y los programas de empleo protegido. Existen otras como la arteterapia, el asesoramiento (*counseling*) y terapias de apoyo y

los programas de gestión y recuperación de casos que actualmente reciben, desde alguna de estas instituciones, moderado apoyo a su eficacia (Mueser *et al.*, 2013; NICE, 2014 en Moriana *et al.*, 2015). Finalmente también existen otros enfoques terapéuticos prometedores como la conciencia plena (*mindfulness*), la terapia de aceptación y compromiso y la terapia cognitiva adaptativa (Cangas e Ibáñez, 2010).

Por todo ello, la asistencia a las personas con enfermedades mentales graves requiere la integración de distintos niveles de atención y diferentes tipos de intervención con el objetivo de alcanzar autonomía, calidad de vida, bienestar personal y participación social en torno al concepto de recuperación personal. De esta manera, la atención a la enfermedad mental no se reduce solo al control de los síntomas, sino que debe hacer frente a las diversas necesidades consecuentes. La atención a estas personas exige integrar intervenciones psicofarmacológicas y psicosociales en una red de salud mental formada por equipos interdisciplinarios (Ruiz, Montes, Correas, Álvarez, Mauriño y Perrino, 2012). Es decir, los principales objetivos terapéuticos en la esquizofrenia deberían abarcar más que la resolución de síntomas y englobar también la mejora del funcionamiento psicosocial y la calidad de vida de los pacientes (García-Portilla *et al.*, 2014).

2.7 Estigma y necesidades percibidas en las personas con esquizofrenia

Las personas que padecen alguna enfermedad mental a menudo se ven enfrentadas ante dos problemas que merman la recuperación y prolongan su estado crítico. El primero tiene relación con la sintomatología de la propia enfermedad y el segundo es la actitud que adopta la sociedad hacia ellos. Por lo general, esta actitud es negativa y pone a las personas en peligro de exclusión, dejándolas fuera de todo beneficio y oportunidades sociales. Estas actitudes negativas que se encuentran presentes en la sociedad, por lo general están relacionadas a la ignorancia y a la falta de información que existe sobre las enfermedades mentales, lo cual favorece la aparición del estigma (Cid *et al.*, 2013).

Basándonos en Crespí y Roca (2013), podemos afirmar que una de las barreras en la recuperación integral de los pacientes es el estigma asociado a la enfermedad mental que existe en la sociedad, que se entiende como un conjunto de actitudes, de connotación negativa, que un grupo social mantiene con sectores minoritarios que presentan algún tipo de rasgo diferencial; un rasgo diferencial o «señal» que, al identificarlos, crea en la conciencia social un estereotipo negativo hacia ellos. Como

consecuencia, una persona o un colectivo portador de este atributo deja de ser considerado «normal» y es cuestionado claramente en su valor social o colectivo.

Participan en esta acepción, de modo directo o indirecto, creencias inapropiadas, actitudes grupales, comportamientos sociales, servicios asistenciales discriminados, percepciones individuales, etc.

Dichas concepciones se sustentan en las normas socioculturales establecidas para cada comunidad o grupo social. En el caso particular de las personas con trastornos mentales, dichos estereotipos se refieren comúnmente a la eventual peligrosidad, debilidad e inutilidad de estos individuos. Lo anterior conduce, generalmente, a que se generen actitudes y actos discriminatorios de rechazo u omisión hacia ellos (Yang et al., 2007 en Mascayano, Lips, Mena y Manchego, 2015).

Si nos centramos en el denominado "estigma externo", podemos identificar una serie de actitudes sociales vinculadas al mismo (Crespí y Roca, 2013):

- Estereotipos: conjunto de creencias que un grupo de la población mantiene en relación con una minoría social y que condicionan en gran medida la percepción, el recuerdo y la valoración de sus características y conductas.
- Prejuicios: predisposiciones emocionales, habitualmente negativas, con respecto a los miembros de un grupo cuyas características están sujetas a creencias estereotipadas.
- Discriminación: propensión a desarrollar acciones positivas o negativas, por regla general de carácter negativo, habitualmente medidas en términos de distancia social deseada hacia dichos miembros.

En relación a esto, se han sintetizado las numerosas creencias erróneas respecto a las personas con esquizofrenia (WPA, 2000; Heather, 2008; Zelst, 2009 en Crespí y Roca, 2013):

- Las personas con esquizofrenia son violentas y peligrosas.
- Las personas con esquizofrenia pueden contagiar su enfermedad a otras personas.
- Las personas con esquizofrenia son personas perezosas y poco fiables.
- Las personas con esquizofrenia son incapaces de informar sobre los efectos de la medicación o sobre cualquier cosa que les suceda.
- Las personas con esquizofrenia son incapaces de tomar decisiones racionales sobre sus vidas.
- Las personas con esquizofrenia son impredecibles.

- Las personas con esquizofrenia presentan un empeoramiento progresivo a lo largo de su vida.

Las enfermedades mentales graves y las personas que las padecen son percibidas por la sociedad en general con un cierto prejuicio y realmente son grandes desconocidas, tanto en su sintomatología como en su evolución y las diversas opciones de tratamiento. Ello se evidencia en un estudio realizado por Ruiz, Correas, Montes y De Dios (2012) sobre las opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves en la sociedad española, donde el 82% de los encuestados dijo conocer la esquizofrenia, pero prácticamente la mitad (47%) manifestó no conocer a nadie con esquizofrenia.

Un 45,5% de las personas encuestadas no fue capaz de enunciar algún síntoma de la esquizofrenia. El síntoma más mencionado fue la presencia de alucinaciones (12,5% de encuestados) con especial mención a las auditivas. El segundo síntoma más mencionado fue la agresividad y violencia de las conductas (9,7%), seguido de los cambios de personalidad (6,2%), los cambios de humor (4%), los ataques o crisis (2%), la paranoia o manía persecutoria (4,6%), los delirios (3%) y el nerviosismo o estrés (3,3%).

Más de las dos terceras partes de los encuestados (68%) pensaba que una de las causas desencadenantes de la esquizofrenia es una alteración en la biología del cerebro. Prácticamente la mitad (45%) pensaba además que la herencia familiar es otro motivo desencadenante y también casi la mitad (45%) pensaba que el motivo puede ser el consumo de drogas. La gran mayoría de los encuestados (91%) opinó que las enfermedades mentales graves interfieren bastante (42%) o que interfieren tanto que impiden la vida normal (49%).

Respecto a los tratamientos útiles para abordar estas enfermedades, el 81% de los encuestados eligió los tratamientos psicológicos frente al 72% que eligió los tratamientos con medicamentos. Casi la mitad eligió la combinación de estrategias (45%).

Considerando que la integración social de los pacientes con esquizofrenia es un objetivo central en las actuales modalidades de rehabilitación e intervención psicosocial, cabe mencionar que las personas con esquizofrenia generalmente disponen de escasas redes sociales que están conformadas principalmente por sus cuidadores y familiares

cercanos, manteniendo un escaso contacto con la comunidad. Además, realizan pocas actividades recreativas y de interacción social, y solo un reducido porcentaje tiene una ocupación fuera del hogar (Gutiérrez, Caqueo, Ferrer y Fernández, 2012).

En este sentido, también es interesante señalar que la percepción que tienen los pacientes de su funcionamiento social difiere de la percepción que tienen los cuidadores respecto al mismo. Mientras los pacientes tienden a percibir de mejor forma su funcionamiento familiar, los cuidadores parecen observar lo contrario, además de experimentar una importante sobrecarga derivada del cuidado de su familiar.

Los pacientes con esquizofrenia suelen tener escasas redes sociales, que generalmente están conformadas principalmente por sus cuidadores y familiares cercanos, manteniendo un escaso contacto con la comunidad. Además, realizan pocas actividades recreativas y de interacción social, y solo un reducido porcentaje tiene una ocupación fuera del hogar. En este sentido, los cuidadores también perciben que los pacientes tienen una escasa integración social externa a la dinámica familiar, aunque perciben una adecuada capacidad de éstos para desenvolverse en su ambiente inmediato. Por ello, hay que resaltar la importancia que tiene la red social de la cual son parte los pacientes con esquizofrenia tanto para su estado funcional como para su calidad de vida y curso del trastorno.

En cuanto a la calidad de vida de los cuidadores principales, estudios previos evidencian el impacto que tiene esta labor de cuidado en la salud percibida de aquellos que la ejercen, ya que se muestra una relación inversa entre la sobrecarga general que experimentan y las interacciones sociales de los pacientes. Es decir, aquellos pacientes que mantienen mayores contactos sociales y una ocupación generan menos sobrecarga general en sus cuidadores principales. De esta forma, la variable empleo en el paciente, además de disminuir la sobrecarga del cuidador, es una condición que facilita la integración social, la disminución del gasto económico asociado al trastorno y la satisfacción de las necesidades personales de los pacientes (Gutiérrez-Maldonado et. al., 2012).

3. Objetivos

3.1 Marco de referencia

- LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud (2009-2013), específicamente centrándonos en la Línea Estratégica 1: Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental.

3.2 Objetivos específicos

- Prevenir el aislamiento social a través del fomento y fortalecimiento de las redes de apoyo y las relaciones interpersonales en las personas con esquizofrenia localizadas en el norte de la isla de Tenerife y durante los meses comprendidos entre enero y octubre del año 2017.
- Prevenir el estigma social mediante el fomento del conocimiento de la enfermedad y la prevención de prejuicios y estereotipos comunes relacionados a ella en el norte de la isla de Tenerife y durante los meses comprendidos entre enero y octubre del año 2017.

3.3 Objetivos operativos

- Lograr que un 20% de las personas que accedan al proyecto participen en las actividades propuestas.
- Realizar convivencias y actividades conjuntas con 12 entidades que trabajen con diferentes colectivos no relacionados directamente con la salud mental y donde participen 60 personas beneficiarias del proyecto.
- Contactar con 5 medios de comunicación para difundir información sobre la enfermedad y donde participen 21 personas beneficiarias del proyecto.
- Impartir 10 sesiones informativas en diferentes centros de enseñanza y servicios públicos localizados en el norte de la isla de Tenerife, y donde participen 60 personas beneficiarias del proyecto.
- Realizar 4 congresos/ sesiones informativas para los individuos que pertenezcan al entorno de las personas que colaboran en el proyecto, y donde participen 21 personas beneficiarias del mismo.

4. Indicadores

- 1.-
$$\frac{\text{Nº personas derivadas al proyecto}}{\text{Nº personas que acceden al proyecto}}$$
- 2.-
$$\frac{\text{Nº personas que participan en las actividades previstas}}{\text{Nº de personas que acceden al proyecto}}$$
- 3.-
$$\frac{\text{Nº personas que participan en las convivencias}}{60 \text{ personas con esquizofrenia que participan en el proyecto}}$$
- 4.-
$$\frac{\text{Nº de convivencias realizadas}}{12 \text{ convivencias previstas}}$$
- 5.-
$$\frac{\text{Nº de personas que difunden información en medios de comunicación}}{21 \text{ personas con esquizofrenia que participan en el proyecto}}$$

- 6.- Nº de entrevistas para difusión de información en medios de comunicación realizadas
5 entrevistas para difusión de información en medios de comunicación previstas
- 7.- Nº de personas que imparten sesiones informativas en centros de enseñanza y/o servicios públicos
60 personas con esquizofrenia que participan en el proyecto
- 8.- Nº de sesiones informativas en centros de enseñanza y/o servicios públicos realizadas
10 sesiones informativas en centros de enseñanza y/o servicios públicos previstas
- 9.- Nº de personas que imparten sesiones informativas a familiares y/o amigos
21 personas con esquizofrenia que participan en el proyecto
- 10.- Nº de sesiones informativas a familiares y/o amigos realizadas
4 sesiones informativas a familiares y/o amigos previstas
- 11.- Nº de personas que comienzan el proyecto
Nº de personas que finalizan el proyecto

5. Personas destinatarias, localización y ámbito de actuación

El presente proyecto de intervención nace de la necesidad percibida, basada en la revisión bibliográfica, relacionada con la esquizofrenia en el ámbito social a así como de los cuestionarios realizados a diferentes entidades y familiares de personas que sufren esquizofrenia. En ellos, se hace patente que dos de las necesidades principales que se detectan son la falta de redes sociales en las personas con esquizofrenia, ya que su círculo se forma mayoritariamente por padres, madres y/o hermanos/as, y por otra parte, la necesidad de que sea conocida la realidad de la enfermedad, así como su normalización en la sociedad.

Por todo ello, durante el proceso de desarrollo de este proyecto, se pretende intervenir con aquellas personas que sufran esquizofrenia que hayan sido derivadas tanto de la asociación de AFES como de las distintas unidades de servicios sociales de la zona norte (que abarcaría desde Buenavista del Norte hasta San Cristóbal de La Laguna, ambos incluidos) y que vivan en cualquiera de estos municipios de la isla. En este sentido, se hace necesario clarificar que la oficina de atención del proyecto estará localizada en el municipio del Puerto de la Cruz, debido a que está ubicado en un punto intermedio entre los municipios en los que se llevará a cabo la aplicación.

Las personas que accedan al proyecto lo harán con el fin de prevenir el aislamiento social a través del fomento y fortalecimiento de las redes de apoyo y las relaciones interpersonales, así como prevenir el estigma social mediante el fomento del conocimiento de la enfermedad y la prevención de prejuicios y estereotipos comunes relacionados a ella.

Por las actividades planificadas, serán beneficiarios de los servicios aquellas personas con esquizofrenia que además de cumplir los anteriores requisitos, sean autónomos y no experimenten patología dual.

Teniendo en cuenta que en AFES Tenerife se han atendido durante el año 2014 un total de 235 individuos (10 en el grupo de empoderamiento, 15 en el respiro familiar/programa de vacaciones, 80 en los centros de rehabilitación psicosocial y 130 en los centros ocupacionales), por lo que se prevé que se interesen o se deriven al proyecto un máximo de 250 personas con esquizofrenia.

Para alcanzar los objetivos planteados, se espera que de las personas que se prevé que estén interesadas por el proyecto, un 20% finalmente participen y sean beneficiarias del mismo (80 personas).

Además, se espera que de las personas participantes, 60 de ellas realicen convivencias y actividades conjuntas con entidades que trabajen con diferentes colectivos no relacionados directamente con la salud mental, y que impartan sesiones informativas en diferentes centros de enseñanza y servicios públicos localizados en el norte de la isla de Tenerife; así como que 21 de ellas colaboren en el contacto con medios de comunicación para difundir información sobre la enfermedad y realicen congresos/sesiones informativas para los individuos que pertenezcan al entorno de las personas que colaboran en el proyecto.

6. Método y propuesta de actuación

6.1 Método

-Organización: Es un proyecto dirigido a las personas que sufren esquizofrenia ubicadas en el norte de la isla de Tenerife (desde Buenavista del Norte hasta San Cristóbal de La Laguna, ambos inclusive). Su fin es prevenir el aislamiento social a través del fomento y fortalecimiento de las redes de apoyo y las relaciones interpersonales y prevenir el estigma social mediante el fomento del conocimiento de la enfermedad y la prevención de prejuicios y estereotipos comunes relacionados con ella. Así pues, se lleva a cabo mediante la creación de un equipo multidisciplinar formado por: 1 psicólogo/a, 1 trabajador/a social que hará también funciones de coordinación, 1 pedagogo/a social y 1 auxiliar administrativo/a, garantizando tener cubiertas las necesidades de las personas participantes durante el proceso de desarrollo del proyecto. Las funciones del o de la profesional de trabajo social, además de coordinar el equipo y asignar tareas, serán: Describir casos relacionados con la esquizofrenia, atendiendo a experiencias profesionales previas y conocimientos adquiridos; planificar y diseñar técnicas para mejorar la gestión de capacidades y habilidades personales y asesorar al equipo multidisciplinar a la hora de intervenir con los participantes; mantener un contacto fluido con los familiares de las personas participantes. El o la psicólogo/a Así, el/la psicólogo/a se centrará en las conductas, comportamientos, gestión de emociones, el/la pedagogo/a social se encargará de atender a los problemas que los/las participantes presentan y tratarlos desde instancias educativas y el/la administrativo/a de lo

correspondiente a datos y servicios financieros y de gestión principalmente. Además, todos ellos participarán en la puesta en marcha y desarrollo de las actividades planificadas, así como el contacto con las personas, servicios y/o medios que sea necesario.

Durante el proceso de desarrollo del proyecto, las personas que se beneficien del mismo acudirán a la entidad los días lunes y miércoles con el fin de organizar las actividades que se realizarán posteriormente, así como para llevar a cabo tareas que, entre otras, fomenten la comunicación, la escucha y la empatía.

Los martes, jueves y viernes que no haya actividades en el exterior, la entidad estará abierta para que los usuarios que lo consideren oportuno puedan acudir a orientaciones personalizadas o entrevistas de seguimiento, a realizar actividades si se han organizado previamente (ver películas, documentales...) así como para hacer uso de los ordenadores disponibles y de las instalaciones en general. Sin embargo, los jueves y viernes que se realicen actividades, la entidad se encontrará cerrada ya que el equipo técnico acudirá con las personas participantes a desarrollar las sesiones formativas/convivencias.

En este sentido también es preciso añadir que el proyecto facilitará a los usuarios un mini-bus para desplazarse a todas las actividades, por lo que se contará con un/a conductor/a que realice los servicios los días previstos.

-Coordinación: En primer lugar se llevará a cabo con las distintas unidades de servicios sociales del norte de la isla, y con AFES para recibir las derivaciones que previamente hayan sido valoradas.

También se coordinará con diferentes medios de comunicación, así como con servicios públicos y centros de enseñanza del norte de la isla de Tenerife para llevar a cabo las sesiones formativas para difundir/informar de la realidad de la enfermedad y donde los participantes puedan exponer sus experiencias, emociones y reflexiones.

Esto mismo se efectuará también con familiares/amigos de beneficiarios, buscando como objetivo un acercamiento y fortalecimiento de las redes de apoyo, así como el conocimiento tanto de la enfermedad como de las emociones experimentadas por la persona que la sufre.

-Participación: Para integrar a los participantes del proyecto, se realizó una revisión bibliográfica y ejecución de cuestionarios a entidades relacionados con la salud mental, con concretamente, la esquizofrenia además de a familiares de personas que la sufren, donde se establecieron como necesidades principales fortalecer las redes de apoyo y las relaciones interpersonales, y fomentar del conocimiento de la enfermedad y prevenir prejuicios y estereotipos comunes relacionados a ella.

Se prevé que serán derivados al proyecto un máximo de 250 individuos, pero se intervendrá con 80 de ellos, con los que se prevé lograr los objetivos mencionados anteriormente.

-Difusión: Del proyecto se difundirán las actividades tales como las charlas y sesiones grupales teóricas y prácticas que se llevaran a cabo, la finalidad y la duración del mismo. Además, se prevé que la difusión se logre principalmente a través de exponer en diferentes medios de comunicación información relacionada con la realidad de enfermedad así como experiencias contadas en primera persona por los participantes del proyecto.

6.2 Propuesta de actuación

Para la puesta en marcha y desarrollo de este proyecto, se realizará como primera actividad la selección del equipo técnico que llevará a cabo el mismo, así como las funciones que cada uno de ellos ha de desempeñar. Para ello, se celebrarán reuniones individuales con los/as aspirantes, donde se revise tanto su Currículum Vitae como la experiencia laboral previa en el ámbito de la salud mental. Una vez seleccionados los individuos que conformarán el equipo multidisciplinar del presente proyecto, se procederá a la firma de sus respectivos contratos de trabajo, y se empezarán a organizar los contenidos y actividades del proyecto.

La segunda actividad que se llevará a cabo será la coordinación con los diferentes nodos de servicios sociales y AFES. Este apartado hace referencia al trabajo en equipo con AFES y con todas las unidades de servicios sociales ubicadas en el norte de la isla (desde Buenavista del Norte hasta San Cristóbal de La Laguna, ambas incluidas), quienes, tras previamente haber sido informadas de la programación y objetivos perseguidos por el proyecto y haber valorado cada caso de manera individual, procederán al envío de las derivaciones de las posibles personas que participarán en el proyecto, que posteriormente el equipo técnico valorará y seleccionará basándose en

informes previos de la persona así como las observaciones realizadas durante la primera toma de contacto.

Otra actividad que será necesario realizar para desarrollar satisfactoriamente el proyecto, será la de coordinación con diferentes entidades para realizar actividades de forma conjunta. Se espera contactar con diferentes entidades y organizaciones como pueden ser DISMONORTE, ASMIPUERTO, AFES, INYME, Valle Colino, Acaman, ONCE y FUNCASOR, entre otras, para realizar actividades grupales y/o convivencias, donde se promueva el trabajo en equipo para que todos los asistentes creen lazos afectivos o nuevos contactos con los que mantener relaciones de amistad y con quienes puedan compartir actividades de ocio.

Para ello, se procederá a contactar con la asociación propuesta para informarles de la programación del proyecto y los objetivos, así como animarlos a que colaboren en él, ya que también tendrá beneficios notables para las personas que acuden a sus servicios. Una vez realizado esto, se organizará con los/as beneficiarios/as la actividad a realizar, así como los horarios y lugares a los que acudir donde éstos tendrán todo el poder de decisión. Finalmente, se notificará a la entidad colaboradora la actividad a realizar para que confirmen su asistencia.

Como cuarta actividad, encontramos la coordinación con diferentes medios de comunicación para difundir información relacionada con la realidad que viven las personas con esquizofrenia, y para que los/as participantes del proyecto que previamente hayan sido seleccionados para acudir a las entrevistas y hayan preparado los contenidos a tratar (conjuntamente con el equipo técnico y el resto de usuarios), cuenten sus experiencias personales y motiven hacia la normalización de la enfermedad. Se buscará contactar con medios de comunicación que abarquen la radio, televisión y periódicos a nivel local, provincial y/o autonómico.

La siguiente actividad se relaciona con la puesta en contacto con diferentes centros de enseñanza del norte de la isla (secundaria, bachillerato...) y servicios públicos como ayuntamientos y/o centros de salud para impartir en ellos sesiones formativas en relación a la realidad de la enfermedad. Para ello se contactará con los centros y/o servicios, se les informará de en qué consiste el proyecto y los objetivos perseguidos, y se concertará una cita para realizar las charlas. Antes de acudir, los/as usuarios/as que se decida que acudan a realizarlas, prepararán conjuntamente con el equipo técnico y el

resto de compañeros/as los puntos a tratar y las experiencias y reflexiones personales que quieren plasmar en la misma.

La sexta actividad hace referencia al contacto con los/as familiares y/o amigos/as de los usuarios/as para que acudan a congresos/ sesiones formativas donde se les facilite información sobre la realidad de la enfermedad y los/as usuarios/as puedan expresar sus emociones, sentimientos y reflexiones. Para esto, se contactará previamente con ellos para invitarlos a acudir a las sesiones, informarlos del día, hora y lugar así como confirmar su asistencia. Después de ello, se dialogará con los/as participantes para decidir quienes quieren y pueden realizar las sesiones, y preparar el material que se tratará en ellas conjuntamente con el equipo técnico y el resto de usuarios/as.

Como penúltima actividad, se procederá a la evaluación del proyecto. Para realizarlo, se tendrán en cuenta tanto las valoraciones de los/as usuarios/as en relación con cada bloque de actividades realizadas, así como la evaluación global del proyecto. Por otra parte, el equipo técnico se valdrá de las valoraciones de los/as familiares/amigos, centros de enseñanza y estadísticas de los medios de comunicación sobre la difusión y satisfacción con las sesiones formativas, así como de los cuestionarios de satisfacción cumplimentados por los/as participantes, y las observaciones y anotaciones registradas por cada miembro del equipo técnico durante el proceso de desarrollo del proyecto.

Finalmente, se elaborará la memoria de evaluación y se presentará ante las autoridades competentes.

7.Actividades

ACTIVIDADES	TAREAS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
1)Formación del equipo multidisciplinar	1)Selección del equipo técnico	Entrevistas individuales	Currículum Vitae
		Valoración de capacidades y habilidades del técnico en el ámbito de la salud mental	Entrevista personal
		Valoración del perfil profesional de cada miembro que formará el equipo multidisciplinar	Valoración de CV en relación con los resultados obtenidos en la entrevista personal y la experiencia en el ámbito de la salud mental
	2)Asignación de roles/funciones	Reunión individual con el técnico para comunicarle el puesto a desempeñar	Firma del contrato de trabajo

2)Coordinación con los diferentes nodos de Servicios Sociales y AFES	3)Informar sobre el proyecto, sus objetivos y beneficios para los participantes	Reuniones conjuntas entre las entidades y/o servicios y el equipo multidisciplinar	Folletos Material audiovisual
	4)Recepción de derivaciones de posibles participantes	Estudio previo de la situación personal del posible participante	Informe social
		Valoración previa de los profesionales que realizan la derivación	Informe médico
	5)Selección de personas que serán beneficiarias del proyecto	Entrevistas individuales	Observaciones registradas por el profesional durante la entrevista
		Análisis de autonomía, capacidades, motivación...	

continuación

3) Coordinación con entidades para realizar actividades de forma conjunta	6) Informar sobre el proyecto, sus objetivos y beneficios para los participantes	Reuniones conjuntas entre las entidades y el equipo multidisciplinar	Folletos Material audiovisual
	7) Organizar qué beneficiarios acudirán a cada actividad	Consultar con participantes quienes quieren/pueden acudir y quienes no	Contacto telefónico Lista final de participantes que acudirá a la actividad
	8) Organizar horarios y lugar al que se acudirá conjuntamente con la entidad con la que se va a realizar	Contacto con la entidad con la que se realizará la actividad	Contacto telefónico/vía e-mail
		Contacto con los posibles lugares a los que se acudirá	Folletos/plataforma web/contacto telefónico con el lugar donde se podría realizar la actividad
	9) Estructurar el planning de la actividad que se va a realizar	Contacto con la entidad con la que se realizará la actividad	Contacto telefónico/vía e-mail
		Contacto con los posibles lugares a los que se acudirá	Folletos/plataforma web/contacto telefónico con el lugar donde se podría realizar la actividad
	10) Realizar la actividad planificada	Acudir al lugar donde se desarrollará	Vehículos propios o facilitado por el proyecto Hoja de asistencia Observación participante Registro sobre opinión de los participantes de la actividad realizada y lo aprendido en la misma

<i>continuación</i>			
4) Coordinación con diferentes medios de comunicación para difundir información sobre la enfermedad de esquizofrenia	11) Informar al medio contactado en qué consiste el proyecto, así como los objetivos perseguidos	Contacto con el posible medio de comunicación donde se difundirá la información	Contacto telefónico y/o vía e-mail
	12) Organizar los puntos que se tratarán en la entrevista con los medios de comunicación	Reuniones conjuntas entre todas las personas beneficiarias del proyecto y el equipo multidisciplinar	Información obtenida de revisión bibliográfica Aportaciones de participantes Guión final con temas a tratar
	13) Organizar qué beneficiarios acudirán a las entrevistas	Consultar con los participantes quienes quieren/pueden acudir y quienes no	Contacto telefónico y/o reunión individual Lista final de participantes que acudirán
	14) Planificar horarios y lugar al que se acudirá a realizar la entrevista	Contacto con el posible medio de comunicación donde se difundirá la información	Contacto telefónico y/o vía e-mail
		Reunión conjunta con participantes que acudirán a la entrevista	Acta con temas tratados y resultados obtenidos
15) Realizar la actividad planificada	Acudir al lugar donde se desarrollará	Vehículos propios o facilitado por el proyecto Hoja de asistencia Observación participante Registro sobre opinión de los participantes de la actividad realizada y lo aprendido en la misma	

continuación

5)Coordinación con diferentes centros de enseñanza y servicios públicos para impartir las sesiones formativas	16)Informar al centro o servicio de en qué consiste el proyecto, así como los objetivos perseguidos	Contacto con el posible centro de enseñanza o servicio donde se difundirá la información	Contacto telefónico y/o vía e-mail
	17)Organizar los puntos que se tratarán en las sesiones formativas	Reuniones conjuntas entre todas las personas beneficiarias del proyecto y el equipo multidisciplinar	Información obtenida de revisión bibliográfica Aportaciones de participantes Guión final con temas a tratar
	18)Organizar qué beneficiarios acudirán a las sesiones formativas	Consultar con los participantes quienes quieren/pueden acudir y quienes no	Contacto telefónico y/o reunión individual Lista final de participantes que acudirán
	19)Planificar horarios y lugar al que se acudirá a impartir las sesiones formativas	Contacto con el posible centro de enseñanza o servicio donde se difundirá la información	Contacto telefónico y/o vía e-mail
		Reunión conjunta con participantes que acudirán a la entrevista	Acta con temas tratados y resultados obtenidos
20)Realizar la actividad planificada	Acudir al lugar donde se desarrollará	Vehículos propios o facilitado por el proyecto Hoja de asistencia Observación participante Registro sobre opinión de los participantes de la actividad realizada y lo aprendido en la misma	

continuación

6) Coordinación con los familiares y/o amigos de las personas participantes del proyecto para que acudan a los congresos/sesiones formativos	21) Informar a las personas invitadas en qué consiste el proyecto, así como los objetivos perseguidos	Contacto con los posibles familiares/amigos invitados	Contacto telefónico y/o vía e-mail
	22) Organizar los puntos que se tratarán en los congresos/sesiones formativas	Reuniones conjuntas entre todas las personas beneficiarias del proyecto y el equipo multidisciplinar	Información obtenida de revisión bibliográfica Aportaciones de participantes Guión final con temas a tratar
	23) Organizar qué beneficiarios acudirán a impartir los congresos/sesiones formativas	Consultar con los participantes quienes quieren/pueden acudir y quienes no	Contacto telefónico y/o reunión individual Lista final de participantes que acudirán
	24) Planificar horarios y lugar al que se acudirá a impartir los congresos/sesiones formativas	Reunión conjunta con participantes que acudirán a la entrevista	Acta con temas tratados y resultados obtenidos
	25) Realizar la actividad planificada	Acudir al lugar donde se desarrollará	Vehículos propios o facilitado por el proyecto Hoja de asistencia Observación participante Registro sobre opinión de los participantes de la actividad realizada y lo aprendido en la misma

<i>continuación</i>			
7)Realización de la evaluación del proyecto	26)Valoración de las personas participantes sobre los cambios experimentados y conocimientos adquiridos durante el proyecto, así como de la calidad del servicio	Puesta en común	Exposiciones dialogadas sobre logros conseguidos Cuestionarios de satisfacción de las diferentes actividades realizadas Cuestionarios de satisfacción con el servicio y actividades globales
		Valoración de los participantes sobre los cambios experimentados y conocimientos adquiridos durante el proyecto, así como de la calidad del servicio	
	27)Valoración del equipo técnico acerca de la evolución de los participantes y si se han logrado o no los objetivos	Contacto con familiares para recoger su satisfacción	Cuestionarios de satisfacción sobre el contenido de los congresos/sesiones formativas
		Valoración de el grado de acogida que han tenido las entrevistas en los medios de comunicación	Datos estadísticos
		Valoración de los centros de enseñanza y servicios públicos	Cuestionarios de satisfacción sobre el contenido de las sesiones formativas
8)Finalización del proceso	28)Presentación ante las autoridades competentes	Redacción de la memoria de evaluación	Memoria de evaluación

7.1 Temporalización

	CRONOGRAMA GENERAL									
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
Formación del equipo multidisciplinar	16-31	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coordinación con los diferentes nodos de Servicios Sociales y AFES	-	1-28	-	-	-	-	-	-	-	-
Realización de convivencias y actividades conjuntas con entidades que trabajen con diferentes colectivos no relacionados directamente con la salud mental	-	-	-	28	12	23,30	7,14,28	4,11,25	1,15	-
Difusión de información relacionada con la esquizofrenia en medios de comunicación	-	-	30	-	25	-	20	17	14	-
Presentación de sesiones informativas en relación a la esquizofrenia en centros de enseñanza y servicios públicos localizados en el norte de la isla de Tenerife	-	-	10,24	7,21	5,19	2,16	-	-	8,22	-
Realización de congresos/ sesiones informativas en relación a la esquizofrenia para los individuos que pertenezcan al entorno de las personas que se benefician del el proyecto	-	-	-	13	-	8	-	31	28	-
Realización de la evaluación del proyecto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1-15
Finalización del proceso	-	-	-	-	-	-	-	-	--	16-31

	CRONOGRAMA SEMANAL				
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Preparación de la actividad/es que se realizarán la semana siguiente, de forma conjunta entre los/as participantes y el equipo técnico					
Servicio orientación/seguimiento para los/as beneficiarios/as que lo deseen					
Disponibilidad de uso de instalaciones y material de la entidad para los/as beneficiarios/as que lo deseen					
Contacto del equipo técnico con los medios de comunicación, entidades/asociaciones, centros de enseñanza/servicios públicos, y/o familiares para facilitar información sobre el proyecto, sus objetivos y fines perseguidos, concretar cita para realizar las entrevistas/sesiones formativas/charlas/convivencias así como confirmar asistencia					
Ejecución de entrevistas/sesiones formativas/charlas/convivencias					

8. Recursos

RECURSOS HUMANOS	FUNCIONES
1 Psicólogo/a	<ul style="list-style-type: none"> • Exponer causas, motivos, efectos de la esquizofrenia y su impacto en persona que lo sufre. • Ayudar a externalizar emociones. • Planificar y diseñar técnicas para mejorar la gestión de capacidades y habilidades personales. • Asesorar al equipo multidisciplinar a la hora de intervenir con los participantes.
1 Trabajador/a Social	<ul style="list-style-type: none"> • Describir casos relacionados con la esquizofrenia, atendiendo a experiencias profesionales previas y conocimientos adquiridos. • Coordinar las reuniones con el equipo técnico, así como el diseño de la programación que se llevará a cabo en el proyecto. • Planificar y diseñar técnicas para mejorar la gestión de capacidades y habilidades personales. • Asesorar al equipo multidisciplinar a la hora de intervenir con los participantes.
1 Pedagogo/a Social	<ul style="list-style-type: none"> • Planificar y diseñar técnicas de enseñanzas útiles y satisfactorias en relación con la comunicación, escucha, empatía, trabajo en equipo, entre otros. • Asesorar al equipo multidisciplinar a la hora de intervenir con los participantes.
1 Administrativo/a	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionar la documentación recibida y realizada durante el desarrollo del proyecto. • Elaborar las previsiones presupuestarias. • Realizar solicitudes y gestiones pertinentes.
1 Conductor/a con permiso de conducir tipo D	<ul style="list-style-type: none"> • Transportar a las personas participantes que no dispongan de vehículo propio y al equipo multidisciplinar a las actividades, sesiones formativas, charlas y/o entrevistas los días que sea necesario.
80 personas con esquizofrenia localizadas en el norte de la isla de Tenerife	<ul style="list-style-type: none"> • Participar en el proyecto.

TÉCNICOS	MATERIALES	INSTITUCIONALES
<ul style="list-style-type: none"> Equipos para exposiciones de material audiovisual Ordenadores 	<p>Fungibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> Material de oficina Mini bus <hr/> <p>No fungibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> Local específico donde el equipo técnico realice sus funciones y celebre reuniones, así como para impartir las sesiones teóricas y prácticas y realizar labores de planificación y gestión 	<ul style="list-style-type: none"> Servicios Sociales del norte de la isla de Tenerife AFES Tenerife Entidades colaboradoras (DISMONORTE, ASMIPUERTO, AFES, INYME, Valle Colino, Acaman, ONCE, FUNCASOR, entre otras). Fundación La Caixa Ayuntamiento de La Laguna Cabildo de Tenerife Gobierno de Canarias Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

9. Presupuesto y financiación

PRESUPUESTO	FINANCIACIÓN
Ingresos: <ul style="list-style-type: none">• Aportaciones de la entidad promotora: 32.727€.• Subvenciones y ayudas: 27.835,5€.	<ul style="list-style-type: none">• Subvención destinada a atender a personas que se encuentren en situación de emergencia social, en riesgo de exclusión social o en situación de exclusión social, financiado por el Cabildo de Tenerife• Ayudas a proyectos culturales o educativos, financiado por Fundación La Caixa.
Gastos: <ul style="list-style-type: none">• Costes de personal: 24.000€.• Costes de auditoría externa: 1500€.• Material y equipo: 27.410€.• Local: 2.700€.• Dietas: 1.600€.• Gastos de funcionamiento: 540€.• Imprevistos (5%): 2.767,5€.	<ul style="list-style-type: none">• Subvenciones de cooperación social, financiado por el Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife.• Subvenciones de Acción Social Institucional para la Integración Social, a través de convocatorias públicas y de subvenciones específicas, financiado por el Gobierno de Canarias.• Subvenciones dentro del Plan de Exclusión Social, financiado por el Gobierno de Canarias• Subvenciones y ayudas financiadas por el Ayuntamiento de San Cristóbal de La Laguna.• Convocatorias de Subvenciones y ayudas en Boletines Oficiales del Estado, de Canarias y de la Provincia.

Como se puede observar en la tabla, el coste total de gastos del proyecto es de 59.017,5€.

En cuanto al coste de personal, corresponde la cantidad de 24.000€. Esto se debe a que los/as profesionales serán contratados en una jornada laboral de lunes a viernes en horario de 9:00 a 14:00pm durante el desarrollo del proyecto, salvo la persona que desarrollará el rol de conductor del mini bus, que será contratada de forma puntual para los servicios de transporte que sean necesarios.

Con respecto al presupuesto calculado para los materiales y equipos, se prevé que 27.835,5€ serán subvencionados por empresas privadas, organizaciones sin ánimo de lucro y/o a través de subvenciones de organismos públicos (cañón de proyección,

pantalla, sillas, mesas, estanterías, ordenadores y mini bus), mientras que la cantidad restante, correspondiente a 900€ será financiada por el Cabildo Insular de Tenerife y/o el Gobierno de Canarias, destinándose a la compra de materiales de oficina, tales como rotuladores, libretas, bolígrafos, etc.

Además, el presupuesto de 2.700€ será destinado al alquiler de un local que será utilizado para realizar las labores de planificación, gestión, etc y para que las personas beneficiarias puedan hacer uso y disfrute de las instalaciones y recursos disponibles.

Por otro lado, el presupuesto para dietas (1.600€), está destinado a los gastos originados por cuestiones de traslado de los profesionales para llevar a cabo la coordinación con las entidades y medios de comunicación que sea necesario, principalmente, además de para otros imprevistos relativos a las dietas.

En cuanto al presupuesto de funcionamiento (540€), está destinado a los gastos originados por el local, tales como agua, electricidad, etc.

Por último, los gastos de imprevistos hacen referencia a algún gasto añadido que pueda presentarse durante el proceso de realización e implementación del proyecto, que se calcula en base al 5% de los gastos totales.

10. Sistema de evaluación

Según Ander-Egg, (1990, p. 19) “la evaluación consiste en utilizar una serie de procedimientos destinados a comprobar si se han conseguido o no las metas y objetivos propuestos, identificar los factores o razones que han influido en los resultados y formular las recomendaciones pertinentes que permitan tomar decisiones con el fin de introducir correcciones o los reajustes que sean necesarios.”

En relación al tipo de evaluación que se utilizará, se han elegido dos tipos, siendo una de ellas la evaluación de procesos, que se entiende como “aquella que se realiza durante el desarrollo de un proyecto que sirve específicamente para retroalimentarlo. Por tanto, se aplica durante las fases de diagnóstico, formulación, implementación y ejecución del proyecto” (Espinosa Vergara, 1993). El otro tipo de evaluación que será utilizada, será la de resultados, que se realizará una vez haya finalizado el proyecto, para conocer si los objetivos han sido alcanzados o no.

Por otra parte, se ha decidido además utilizar una evaluación mixta, que se lleva a cabo tanto por el equipo técnico que desarrolla el proyecto, como evaluadores externos a la institución que lo ejecuta.

En este sentido, la evaluación interna fomenta una autoevaluación crítica del proyecto desde el equipo que lo pone en marcha, aumentando el conocimiento de las debilidades y fortalezas que se disponen para obtener mejores resultados. Esta evaluación será llevada a cabo por el equipo multidisciplinar (trabajador/a social, psicólogo/a y pedagogo/a social).

Por otro lado, la evaluación externa aportará una perspectiva crítica y objetiva sobre la viabilidad, implementación y obtención de resultados, desde el criterio de profesionales ajenos al diseño y ejecución del proyecto que nada han tenido que ver con la creación e implementación del proyecto. Dicha evaluación la llevará a cabo una auditoría externa que será contratada para ello.

Para conocer si se han logrado los objetivos, se analizarán los datos obtenidos en base a los indicadores propuestos, es decir, la cantidad de cada indicador que se ha logrado. Además, como apoyo a la evaluación se tendrán en cuenta los cuestionarios de satisfacción cumplimentados por los participantes, así como las anotaciones de los profesionales en relación a lo ocurrido durante el desarrollo del proyecto.

Por último, se realizará una evaluación ICO para conocer el grado de eficacia y eficiencia con el que han sido alcanzados (o no) los objetivos.

11. Factores externos

El logro de la consecución de los objetivos definidos dependerá de factores externos ajenos al control de la planificación previa del proyecto

El éxito de la implementación del proyecto, así como el logro de los objetivos definidos, se podrán ver afectados por ciertos factores externos ajenos a la planificación del proyecto y acción del equipo multidisciplinar que lo ejecute. El alcance del número de derivaciones dependerá de la coordinación con los puntos de Servicios Sociales del norte de la isla, así como de AFES, por lo que de ello dependerá que se alcancen el número de participantes previstos para incorporarse y ser beneficiarios/as del proyecto.

Por otra parte, debemos tener en cuenta que podrán afectar las decisiones y coordinación con otras entidades ajenas al ámbito de enfermedad mental, con los medios de comunicación, los centros de enseñanza y/o servicios públicos, y por último, los familiares y/o amigos con los que se contacten, ya que de ello también podría influir en que se consigan alcanzar el número de sesiones formativas, charlas y convivencias que se espera serán impartidas para lograr los objetivos.

Bibliografía

1. AFES Canarias. *Memoria Anual del año 2014*. Recuperado de: http://www.afescanarias.org/que_quieres_saber/documentos.html
2. Ander-Egg, E., (1990). *Evaluación de programas de trabajo social*. (pp. 19). Buenos Aires: Hvmantas.
3. Arenas, A., Gómez, C., Bohórquez, A., Vélez, A., Castro, S., Jaramillo, L. y García, J., (2014). Prevención y tratamiento de los efectos adversos agudos más frecuentes por el uso de antipsicóticos en pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44 (3), 19-33).
4. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife. *Subvenciones de cooperación social*. Recuperado de: <https://www.sctfe.es/nc/tramites/atencion-social/tramite/subvenciones-de-cooperacion-social-a-entidades-sin-animo-de-lucro/>
5. Bellack, A., (2004). Skills training for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27 (4), 91-375.
6. Berrocal-Izquierdo, N., y Bernardo, M. (2014). Esquizofrenia y enfermedad cerebrovascular. Descripción de una serie y revisión bibliográfica. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 42 (2), 74-82.
7. Birchwood, M., (1999). *Early intervention in psychosis: the critical period*. (pp. 64-226). New York: Cambridge University Press.
8. Cabildo de Tenerife. *Subvención destinada a atender a personas que se encuentren en situación de emergencia social, en riesgo de exclusión social o en situación de exclusión social*. Recuperado de: <https://sede.tenerife.es/sede/de/tramites-y-servicios/item/387-subvencion-destinada-a-ayuntamientos-y-entidades-de-voluntariado-de-la-isla-de-tenerife-que-atiendan-a-personas-que-se-encuentren-en-situacion-de-emergencia-social-en-riesgo-de-exclusion-social-o-en-situacion-de-exclusion-social>
9. Cangas, A. e Ibañez, V. (2010). *Tratamiento del trastorno mental grave*. Granada: Alborán.

10. Chadwick, P. (2007). Peer-professional first-person account: Schizophrenia from the inside phenomenology and the integration of causes and meanings. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 166-173.
11. Cid, N., Muñoz, C., Paredes, J. y Saavedra, J. (2013). Tratamiento biopsicosocial de pacientes con esquizofrenia: Análisis del discurso de los profesionales del equipo multidisciplinar de un hospital de Santiago de Chile. *Revista Sul-Americana de Psicología*, 2 (1), 186-198.
12. Crespí, G. y Roca, M., (2013). El estigma social. En Bobes, J., y Saiz, J., (coord.), *Impacto social de la esquizofrenia*. (pp. 19-38). Barcelona: Editorial Glosa.
13. Espinosa Vergara, M. (1993). *Evaluación de proyectos sociales*. Buenos Aires: Hvmánitas.
14. Fundación La Caixa. *Ayudas a proyectos culturales o educativos*. Recuperado de: <http://www.cajacanarias.com/newsletter/ayuda-culturales-educativas/2016/>
15. García-Portilla, M., Gomar, J., Bobes-Bascaran, M., Menendez-Miranda, I. y Goldberg, T. (2014). Desarrollo de la versión española de la Escala Breve para la Evaluación de la Capacidad Funcional [Sp-UPSA-Brief] para pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7 (3), 113-120.
16. Gobierno de Canarias. *Subvenciones de Acción Social Institucional para la Integración Social, a través de convocatorias públicas y de subvenciones específicas*. Recuperado de: http://www.gobiernodecanarias.org/opencvms8/export/sites/politicassociales/infanciayfamilia/.content/PDF/plan_subvenciones.pdf
17. Gobierno de Canarias. Subvenciones dentro del Plan de Exclusión Social, a través de convocatoria pública. Recuperado de: http://www.gobiernodecanarias.org/opencvms8/export/sites/politicassociales/infanciayfamilia/.content/PDF/plan_subvenciones.pdf
18. Gutiérrez, J., Caqueo, A., Ferrer, M. y Fernández, P. (2012). Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. *Psycotema*, 24 (2), 255-262.

19. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
20. López-Muñoz, F., Molina, M. y Álamo, C. (2012). *Terapéutica farmacológica de los trastornos del sistema nervioso. Programa de actuación en farmacología y farmacoterapia.* (pp. 241-262). Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
21. Mascayano, F., Lips, W., Mena, C. y Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales graves: Características e intervenciones. *Salud Mental México*, 38 (1).
22. Medeiros-Ferreira, M., Obliols, J., Navarro, J. y Zuñiga, A. (2013). Síndrome metabólico y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41 (1), 17-26.
23. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, (2011). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. (pp. 41-56). Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
24. Moriana, J., Liberman, R., Kopelowicz, A., Luque, B., Cangas, A. y Alós, F. (2015). El entrenamiento en habilidades sociales en la esquizofrenia. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 23 (1), 5-24.
25. National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Psychosis and Schizophrenia in adults.* (pp. 277-300). National Collaborating Centre For Mental Health.
26. National Institute of Mental Health (1987). *Towards a model for a comprehensive community base mental health system.* Washington DC: NIMH.
27. Ojeda, N., Peña, J., Bengoetxea, E., García, A., Sánchez, P, Elizgárate, E.,... Eguíluz, J., (2012). Evidencias de la eficacia de la rehabilitación cognitiva en psicosis y esquizofrenia con el programa REHACOP. *Revista de Neurología*, 54 (10), 577-586.
28. Organización Mundial de la Salud, (2011). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.* (pp. 3-46). Malta: OMS.

29. Organización Mundial de la Salud, (2004). *Invertir en salud mental*. (pp. 7-36). Suiza: OMS.
30. Pellicer, A. (2014). *Diferencias entre la esquizofrenia y la psicosis*. Recuperado de: <http://www.psyciencia.com/2014/28/diferencias-entre-la-esquizofrenia-y-la-psicosis/> el 10 de junio de 2016.
31. Pérez, M., (2012). Esquizofrenia y cultura moderna: Razones de la locura. *Psicothema*, 24 (1), 1-9.
32. Pérez, M., (2013). Las raíces de la psicopatología moderna: La melancolía y la esquizofrenia. *Rehabilitación psicosocial*, 10 (1), 42-43.
33. Pérez, M., García, J., Vallina, O., Perona, S., Cuevas, C., (2011). New life for psychotherapy in the light of phenomenology. *Clynical Psychlogy and Psychotherapy*, 18, 187-201.
34. Ruiz-Iriondo, M., Salaberria, K. y Echeburúa, E. (2013). Análisis y tratamiento psicológico de la esquizofrenia en función de los estadios clínicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41 (1), 52-59.
35. Ruiz, M., Montes, J., Correas, J., Álvarez, C., Mauriño, J. y Perrino, C. (2012). Opiniones y creencias sobre enfermedades mentales graves en la sociedad española. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5 (2).
36. Zapata, J., Rangel, A. y García, J. (2015). Psicoeducación en esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44 (3). Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502015000300004

Anexos

Anexo 1. Cuestionario para la detección de necesidades desde las entidades

CUESTIONARIO PARA EL ESTUDIO DE LAS NECESIDADES QUE SE DETECTAN DESDE LAS ENTIDADES DE LAS PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA EN LA ISLA DE TENERIFE	
La Universidad de La Laguna, mediante el Trabajo de fin de Grado del Grado de Trabajo Social realiza un estudio para conocer las necesidades que detectan los y las profesionales de las entidades que trabajan con el colectivo de personas con esquizofrenia	
Nombre de la entidad	
Persona a la que se le realiza la entrevista	
Cargo que ocupa la persona entrevistada en la entidad	
1. Cuáles son los objetivos de la entidad y a qué colectivo va dirigido.	
2. Con cuántas personas se trabaja.	
3. Qué acciones se realizan desde la entidad.	
4. Qué personas suelen realizar las labores de cuidado a las personas con esquizofrenia	
5. Qué necesidades se detectan desde la entidad en las personas con esquizofrenia	

Anexo 2. Cuestionario para la detección de necesidades desde los familiares

CUESTIONARIO PARA EL ESTUDIO DE LAS NECESIDADES QUE DETECTAN LOS FAMILIARES DE LAS PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA EN LA ISLA DE TENERIFE

La Universidad de La Laguna, mediante el Trabajo de fin de Grado del Grado de Trabajo Social realiza un estudio para conocer las necesidades que detectan los y las profesionales de las entidades que trabajan con el colectivo de personas con esquizofrenia

Nombre de la persona a la que se le realiza la entrevista

Relación con el individuo afectado

1. Desde cuándo la persona está diagnosticada con esquizofrenia y qué edad tiene actualmente

2. Qué medicación toma para paliar los efectos de la enfermedad

3. Cuántas personas realizan las labores de cuidado además de usted

4. Cuántas personas más tiene usted a su cargo

5. Qué actividades realizan y/o comparten juntos y cuáles realiza la persona de forma autónoma

6. Acude a alguna entidad y/o recinto a realizar algún tipo de actividad. En caso afirmativo, cuáles

7. Qué necesidades detecta en las personas con esquizofrenia

Anexo 3. Plantilla de evaluación ICO para medir eficacia y eficiencia en el logro de los objetivos planteados

Objetivos	Actividades	Cantidad prevista en tiempo previsto	Índice de cobertura máximo a alcanzar	Cantidad real alcanzada en tiempo previsto	Índice de cobertura real alcanzado	Índice de cumplimiento de los objetivos= 20
RESULTADO ICO:						
Descripción de las actividades:						
Observaciones:						