



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

ESTUDIO DE LA RELACIÓN FAMILIAR EN PACIENTES EN EL CENTRO
NEUROPSIQUIÁTRICO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN COMO ÚLTIMO RECURSO
STUDY OF THE FAMILY RELATIONSHIP IN PATIENTS AT THE NEUROPSYCHIATRIC
CENTER "NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN" AS A LAST RESORT

Autora:

María Cruz Soldevilla Lozano

Directora:

Beatriz Lacruz Casaucau

Codirectora:

Ana María Clemente Brun

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo
Grado en Trabajo Social
2020-2021

Autora: María Cruz Soldevilla Lozano

Directoras: Beatriz Lacruz Casaucau y Ana María Clemente Brun

Título del trabajo: Estudio de la relación familiar en pacientes en el Centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen como último recurso

Titulación: Grado en Trabajo Social

Resumen

El presente Trabajo de Fin de Grado pretende analizar el perfil y las relaciones familiares de pacientes con trastorno mental grave ingresados en el Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen de Garrapinillos (Zaragoza). Debido a que la mayoría de los pacientes son refractarios, muchos son derivados al centro como última red de recursos, tras haber agotado anteriormente todos los recursos existentes dentro de la comunidad. Por estos motivos, el trabajo con las familias es complejo y esencial. Para poder aportar una visión objetiva sobre el tema tratado, se han realizado entrevistas a varios profesionales del centro y se ha realizado una revisión exhaustiva de todas las historias sociales de cada uno de los pacientes. Los resultados muestran que los pacientes llevan un largo recorrido psiquiátrico que ha deteriorado en gran medida la comunicación con su familia y que, a pesar de que, en muchos casos, los familiares han cedido su protección a la administración, siguen proporcionándoles implicación emocional, material y médica y esta ha mejorado con la estancia en el centro.

Palabras clave: Salud mental, Trastorno mental grave, Relaciones familiares, Trabajo social, Centro Neuropsiquiátrico

Abstract

The main aim of this end-of-degree project is to analyze the profile and the family relationships of patients with severe mental disorder admitted in "Nuestra Señora del Carmen" Neuropsychiatric Center, located in Garrapinillos (Zaragoza). Since most patients are refractory, many are referred to the center as a last resort because they have previously consumed all existing resources within the Community. For these reasons, working with families is a complex and essential task. In order to provide an objective view of the subject matter, interviews have been conducted with several professionals working in the center and an exhaustive review of all the social record of each of the patients has been carried out. The results show that patients have been in psychiatric facilities for a long time. This has greatly impaired communication with their family and, despite the fact that in many cases, relatives have transferred their protection to the administration, they continue to provide them with emotional, material and medical support, which has also improved with the stay in the center.

Keywords: Mental health, Severe mental disorder, Family relations, Social work, Neuropsychiatric Center

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	5
2.	OBJETIVOS	6
2.1.	OBJETIVO GENERAL.....	6
2.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
3.	MARCO TEÓRICO	7
3.1.	SALUD MENTAL.....	7
3.2.	TRASTORNO MENTAL GRAVE.....	8
3.3.	NEUROPSIQUIÁTRICO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN.....	10
3.4.	PAPEL DEL TRABAJADOR O TRABAJADORA SOCIAL (TS) EN LA SALUD MENTAL.....	12
3.5.	PAPEL DE LA FAMILIA EN LA SALUD MENTAL	14
3.6.	EL MODELO CIRCUMPLEJO DE SISTEMAS MATERIALES Y FAMILIARES DE OLSON	15
4.	METODOLOGÍA.....	17
4.1.	CARÁCTER DE LA INVESTIGACIÓN Y TÉCNICA DE LA RECOGIDA DE DATOS.....	17
4.2.	DISEÑO DE LA ENCUESTA.....	18
4.3.	POBLACIÓN Y MUESTRA	19
4.4.	VARIABLES EN ESTUDIO. CLASIFICACIÓN Y TÉCNICAS ESTADÍSTICAS UTILIZADAS	19
5.	RESULTADOS.....	21
5.1.	PERFIL DEL PACIENTE	21
5.2.	ENFERMEDAD Y SU PROGRESO.....	22
5.3.	SITUACIÓN LEGAL	26
5.4.	SITUACIÓN FAMILIAR.....	29
6.	CONCLUSIONES	37
7.	BIBLIOGRAFÍA	39
	Anexo 1: Encuesta de datos identificativos de pacientes con Trastorno Mental Grave	41
	Anexo 2: Encuesta a los profesionales sobre las relaciones familiares	42

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Sexo de los pacientes (izquierda) y de su estado civil según el sexo (derecha)	21
Figura 2: Edad de los pacientes (izquierda) y lugar de nacimiento (derecha) según el sexo	22
Figura 3: Diagnósticos agrupados según el sexo	23
Figura 4: Edad del primer contacto con salud mental según el sexo	24
Figura 5: Tiempo diagnosticado según el sexo	25
Figura 6: Tiempo en el centro desde el último ingreso según el sexo.....	25
Figura 7: Número de ingresos anteriores al último ingreso según el sexo.....	26
Figura 8: Incapacitación judicial (izquierda) y el modo de incapacitación del paciente (derecha)	27
Figura 9: Responsable en el momento de la incapacitación (izquierda) y responsable actual (derecha).....	27
Figura 10: Familiar a cargo en el momento de la incapacitación (izquierda) y actualmente (derecha).....	28
Figura 11: Tiempo que llevan incapacitados según el sexo.....	28
Figura 12: Situaciones de miedo, problemas de convivencia, agresividad y violencia que han padecido los familiares de los pacientes según el sexo.....	29
Figura 13: Situaciones problemáticas que han padecido los familiares de los pacientes según el sexo.....	30
Figura 14: Existencia de familiares (izquierda) e intervención de todos los familiares (derecha)	30
Figura 15: Familias implicadas (izquierda) y tipo de implicación (derecha) según el sexo.....	31
Figura 16: Nivel de implicación: emocional (arriba izquierda), material (arriba derecha), médica (abajo izquierda), y los niveles agrupados (abajo derecha)	33
Figura 17: Evolución de los familiares en la implicación del paciente según el sexo	33
Figura 18: Tipo de comunicación (izquierda) y actitud que se muestra en las visitas (derecha)	34
Figura 19: Modos de comunicación que se disfrutan.....	34

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tamaño de la población y tamaño de la muestra considerados	19
Tabla 2. Clasificación de las variables en estudio según el bloque en el que aparecen en la encuesta	20
Tabla 3. Nuevas variables cuantitativas calculadas a partir de los datos recogidos en la encuesta	20
Tabla 4: Estado civil según el sexo.....	21
Tabla 5: Diagnóstico de los pacientes según el sexo	23
Tabla 6: Responsable en el momento de la incapacitación y actualmente según el sexo	27
Tabla 7: Niveles de implicación según el sexo.....	32
Tabla 8: Frecuencia de las visitas y familiar principal que realiza la visita	35
Tabla 9: Frecuencia de las llamadas telefónicas y familiar principal que visitan.....	35
Tabla 10: Frecuencia de los permisos y familiar principal con el que se comunican	36

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Esta investigación surge tras la realización del Prácticum de Intervención de 4º curso del Grado en Trabajo Social en el Centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen de Zaragoza a partir de la que se inicia mi interés en el papel del Trabajador o Trabajadora Social (TS) en el ámbito de la salud mental y el ámbito familiar, debido a las diferentes características que presenta el dispositivo en diferencia a otros recursos destinados a salud mental. La mayoría de los pacientes sufre un trastorno mental grave y se caracteriza por sufrir graves alteraciones mentales con una larga duración y un deterioro progresivo, llegando a causar un alto grado de discapacidad y disfunción social, por lo que han tenido que ser atendidos en diversos recursos asistenciales encontrados en la red de atención psiquiátrica dentro de la Comunidad Autónoma. Otra dificultad a la que hacen frente es a vivir con el estigma social que supone la enfermedad. Las características más destacables en este recurso, en cuanto al perfil de los pacientes, son la larga trayectoria en los recursos psiquiátricos y que en su mayoría son pacientes refractarios con patología dual. La mayoría de ellos se deriva como último recurso tras haber agotado anteriormente todas las redes de recursos destinados a salud mental existentes dentro de la Comunidad Autónoma, esto se debe a que anteriormente no han superado los programas propuestos.

A raíz de conocer el perfil de los pacientes, haber tratado con los familiares y sobre todo gracias a la trabajadora de referencia (codirectora de este trabajo), nació el interés por el estudio de su ámbito familiar y la relación existente entre ellos y sus familiares. Cuando un paciente llega al recurso, los lazos con los familiares están muy deteriorados, ya sea porque la familia sufre algún tipo de enfermedad, porque es disfuncional o debido al largo recorrido psiquiátrico que estos han tenido.

La familia es un pilar básico en el tratamiento de los pacientes y en la salud de estos, tanto física como mental. Diversos estudios y literatura previa (Ardila, 2009; López et al, 2011) demuestran la influencia positiva de las buenas relaciones familiares y de un grupo de apoyo en el desarrollo positivo de las enfermedades mentales y en su tratamiento. Esto se debe a que es importante que exista un buen clima familiar, debido a que, al mejorar el funcionamiento familiar, el perfil de inteligencia emocional presenta características óptimas, tanto en el paciente, como en los familiares, situándolos en condiciones de lograr mejores resultados terapéuticos durante algún tiempo. Por ello, es necesario analizar las relaciones familiares, ya que el trabajo con las familias en un ámbito psiquiátrico es complejo y esencial, debido a que previamente es fundamental haber podido trabajar con ellas en el periodo inicial de la enfermedad.

En este Trabajo de Fin de Grado se van a estudiar las características de los pacientes que componen las unidades A y C del Centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen de Zaragoza en cuanto a su perfil, las enfermedades mentales que los han llevado hasta allí, su recorrido psiquiátrico, su situación legal y las relaciones familiares que mantienen. El trabajo se organiza como sigue. En el apartado 2 se presentan los objetivos generales y específicos de esta investigación. En el apartado 3 se expone el marco teórico, en el que se presentan los conceptos de salud, salud mental y trastorno mental grave, relacionados con las personas objeto de interés en este estudio. Además, se explican las características del Centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen, ya que es el lugar donde se recogerán los datos para la realización del trabajo. Finalmente, se hablará brevemente del papel del trabajador o trabajadora social en el ámbito de la salud mental, así como el de la familia, por formar parte del objetivo principal de esta investigación. En el apartado 4 aparece la metodología utilizada para llevar a cabo el presente trabajo, en ella se explica la técnica usada, el diseño de la encuesta, cómo ha sido estructurada, la población objeto del estudio, el diseño de la muestra y las variables tenidas en cuenta. En el apartado 5 se exponen los resultados obtenidos. Por último, el apartado 6 estará dedicado a exponer la conclusión.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Este Trabajo de Fin de Grado tiene un carácter descriptivo, por lo que no existen hipótesis previas y, aunque se conocen algunas características generales de la población en estudio, el objetivo es cuantificarlas y dar una visión objetiva de las mismas.

El principal objeto de investigación de este trabajo es conocer las características de los pacientes que componen las unidades A y C del Centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen de Zaragoza, así como las relaciones familiares que mantienen, en relación con el perfil de los mismos. Para ello se desarrollarán los objetivos específicos que se enumeran a continuación.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el perfil de los pacientes del centro en términos del sexo, edad, estado civil y lugar de nacimiento.
2. Determinar cuáles son los diagnósticos principales más habituales en los pacientes.
3. Cuantificar el recorrido psiquiátrico de los pacientes.
4. Estudiar la relación de los pacientes con el centro Neuropsiquiátrico.
5. Describir la situación legal de los pacientes.
6. Conocer cómo ha afectado el estado del paciente a la situación familiar.
7. Analizar las relaciones familiares en términos de la implicación de sus miembros en el cuidado del paciente y de la comunicación que mantienen con él.
8. Estudiar las diferencias que se pueden dar en los aspectos estudiados 2 a 7 según el sexo del paciente.

3. MARCO TEÓRICO

En este apartado se habla del desarrollo histórico del concepto de salud mental para llegar a la definición que se maneja en nuestros días. A continuación, se hablará del concepto de trastorno mental grave, proporcionando algunas definiciones para su comprensión. Se presentarán algunos trastornos mentales plasmados en los manuales de diagnósticos (CIE-10, 1994 y DSM-V, 2014) y, en particular, los trastornos más comunes en los pacientes del Centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen. De este centro se describirán sus características y funcionamiento. A continuación, se hablará del papel del trabajador o la trabajadora social (en adelante TS) en el ámbito de la salud mental, así como el papel que representan las familias de los pacientes que sufren algún trastorno. Para terminar, se presentará el Modelo Circumplejo de Sistemas Maritales y Familiares de Olson en el que se basa la forma de estudiar las relaciones familiares de los pacientes en este trabajo.

3.1. SALUD MENTAL

Se entiende por *salud* aquel estado de bienestar que permite ejercer un funcionamiento completo. La salud nos aporta un estado de bienestar, tanto físico como mental, que permite realizar de manera completa aquellas actividades básicas de la vida diaria: sentir, pensar... y que se puede percibir a nivel subjetivo y objetivo. Una definición proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es: *“la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (OMS, 2013).

Existen diferentes determinantes de salud que pueden estar relacionados con la mejora o, en su defecto, con el empeoramiento del estado de bienestar del ser humano. Aquellos factores que influyen son: biológicos, relacionados con la genética de cada persona, ambientales o individuales: higiene, alimentación...

La salud se recoge en el artículo 25.1 de la Declaración de los Derechos Humanos como un derecho fundamental que tienen las personas: *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”*. Asimismo, en la Constitución Española de 1978, en el artículo 43 del capítulo tercero del título I, se reconoce el derecho a la protección a la salud, que compete a los poderes públicos que serán los que organicen y tutelen la salud pública a través de medidas preventivas, prestaciones y servicios necesarios.

En cuanto al concepto de salud mental, este tiene sus orígenes en el concepto de higiene mental, implantado por el psiquiatra estadounidense Clifford Whittingham Beers, en el año 1908. Beers se dedicaba a la mejora de la atención de las personas con trastornos mentales por lo que la naturaleza inicial de este concepto va dirigido a la atención psiquiátrica (Beers, 1908).

Existen varias definiciones que explican el significado de lo que hoy en día se conoce como salud mental. Este concepto es una condición histórica que con el paso de los años ha ido evolucionando, pero sin sufrir grandes cambios.

En el Congreso Internacional de Salud Mental de 1948, se consideraba que la salud mental es: *“una condición que permite el desarrollo físico, intelectual y emocional óptimo de un individuo, en la medida que ello sea compatible con la de otros individuos”* (Bertolote, 2008).

La primera definición de salud mental recogida por la OMS en 1951 añade algunos matices referidos a los factores que pueden desestabilizar la condición de salud mental, así como su efecto en el entorno en el que se desarrolla el individuo: *“La salud mental es una condición, sometida a fluctuaciones por factores biológicos y sociales, que permite al individuo alcanzar una síntesis satisfactoria de sus propios instintos, potencialmente conflictivos; formar y mantener relaciones armónicas (...) y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico”* (OMS, 1951). Esta misma organización en 2001 expone el concepto de salud mental como: *“un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”* (OMS, 2001).

La salud mental es, por tanto, aquel estado de bienestar general que regula la capacidad de los pensamientos, sentimientos y comportamientos. En el momento en el que se produce una importante perturbación o cambio grave en alguna de estas capacidades en un individuo, puede desarrollarse un trastorno mental que influirá en el desarrollo de su completo estado de bienestar.

3.2. TRASTORNO MENTAL GRAVE

Un Trastorno Mental Grave (TMG) es un conjunto de anomalías psicológicas o del comportamiento que producen alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos, de duración ocasional o prolongada (crónica), impidiendo un total desarrollo. Estas producen un deterioro de la capacidad de la persona generando un grado de discapacidad y disfunción social.

En 1987 el Instituto Nacional de Salud Mental de EE. UU definió al colectivo de personas con TMG 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 de ser atendidas mediante diversos recursos socio sanitarios y de la red de atención psiquiátrica y social”* (Rodríguez, 2015).

Según el manual de diagnósticos DSM-V (2014) un TMG es: *“Un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental”*. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes.

No obstante, la Junta de Andalucía ofrece una definición de aquellos pacientes con TMG como: *“Aquellas personas que presentan una sintomatología de características psicóticas y/o pre psicóticas que generan problemas de captación y comprensión de la realidad; distorsionan la relación con los otros y suponen o pueden suponer riesgo para su vida. Además, esta sintomatología debe tener repercusiones negativas en distintas áreas del funcionamiento personal y presentar una evolución prolongada en el tiempo con importantes necesidades de continuidad de atención y coordinación interna y externa”* (Consejería de Salud, 2008).

Se incluyen tres dimensiones a tener en cuenta a la hora de detectar un trastorno psiquiátrico grave (Martín, 2013):

- Diagnóstico: incluye trastornos psicóticos (excluyendo los trastornos orgánicos) y algunos trastornos de la personalidad.
- Duración tanto de la enfermedad como del tratamiento: Crónico. Ha de superar los dos años.

- **Discapacidad:** Disfunción moderada o severa del funcionamiento global. Deterioro o pérdida del funcionamiento laboral, social y familiar.

Así mismo, el riesgo de padecer un TMG no solo influye en la sintomatología de su desarrollo, sino que también recae en diferentes factores que agravan la evolución. Entre los ellos se encuentran: factores psicológicos relacionados con aspectos cognitivos y emocionales, factores biológicos enlazados con la predisposición genética y factores sociales que se refieren al consumo de tóxicos o situaciones que produzcan cambios significativos en la vida del individuo (estrés, angustia, duelo...). Una de las principales consecuencias que han padecido aquellas personas que sufren algún tipo de enfermedad mental es el impacto social que este conlleva, ya que a menudo lidian con un doble problema: por un lado, se enfrentan a la propia sintomatología causada por la enfermedad y, por otro lado, al estigma social.

Existe una gran variedad de Trastornos Mentales plasmados en los manuales de diagnósticos (CIE-10, 2001 y DSM-V, 2014), donde se reconocen más de 400 trastornos diferentes, agrupados en función de la tipología de síntomas:

- **Trastornos de ansiedad:** aparecen en situaciones de estrés y se consideran trastornos cuando existe un agravante en estas situaciones. Los síntomas provocan demasiada angustia o un deterioro funcional grave en la vida del paciente que le impide funcionar en su vida (ataques de pánico, fobias, TRPT, TOC...).
- **Trastornos del estado de ánimo:** también conocidos por trastornos afectivos. El más señalado es el trastorno bipolar. Aparecen cambios de humor y se dan periodos de euforia y depresión. Afectan principalmente a la capacidad cognitiva y afectiva.
- **Trastornos de la conducta alimentaria (TCA):** Son alteraciones graves producidas por la ingesta de los alimentos en aquellas personas que padecen una distorsión perceptiva. El TCA se clasifica dependiendo de las características que pueda presentar el individuo. Destacan: la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa o el trastorno por atracón.
- **Trastornos psicóticos.** Se sufre pérdida del contacto con la realidad, aparecen alucinaciones y delirios muy graves. Se encuentran en este grupo los trastornos delirantes o paranoias (imposibilidad de reconocer la realidad) y esquizofrenia (cuya sintomatología presenta alucinaciones, delirios, aislamiento social...).
- **Trastornos de personalidad:** son trastornos relacionados con el comportamiento, generan malestar y dificultad en las relaciones. Algunos de los trastornos más destacados son: el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), que afecta a aquellas personas cuya personalidad es vulnerable o débil, así como dubitativa, o el Trastorno Antisocial (TASP), psicópata o sociópata, con el que las personas tienden a no relacionarse con la sociedad. Además, el perfil característico suelen ser personas tímidas, con tendencias depresivas y ansiedad social.

En el Centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen (institución en la que se realiza este trabajo) los trastornos más destacados en los pacientes son de los tres principales grupos de diagnósticos asociados con el TMG, que según Espinosa (2017) son:

- Esquizofrenia y grupo de trastornos psicóticos. Dentro de la esquizofrenia, los principales tipos diagnosticados son: paranoide, desorganizada (conocida anteriormente como hebefrénica), indiferenciada y residual.

- Grupo de los trastornos afectivos mayores. Se dividen en trastornos bipolares, trastornos depresivos y otros trastornos del estado del ánimo.
- Por último, trastornos de personalidad. Los más reconocidos son: trastorno de la personalidad antisocial, trastorno límite de la personalidad, trastorno mixto de la personalidad y trastorno de la personalidad sin especificar o generalizado.

3.3. NEUROPSIQUIÁTRICO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

El Centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen fue creado en 1972 y pertenece a la congregación de Hermanas Hospitalarias (Hermanas Hospitalarias, 2021) que tiene un carácter asistencial y sin ánimo de lucro. Se trata de un centro de carácter abierto, centrado en la acogida, asistencia y cuidado especializado y sanador de personas con enfermedad mental, discapacidad intelectual y otras patologías, con preferencia por las personas más vulnerables. Está especializado en salud mental y sus plazas están destinadas a corta, media y larga estancia, aunque la gran mayoría de sus plazas están dedicadas a larga estancia.

Es un centro privado el cual mantiene plazas concertadas con varias mutuas y aseguradoras, así como a través del Sistema de Salud de Aragón (SALUD) y el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS), entre otros.

El centro cuenta con dos ámbitos de actuación. Por un lado, el ámbito sectorial, ya que es un recurso destinado a pacientes que han recorrido todas las redes de recursos destinados a salud mental disponibles en la Comunidad Autónoma de Aragón y no han superado los programas propuestos. Por otro lado, el ámbito territorial, está ubicado en Garrapinillos (barrio de Zaragoza) y está destinado principalmente a aquellos pacientes de la provincia de Zaragoza, aunque también se encarga de pacientes del resto de la Comunidad Autónoma de Aragón y cuenta con diferentes convenios con Comunidades Autónomas de toda España.

Existen dos modalidades de ingresos. Por un lado, el ingreso voluntario que se da cuando el paciente acepta el ingreso. En este caso la persona en concreto deberá firmar el consentimiento correspondiente. Por otro lado, el ingreso involuntario que sucede cuando el paciente no acepta el ingreso, o es una persona incapacitada judicialmente o con una situación patológica que impide la toma de decisiones. Cuando se da el ingreso involuntario, se implica una tercera figura. Se producen dos tipologías:

- Internamientos programados: Son aquellos en los que interviene una notificación del juzgado de manera que puede ser: por *Orden Judicial*, el paciente debe cumplir una medida de internamiento en base a la sentencia firmada por un juez. En este caso el psiquiatra notifica al juzgado correspondiente y este es el encargado de aprobar el alta o la continuidad del internamiento; o por *Autorización judicial* en el que es el propio psiquiatra quien posee la potestad de firmar el alta del paciente, comunicando siempre al juzgado.
- Internamientos urgentes: Son aquellos en los que hay una solicitud del juzgado y el paciente es internado por seis meses para una estabilización. Cuando llega la fecha del vencimiento, se producen dos casos: el alta total del paciente o la continuidad en el centro hospitalario.

El acceso a una unidad se realiza mediante los representantes de cada una de las áreas: enfermería, medicina, gerencia, trabajo social y psiquiatría, encargados de analizar cada informe con la información de los pacientes en sus diferentes ámbitos: social, económico, clínico, familiar... El equipo se encarga de evaluar y decidir cuál de las unidades ofrecidas por el centro es la más acorde y que más se ajusta a las características y patologías, logrando así un funcionamiento óptimo.

A continuación, se describe a qué tipo de características está dedicada cada unidad.

- Unidad A: Pacientes de edad adulta que padecen enfermedad mental grave y que poseen independencia física.
- Unidad B: Pacientes con trastornos mentales asociados a la conducta, además de padecer discapacidad intelectual.
- Unidad C: Pacientes jóvenes que padecen algún tipo de psicosis y trastorno mental. Es una unidad destinada a corta/media estancia.
- Unidad D: Geriatriá, enfermos mentales crónicos de edad adulta con un alto grado de dependencia física.
- Unidad E: Psicogeriatría, enfermos mentales crónicos con edad adulta con dependencia física.
- Unidad F: Pacientes con enfermedad mental que padecen discapacidad intelectual profunda, relacionados con graves alteraciones conductuales.

Además, el centro cuenta con pisos supervisados por profesionales del centro, situados en Zaragoza que están destinados a aquellos pacientes más autónomos y tienen una función de reinserción social.

En el centro existen diferentes protocolos de control, regulados a través de regímenes:

- Régimen N: paciente en régimen normal. El paciente pueda realizar vida normal y acceder a todas las instalaciones del centro. En el caso en el que el paciente no cumpla con las normas de convivencia establecidas en el centro, el médico-psiquiatra de cada unidad podrá sancionar al paciente infractor con un cambio de régimen.
- Régimen O: paciente en observación. Esto implica la aplicación de restricciones respecto a llamadas, visitas y dinero. El paciente debe permanecer en la habitación bajo vigilancia de los profesionales.
- Régimen B: paciente que viste con pijama y bata. Se mantiene un control dentro del pabellón y las salidas fuera del pabellón no están permitidas. Las llamadas están restringidas, salvo que exista un consentimiento del centro.
- Régimen U: paciente en régimen unidad. El paciente solo debe permanecer en la unidad. Existen restricciones a las salidas realizadas fuera del centro salvo en el caso de autorización médica.

Las características que distinguen al Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen de otros recursos psiquiátricos existentes en la comunidad son:

- Es un hospital terapéutico abierto, de grandes espacios y con jardines. Se encuentra a 3,9 km del municipio de Garrapinillos. Rodeado de grandes espacios de campo y de difícil acceso. Esta característica se debe a que antiguamente los psiquiátricos eran construidos a las afueras de todas las ciudades, cuyo objetivo era mantener alejados a los enfermos mentales de la población.
- Es un centro de carácter terapéutico y rehabilitador. Ofrece corta, media y larga estancia dependiendo de las necesidades y el estado de evolución del paciente. Normalmente la evolución de los pacientes que llegan es tórpida y desfavorable por lo que son derivados a este centro.
- Existen dos áreas: una de ellas socio-sanitaria y la segunda área dirigida a salud mental y discapacidad. Los pacientes son destinados a las áreas pasando anteriormente por una evaluación realizada por la comisión representativa de ingresos. Ambas áreas disponen de procedimientos de

regímenes asistenciales marcados por normas de atención y vigilancia adaptados a la patología de los pacientes.

- El perfil destacado son pacientes refractarios, es decir, son aquellos pacientes que no responden a tratamientos iniciales (Kusminsky, 2008) y en su mayoría presentan una patología dual. Asimismo, acceden por una grave sintomatología o debido a la vulnerabilidad social en la que se encuentran. La mayoría de estos pacientes no han superado los programas propuestos, por lo tanto, la evolución psiquiátrica recibida en otros recursos anteriores no ha sido favorable, por su nivel de deterioro y dificultades de integración, generando así que los dispositivos existentes dentro de la comunidad no hayan sido aptos. En algunos casos, acceden al centro por cumplimiento de una medida de seguridad, es decir, aquellos pacientes que han cometido una infracción grave y su acceso se realiza a través de una orden judicial para el cumplimiento de una medida de seguridad y para recibir tratamiento farmacológico y rehabilitador.

Dadas las características descritas anteriormente, el centro ofrece una asistencia sanitaria 24 horas/día, ofreciendo así una atención más acorde a las dificultades del paciente, con un régimen de internamiento con entorno contenedor para evitar desestabilizaciones de patologías psiquiátricas, a través de un ambiente tranquilo y estructurado, con bajos niveles de estrés, proporcionando así una adecuada supervisión, atendiendo adecuadamente las necesidades y patologías de cada paciente y con un continuo control farmacológico, que mantengan estables y controladas las alteraciones psicopatológicas de cada paciente. Todo ello necesario para mantener cierta estabilidad en su calidad de vida.

También cuenta con diferentes profesionales cualificados de diferentes ámbitos para ofrecer una asistencia completa, a través de los equipos interdisciplinares. No obstante, se ofrece un plan individualizado abarcando todas las áreas, acomodado a las necesidades de cada uno de ellos. Además, según el comportamiento y el cumplimiento de las actividades propuestas individualmente, las pacientes pueden realizar salidas del centro los días establecidos.

3.4. PAPEL DEL TRABAJADOR O TRABAJADORA SOCIAL (TS) EN LA SALUD MENTAL

El papel de los y las TS se empezó a integrar en el ámbito de la psiquiatría en el año 1904 gracias a la iniciativa de Adolph Meyer que consideraba que las intervenciones sociales en los hospitales psiquiátricos eran necesarias para el tratamiento y recuperación del paciente (Garcés, 2010).

Antes de introducir el papel del o la TS en el ámbito psiquiátrico es oportuno aportar algunas definiciones generales. Jiménez (2016) define el trabajo social basándose en dos autores y otorgándoles diferentes enfoques. Por un lado, se encuentran García y Melián (1993, pág. 91-92) que definen el trabajo social como una *“disciplina que se ocupa de conocer las causas-efectos de los problemas sociales y lograr que los individuos asuman una acción organizada, tanto preventiva como transformadora, que los supere”*. Por otro lado, hace referencia a Escartín (1998) que lo define como un proceso de ayuda: *“El Trabajo Social es un proceso de ayuda por el cual el profesional, a través de técnicas y procedimientos propios, promueve los recursos de la comunidad y del individuo para ayudar a este a superar conflictos derivados de su interrelación con el medio y con otros individuos”*.

A medida que se iba desarrollando el papel del y la TS, se ha comprobado que su principal objeto de estudio ha sido la *intervención social*, teniendo por objetivo el proceso de cambio social en los individuos y en colectivos (Tello, 2008). De modo que la labor que desempeñan los y las TS en la sociedad permite obtener una mayor información a la hora de realizar una aproximación integral a la problemática del individuo.

El principal objeto de estudio de un o una TS es el individuo y aquellos factores externos que afectan negativamente a la calidad de vida de este. Su formación es esencial, permite identificar aquellas necesidades sociales que otros profesionales no podrían detectar para un completo diagnóstico, obteniendo un papel principal como informadores, ayudando a solucionar o enfocar correctamente la problemática de abordaje en los diferentes ámbitos.

El o la TS es un *“profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud - enfermedad, así como en el tratamiento de los factores psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad, tanto si tienen que ver con su desencadenamiento, como si se derivan de aquellas”*. (Ituarte, 1995, pág. 277; Aroca et al, 2003, pág. 6).

En el ámbito psiquiátrico se ha ido introduciendo de forma gradual el papel del y la TS, cobrando un papel fundamental a la hora de intervenir en el ámbito social, en concreto en tres ámbitos de actuación: individual, familiar y grupal, ya que todos estos ámbitos interrelacionan entre sí y las familias toman un papel muy importante, ya que son las encargadas de prestar apoyo a los familiares que sufren el trastorno mental. En la intervención individual participa en las dificultades de resolución de conflictos, en concreto en los factores sociales que estos generan, que en ocasiones son las causas de esta problemática.

Otro de los aspectos donde el o la TS intervienen es en el trabajo en equipo y la coordinación con otros profesionales para una intervención mancomunada. El o la TS, como un miembro más del equipo, deberá orientar su intervención a promover o conseguir la rehabilitación junto con la reinserción social, para ello deberá hacer un estudio detallado del entorno que rodea al individuo y así poder realizar un diagnóstico social que le permita disponer de todos los elementos para realizar una intervención más detallada y dar respuesta a todas las necesidades tanto clínicas como sociales.

Por todo esto las funciones del y la TS no son fijas, como las de otros profesionales, sino que dependiendo del centro en el que se encuentren pueden ir variando. Para ello fundamentándonos en Garcés (2010), se pueden reconocer tres funciones básicas del y la TS en este ámbito.

1. Función de atención directa: dirigida a aquellos individuos, familias y grupos con un problema de salud mental expuestos a problemas sociales.
2. Función preventiva, de promoción e inserción social: su objetivo es conseguir la adecuación del paciente a su medio social y familiar, con la ayuda de su aceptación e integración.
3. Función de coordinación: el y la TS como especialistas en lo social son los encargados de conocer los servicios del entorno e informar, tanto a los pacientes y familiares, como a los demás profesionales del equipo.

En cuanto a los objetivos que se proponen los y las TS en las intervenciones que realizan según (Aroca et al, 2003) son las siguientes:

- En primer lugar, identificar y atender la problemática social del paciente y de su familia, prestando especial atención a las situaciones de riesgo social.
- En segundo lugar, favorecer el bienestar social. Informar, asesorar y orientar al paciente y a su familia sobre los recursos socio sanitarios existentes, facilitando el acceso a los mismos.
- Y por último, desarrollar actividades de prevención, promoción, asistencia, rehabilitación y reinserción social desde una dimensión social y comunitaria.

Al hablar del papel que ejecuta el o la TS en el ámbito de la salud mental, es oportuno resaltar las funciones que ejerce concretamente en el centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen. Su principal objetivo es alcanzar el estado óptimo de bienestar social de cada paciente y para ello aborda cada problemática con diferentes modelos: el psicodinámico, el de intervención en crisis y el biopsicosocial.

El primer modelo trata de analizar problemas emocionales. Pretende ayudar a mejorar y facilitar el desarrollo de la personalidad de los individuos, que ha podido verse entorpecido por diferentes conflictos psíquicos que han afectado de forma traumática a estas personas. El o la TS intervienen en el descubrimiento de la causa que produce su problema con propósito de ayudar al paciente en su conducta externa, es decir, realizar una intervención con el paciente para poder averiguar la causa del problema principal y así orientarle.

En el modelo de intervención en crisis el objetivo principal es superar el momento de crisis que el paciente ha podido desarrollar. Este proceso se debe realizar en un tiempo limitado, requiere una detección temprana, evaluación y tratamiento. En este modelo el o la TS deben mostrar una actitud activa, decidida y entregada, debido a que en el momento de la situación en crisis necesita mostrar una mayor autoridad, en vista de que el individuo no dota de un estado de capacidad para la toma de decisiones correctas.

En cuanto al último modelo, el modelo biopsicosocial, el o la TS deben tener en cuenta los factores que influyen en el desarrollo y bienestar de una persona, en el contexto de una enfermedad, trastorno o discapacidad, donde coexisten los tres tipos de factores: biológico, psicológico y social. Para ello debe de indagar y buscar información a través de diferentes herramientas, la más importante la historia social, donde el profesional a través de una entrevista realiza una recopilación de información para conocer la situación de los enfermos y sus familiares, con el fin de realizar un diagnóstico social completo y poder intervenir de manera más concreta.

En estos modelos el o la TS son considerados como el profesional experto que posee las capacidades necesarias para poder llevar a cabo la intervención, siendo el o la que lleva el peso de la intervención, área fundamental en el proceso terapéutico, ya que se hace cargo de aportar una visión global y social.

En el centro Neuropsiquiátrico de Nuestra Señora del Carmen todos los pacientes han recorrido todas las redes de recursos destinados a salud mental disponibles en la comunidad y los programas propuestos no han sido superados, mediante estos modelos se pretende establecer un ambiente estructurado para el paciente con un plan individualizado con el objetivo de mejorar su evolución social.

3.5. PAPEL DE LA FAMILIA EN LA SALUD MENTAL

La familia es el primer grupo social al que pertenecemos que constituye un sistema único y singular. La familia posee una estructura y una visión del mundo particular, se adapta y se transforma a lo largo del tiempo y cumple los objetivos de proteger a sus miembros para que puedan crecer, desarrollarse e integrarse socialmente. Representa uno de los sistemas más importantes que favorecen la salud y promueven el aumento de la calidad de vida. Por ello, desde la perspectiva psicológica sistémica se entiende a la familia como un sistema, un conjunto de personas en interacción constante. Esta interacción que los miembros de la familia mantienen entre sí, es permanentemente continua y de influencia mutua o circular, constituyendo así un conjunto organizado e interdependiente, regulado por reglas y funciones dinámicas, entre sí y con el entorno (Espinal et al, 2006).

Cuando se produce algún cambio en la familia este influirá en sus miembros y las relaciones entre ellos. La familia siempre ha sufrido cambios paralelos a los cambios de la sociedad. En los padecimientos psiquiátricos suelen presentarse más dificultades por los tabúes y mitos relacionados con ellos. Los inicios de los diferentes

trastornos mentales comienzan a una edad temprana, esto implica un alto impacto en la vida de las personas que los padecen y el desconocimiento en los familiares implicados. Por ello al inicio de la enfermedad es normal que traten de ocultarla y suele pasar mucho tiempo antes de acudir a un profesional y recibir ayuda. También aparece el estigma en la familia, ya que produce sentimientos encontrados a la hora de acudir a un profesional por el temor a ser juzgados. La enfermedad mental tiene un gran impacto en los familiares, suelen batallar con situaciones muy complicadas que acaban afectando a la estructura de la familia.

Según Baldwin en su modelo McMaster (López et al, 2011), la familia ejerce una función primordial, salvaguarda el equilibrio de sus miembros, con el objetivo de enfrentar y adaptarse a cualquier cambio que puede peligrar ese equilibrio. En el momento que un familiar es diagnosticado de una enfermedad mental, se producen variaciones en las relaciones familiares, es decir, la aparición de diferentes sentimientos, culpa, miedo, rechazo..., así como la necesidad de proteger al familiar afectado. Todas estas conductas son muy frecuentes, dado que las enfermedades mentales son aún patologías completamente desconocidas para muchas personas.

La intervención con los miembros familiares requiere un trabajo complejo y esencial, debido a que es fundamental haber realizado una intervención previa en el periodo inicial de la enfermedad. En el Centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen, normalmente se observa que si no se ha producido una intervención previa con el paciente y la familia, cuando se incorporan al centro, los lazos familiares están muy deteriorados. Por ello, es importante realizar una intervención y abordar lo que constituye un problema y fuente de sufrimiento para una determinada familia, promoviendo su desarrollo y potenciando sus recursos en busca de la salud. De esta manera, se busca ayudar a las familias para que puedan crecer y cumplir sus objetivos de proteger e integrar socialmente a sus miembros.

3.6. EL MODELO CIRCUMPLEJO DE SISTEMAS MATERIALES Y FAMILIARES DE OLSON

En este trabajo se ha realizado un estudio sobre las familias de los pacientes ingresados en el Centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen basado en el Modelo Circumplejo de Sistemas Maritales y Familiares de Olson (Olson et al, 1983). Es uno de los modelos con mayor importancia para la comprensión de los sistemas familiares. Está basado en contar tanto con la investigación práctica como la teórica y se fundamenta en el estudio de dos dimensiones: la cohesión y la adaptabilidad; posteriormente, se incorporó una tercera dimensión, la comunicación.

La cohesión es aquel vínculo emocional que los miembros de un sistema mantienen entre sí, los conceptos vinculados son: los lazos familiares, implicación familiar... Dependiendo del grado de cohesión familiar, obtenido a través de los conceptos nombrados anteriormente, se puede diferenciar entre: familias apegadas (cohesión muy alta), familias conectadas (cohesión moderada-alta), familias separadas (cohesión moderada-baja) y familias despegadas (cohesión baja). La adaptabilidad es la destreza que tiene dicho sistema para cambiar, vinculándose con los siguientes conceptos: liderazgo, disciplina, roles, normas... que forman los siguientes tipos de familias: familias rígidas (adaptabilidad muy baja), familias estructuradas (adaptabilidad moderada-baja), familias flexibles (adaptabilidad moderada-alta) y familias caóticas (adaptabilidad alta). Por último, la comunicación, que es el proceso que consiste en el intercambio de información, es una función facilitadora que permite ver el funcionamiento familiar, es decir, a mayor comunicación mejor funcionamiento familiar, y se mide con los siguientes ítems: claridad de expresión, continuidad, libertad de expresión...(Rodríguez et al, 2015).

Conforme se empezaron a recopilar los datos familiares de los pacientes para completar el modelo, se observó que no era posible recoger datos de las tres dimensiones. Esto ha sido debido la dificultad de obtener

información de parte de la familia, ya que no hay una comunicación habitual con ellos y por parte del paciente por el deterioro que presenta en los niveles social y mental. Por ello, en la encuesta se han plasmado dos dimensiones del modelo: la cohesión y la comunicación. Toda esta información ha sido proporcionada por los profesionales del centro, trabajadora social y psiquiatras de ambas unidades.

La cohesión se ha valorado estudiando si hay implicación por parte de la familia y de qué tipo, si interviene solo un familiar o intervienen todos ellos. Se puede dar la situación de que existan relaciones familiares o de su ausencia. La carencia de estas relaciones puede ser debida al fallecimiento de los familiares, por lo que no existe implicación alguna con el paciente. No obstante, también se puede dar que, aunque existan familiares, la implicación en la mejora de los pacientes sea de forma distante y sin involucración de gran importancia. Otra situación habitual es el hecho de que puede haber un aumento de implicación en los familiares una vez que los pacientes llevan un tiempo en el centro, a pesar del distanciamiento anterior que pudiera existir entre ellos cuando eran los responsables de satisfacer las exigencias tanto económicas como sociales exigidas por los pacientes y estas causaban grandes fricciones en las relaciones familiares. Este aumento en la implicación es debido a que existe un mayor control sobre los pacientes gracias a los profesionales del centro. El nivel de implicación familiar que se ha considerado es: médica, cuando los familiares intervienen en la evolución del paciente, contactando con el psiquiatra correspondiente; material, si atienden las demandas de los pacientes (dinero, ropa, etc.); y emocional, cuando los familiares muestran su afecto e implicación.

En cuanto a la comunicación, se ha estudiado a través del tipo de contacto que utilizan los familiares para comunicarse con los pacientes y la frecuencia con la que se produce el contacto. Los tipos de contacto con los que los familiares pueden acceder a los pacientes son: a través del teléfono, visitas realizadas y permisos que realizan los pacientes fuera del centro. Los permisos pueden ser: en el día, de un periodo corto o periodos de vacaciones (verano o navidad). Tanto las visitas como el contacto telefónico normalmente son controladas por profesionales, es decir, son realizadas bajo una supervisión, en cambio los permisos fuera del centro son supervisión de la propia familia, esto significa que asumen la total responsabilidad del cuidado del paciente. Para que un paciente pueda beneficiarse de un permiso tiene que ser aprobado por el psiquiatra de referencia y este acordará el tiempo que puede estar el paciente fuera del centro siempre y cuando la familia también lo apruebe.

La comunicación también se ha estudiado analizando la fluidez o dificultad que se suele observar en esta. Se considera que la comunicación es fluida, cuando no es necesaria la intervención de ningún profesional para llevarla a cabo. Por el contrario, si es necesaria la intervención de algún profesional se considera que la comunicación es difícil.

Para poder explicar las posibles causas de la falta de implicación o comunicación en las familias se ha estudiado también la relación que anteriormente ha existido entre el paciente y la familia antes del ingreso en el centro, es decir, cómo ha influido el pasado psiquiátrico en la familia, lo que ha podido llevar a que la mayoría de los vínculos familiares poco a poco se hayan deteriorado. Los aspectos estudiados han sido el temor que han podido desarrollar los familiares hacia los propios pacientes por el comportamiento inestable de estos en el desarrollo de la enfermedad, que ha causado problemas en la convivencia. Asimismo, también se ha tenido en cuenta si en ocasiones se han presentado situaciones de violencia o agresividad por parte del paciente que suelen producirse ante la negativa del familiar a las demandas irracionales del paciente.

4. METODOLOGÍA

En este apartado se va a describir la metodología utilizada para investigar el perfil de los pacientes y sus relaciones familiares de las unidades A y C del Centro que están dedicadas a pacientes de edad adulta que padecen enfermedad mental grave y pacientes jóvenes que padecen algún tipo de psicosis y trastorno mental, respectivamente. En concreto se describe y se diseña el instrumento utilizado para la recogida de los datos: la encuesta; se explica cómo se ha seleccionado la muestra y el tamaño de la misma, y, por último, se clasifican las variables a analizar y se presentan las técnicas estadísticas utilizadas.

4.1. CARÁCTER DE LA INVESTIGACIÓN Y TÉCNICA DE LA RECOGIDA DE DATOS

En este trabajo vamos a aplicar una metodología de tipo cuantitativo. El enfoque cuantitativo, según Alvira (1983), es el adecuado para la contrastación y justificación de hipótesis, la medición numérica y el análisis estadístico. Sirve para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. El diseño de la investigación se construye antes de la recopilación de datos y el enfoque es estructurado y cerrado (Hernández et al, 2006). Las herramientas utilizadas para el análisis del método cuantitativo son la instrumentación matemática y la estadística que, mediante tablas, gráficos... permite organizar el material empírico. En este trabajo no existen hipótesis previas, salvo que se sabe de antemano que la mayor parte de los pacientes llevan un largo recorrido en tratamientos psiquiátricos, por lo que se trata de un estudio descriptivo que trata de determinar el perfil del paciente en cuanto a su enfermedad, su situación legal y sus relaciones familiares, comparando los resultados según el sexo.

La técnica elegida para la recogida de datos es la encuesta. La encuesta fue completada, por una parte, a través de la revisión de las historias clínicas de los pacientes seleccionados para la muestra y, por otra parte, de la información facilitada por varios profesionales mediante la realización de entrevistas. Los profesionales entrevistados fueron psiquiatras de las unidades en las que se realiza la investigación y la trabajadora social a cargo de las unidades A y C. Cada uno de estos profesionales ejerce un papel muy importante en la atención a los pacientes. Los psiquiatras diagnostican y valoran la evolución y modifican tratamientos para que mejoren los síntomas y la calidad de vida del paciente. La trabajadora social juega un papel muy importante en la recopilación de información a través de la realización de una entrevista previa. Además, realiza una intervención social desempeñando el papel de interlocutor entre familias y pacientes.

Según García (1979, pág. 54-55), la encuesta se define como, *“una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características”*. Existen tres tipos de preguntas a la hora de diseñar una encuesta: cerradas, abiertas y mixtas. En las preguntas cerradas los encuestados deben elegir alguna de las posibles opciones entre las categorías u opciones de respuesta preestablecidas. Pueden ser de respuesta única (el encuestado solo puede elegir una opción entre las propuestas) y de respuesta múltiple (el encuestado puede elegir una opción o más). Su principal ventaja es que son más fáciles de cuantificar. Las preguntas abiertas proporcionan preguntas con respuesta libre sin delimitar las alternativas de respuesta. Las preguntas mixtas se ofrecen algunas opciones y se añade la opción Otros, dejando la posibilidad de que se responda de forma abierta.

4.2. DISEÑO DE LA ENCUESTA

La encuesta está estructurada en cuatro grandes bloques, los tres primeros se responden a partir de las historias clínicas de los pacientes; el cuarto, con la ayuda de los psiquiatras y la trabajadora social. Un ejemplar de la misma se encuentra en los Anexos I y II.

En el primer bloque se recogen datos referentes al perfil del paciente como sexo, edad, estado civil y lugar de nacimiento.

El segundo bloque está dedicado al diagnóstico de la enfermedad y su progreso e incluye preguntas sobre el diagnóstico principal, la fecha en la que tuvo lugar el primer contacto con salud mental, la fecha del último ingreso en el centro y el número de ingresos anteriores en el centro.

En el tercero la información recogida se refiere a la situación legal de cada paciente. En este apartado se plasmará el estado actual de incapacitación, ofreciendo tres ítems (sí, no o en trámite). Si la respuesta es afirmativa, se recoge además el año en el que se obtuvo la resolución y el modo (parcial o total). Por último, quién fue el responsable en el momento de la resolución y si actualmente ha habido un renombramiento. Si el responsable es la familia, se indica qué relación tiene con el paciente la persona que estaba a cargo en el momento de la incapacitación y la que actualmente está a cargo.

Por último, el cuarto bloque está diseñado para identificar el tipo relaciones que mantienen los pacientes con sus familiares, optando, como se ha dicho anteriormente, por realizar un cuestionario facilitado a los profesionales que intervienen en el tratamiento.

En primer lugar, se han estudiado varios aspectos que han podido estar presentes en las relaciones familiares en el periodo anterior al ingreso del paciente en el centro: el miedo, los problemas en la convivencia, situaciones de violencia o agresividad.

En segundo lugar, como se ha explicado en el apartado 3.6, se estudiarán dos de las dimensiones que permiten identificar las relaciones familiares propuestas en el Modelo Circumplejo de Sistemas Maritales y Familiares de Olson (Olson et al, 1983): la cohesión y la comunicación, por lo que este bloque está organizado en dos partes.

En la primera parte se estudia la cohesión medida a través de la implicación de los familiares: se pregunta si existe implicación y si es de todos ellos o no. Si existe implicación, se pregunta por el tipo de implicación (cercana o a distancia) y el nivel de la misma (emocional, material y médica). Finalmente, se pregunta si la implicación ha mejorado desde el momento del ingreso hasta ahora.

En la segunda parte se observará el tipo de comunicación que mantienen los pacientes con sus familiares: telefónica, visitas y permisos y su frecuencia (semanal, quincenal, vacaciones). También ha sido conveniente estudiar cómo es, cuando se observan las conversaciones que mantienen: difícil o fluida, y si hay visitas, se ha recogido la actitud de los familiares (cercana o distante). Por último, el familiar con el que suele mantener el contacto.

Con objeto de preservar el anonimato de los usuarios del centro la encuesta es anónima y el entrevistado se identificará con un código numérico.

Las preguntas de la encuesta son tanto abiertas como cerradas. Se han elegido preguntas abiertas para recoger datos numéricos, como la edad; o fechas, como la fecha de ingreso en el centro o la fecha de obtención de la incapacitación legal; o cuando a priori es difícil tener en cuenta todas las posibilidades, como ocurre a la hora de recoger el diagnóstico.

El resto de las preguntas son cerradas de respuesta única proponiendo las posibles respuestas.

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población en estudio son los pacientes del Centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen de las unidades A y C que se han descrito en el apartado 2.4. En la unidad A hay 41 pacientes y en la unidad C un total de 47 pacientes. No se han estudiado todos los pacientes por tener limitado el tiempo para revisar las historias y para no sobrecargar de trabajo a los psiquiatras y a la trabajadora social del centro.

Para la selección de la muestra se ha utilizado el listado de pacientes de cada una de las unidades y se han generado al azar, utilizando un generador de números aleatorios: 21 números para la selección de pacientes en la unidad A y 23 para la selección de pacientes en la unidad C, lo que corresponde aproximadamente con la mitad de los pacientes de cada unidad. Los números se han generado sin reposición para garantizar que todos ellos sean distintos y un paciente no pueda seleccionarse dos veces. La selección al azar garantiza que la muestra es representativa de los pacientes de las unidades consideradas en el estudio. La Tabla 1 muestra un resumen de los tamaños muestrales considerados.

Unidad	Número de pacientes en la unidad	Número de pacientes en la muestra	Porcentaje de pacientes en la muestra
A	41	21	51,22%
C	47	23	48,93%

Tabla 1. Tamaño de la población y tamaño de la muestra considerados

4.4. VARIABLES EN ESTUDIO. CLASIFICACIÓN Y TÉCNICAS ESTADÍSTICAS UTILIZADAS

La mayor parte de las preguntas de la encuesta se asocia con una variable de interés en el estudio y unas pocas sirven para obtener nuevas variables, como se explicará más adelante. En cuanto al tipo, la mayor parte son variables de cualitativas nominales, es decir, sus categorías o modalidades no tienen asociado de forma natural un número y no se pueden ordenar. Tres variables son cualitativas ordinales, ya que sus categorías o modalidades se pueden ordenar (miden la frecuencia del contacto del familiar con el paciente) y dos son cuantitativas (la edad y el número de ingresos anteriores en el centro) o de tipo fecha. La Tabla 2 muestra la clasificación de las variables en estudio agrupadas por el bloque en el que aparecen en la encuesta.

Además, se han creado varias variables cuantitativas (todas ellas medidas en años) como la edad del primer contacto con salud mental, el tiempo que el usuario lleva diagnosticado, el tiempo que lleva ingresado en el centro y el tiempo que lleva incapacitado legalmente. La Tabla 3 muestra cómo se han calculado estas nuevas variables a partir de las recogidas en la encuesta. Por otra parte, todas estas nuevas variables, además de la edad de paciente, se han agrupado en intervalos con objeto de resumir su información mediante tablas de frecuencias y representaciones gráficas. También, se han agrupado las categorías de la variable diagnóstico de la enfermedad según los grupos de enfermedades propuestos por Espinosa (2007) y que se han descrito en el apartado 3.2. Por último, para el estudio de las relaciones familiares se han creado nuevas variables para analizar: si en los antecedentes familiares se han dado todas las situaciones problemáticas que se plantean, solo se han dado algunas o no se ha dado ninguna; si el nivel de implicación de las familias es completo (se dan tanto el emocional, como el material, como el médico) o parcial (solo se dan algunas de ellas); y, si los pacientes disfrutaban de todo tipo de contacto (telefónico, visitas y permisos), de ninguno o solo de alguno de los tipos posibles.

Tipo de variable	Variable
Cualitativa nominal	<i>Perfil del usuario:</i> Sexo, estado civil, lugar de residencia. <i>Progreso de la enfermedad:</i> Diagnóstico actual <i>Situación legal:</i> tipo de incapacitación, responsable anterior y actual (familia o administración) y familiar responsable anterior y actual. <i>Situación familiar:</i> Antecedentes en la convivencia familiar: miedo, problemas de convivencia, agresividad y violencia. Cohesión familiar: Existe familia, intervención de todos los familiares, existe implicación, tipo de implicación (cercana o distante) y nivel de implicación (material, médica y emocional) y evolución. Comunicación: forma (fluida o difícil) y manera (cercana o distante), familiar principal con el que mantiene el contacto.
Cualitativa ordinal	<i>Situación familiar:</i> frecuencia del contacto telefónico, visitas y permisos
Cuantitativa	<i>Perfil del usuario:</i> Edad (años) <i>Progreso de la enfermedad:</i> Número de ingresos anteriores
Fecha	<i>Progreso de la enfermedad:</i> Primer contacto con salud mental, último ingreso en el centro <i>Situación legal:</i> Año de incapacitación

Tabla 2. Clasificación de las variables en estudio según el bloque en el que aparecen en la encuesta

Variable (años)	Calculada como...
Edad del primer contacto con salud mental	Edad actual – (2021 – año del primer contacto con salud mental)
Tiempo diagnosticado	Edad actual – Edad del primer contacto
Tiempo ingresado en el centro desde la última vez	2021 – Año del último ingreso
Tiempo incapacitado legalmente	2021 – Año de incapacitación

Tabla 3. Nuevas variables cuantitativas calculadas a partir de los datos recogidos en la encuesta

En cuanto a las técnicas estadísticas utilizadas, dado que el estudio tiene un carácter descriptivo se han usado tablas de frecuencias y representaciones gráficas para presentar los resultados. Para estas últimas se han usado mayoritariamente diagramas de barras, puesto que entre los objetivos se encuentra el de comparar las variables según el sexo y esta es la representación gráfica más adecuada para este propósito. También es esta la razón por la que tanto en las tablas de frecuencias, como en los gráficos se muestran porcentajes de casos.

5. RESULTADOS

En este apartado se van a presentar los resultados obtenidos que se van a organizar en los cuatro bloques que contiene la encuesta que, como se ha explicado en el apartado 4.2, son: el perfil del paciente, la enfermedad y su progreso, la situación legal y la situación familiar.

5.1. PERFIL DEL PACIENTE

Para estudiar el perfil del paciente se han recogido datos sobre el sexo, edad, estado civil y lugar de nacimiento de cada uno de los pacientes.

En la Figura 1 (izquierda) se observa que más de la mitad, en concreto un 63.6%, corresponde al género masculino frente a un 36.4% del género femenino. En cuanto al estado civil la Tabla 4 y la Figura 1 (derecha) muestran que el perfil más frecuente tanto es el paciente soltero (84,1%), siendo más destacado en el caso de los hombres, 92,9% que en mujeres con un 68,8%. Siguiéndole a este, aunque con gran diferencia, separado/a (11,63%), casado (2,33%) y emparejado (2,33). Destaca que las personas casadas o con pareja son mujeres.

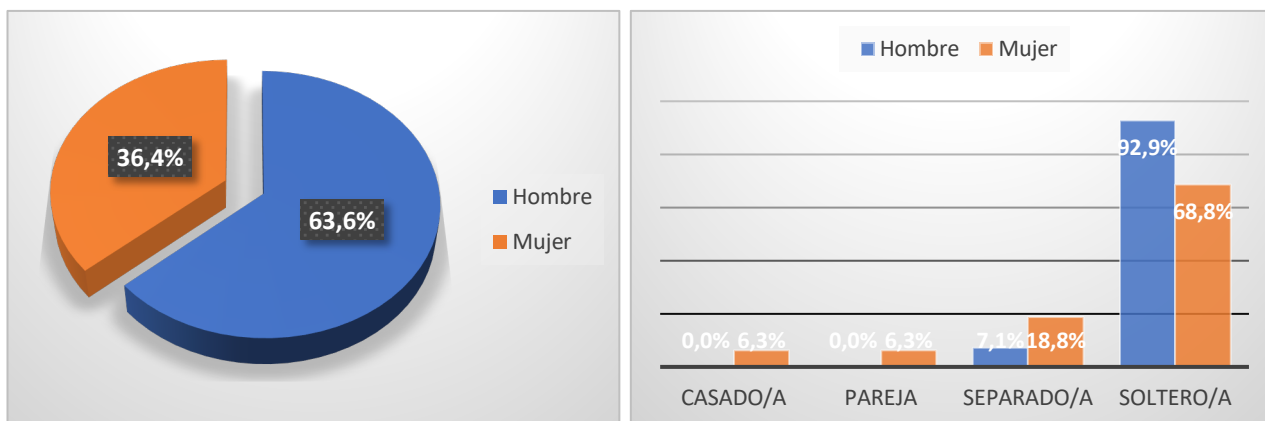


Figura 1: Sexo de los pacientes (izquierda) y de su estado civil según el sexo (derecha)

Estado Civil	Sexo		Total general
	Hombre	Mujer	
Casado/a	0,0%	6,3%	2,3%
Pareja	0,0%	6,3%	2,3%
Separado/a	7,1%	18,8%	11,4%
Soltero/a	92,9%	68,8%	84,1%
Total general	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 4: Estado civil según el sexo

La Figura 2 (izquierda) representa la edad de los pacientes según el sexo. Como se puede observar lo más frecuente en hombres es tener entre 29 y 48 años, mientras que en mujeres lo más frecuentes es que tengan de 18 a 28. La media de edad en hombres es de 40 años (desviación típica 8,4 años), siendo menor la de las

mujeres con 39 años (desviación típica 12,3 años). El hombre más joven tiene 21 años y la mujer, 24 años. Respecto a los más mayores, la edad del hombre es de 52 años y de la mujer de 62 años.

En referencia al lugar de nacimiento, en la Figura 2 (derecha) lo más predominante es haber nacido en Aragón con un 87,5% de mujeres y un 60,7% de hombres.

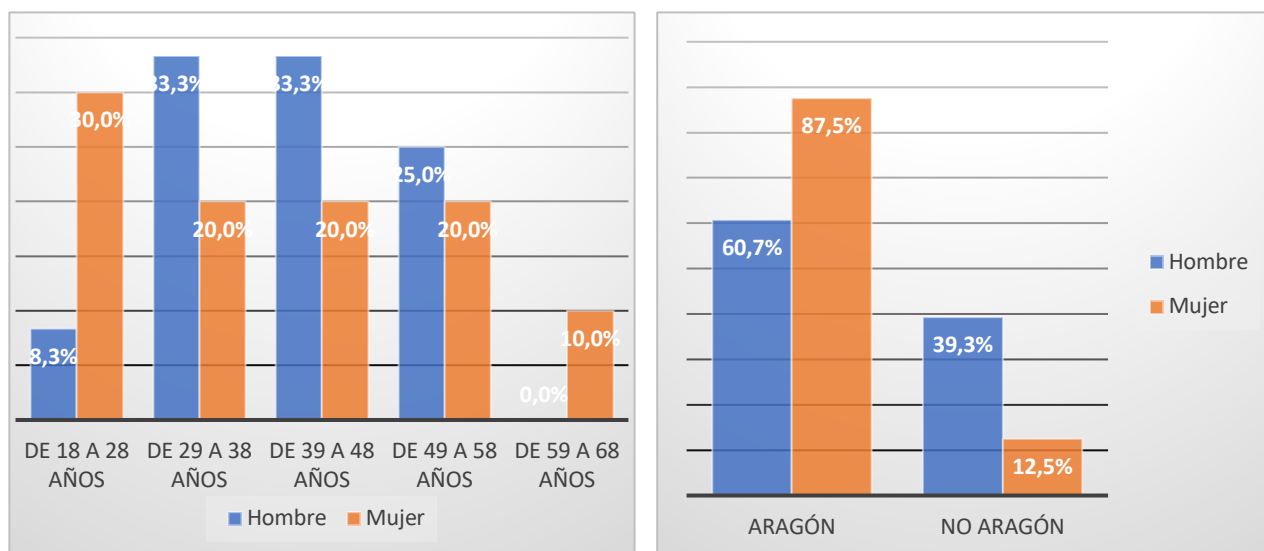


Figura 2: Edad de los pacientes (izquierda) y lugar de nacimiento (derecha) según el sexo

5.2. ENFERMEDAD Y SU PROGRESO

En este apartado se ha estudiado en primer lugar el diagnóstico de la enfermedad, a continuación, se ha analizado la edad con la que se detectó el primer diagnóstico y el tiempo que llevan diagnosticados, junto con los diferentes ingresos anteriores al último ingreso en el centro. Todos los resultados se muestran distinguiendo según el sexo del paciente.

Los diagnósticos principales de los pacientes se muestran en la Tabla 5. Dado que los pacientes presentan muchos trastornos distintos, estos diagnósticos se han agrupado según los tres principales grupos de diagnósticos asociados con el TMG que se mencionaron en el apartado 3.2 y que se muestran en la Figura 3, aunque se puede observar que algunos de los pocos pacientes el diagnóstico no es propiamente un TMG, ya que está diagnosticados de retraso mental leve o epilepsia, esto es debido a que el diagnóstico estudiado ha sido el diagnóstico principal, lo que significa que pueden padecer otros trastornos siendo estos los diagnósticos secundarios.

La mayoría de los hombres con un 64,3% padecen esquizofrenia y trastornos psicóticos, en cambio, en el caso de las mujeres el diagnóstico más habitual con un 50,0% es padecer trastorno de la personalidad, aunque le sigue con un 31,3% de las mujeres, esquizofrenia y trastornos psicóticos.

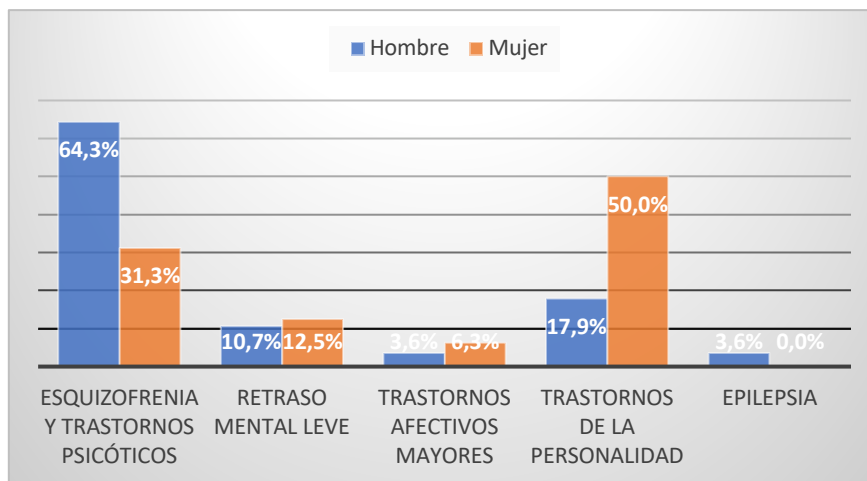


Figura 3: Diagnósticos agrupados según el sexo

Enfermedad diagnosticada	Sexo		Total general
	Hombre	Mujer	
Epilepsia	3,6%	0,0%	2,3%
Esquizofrenia	7,1%	0,0%	4,5%
Esquizofrenia Desorganizada	3,6%	0,0%	2,3%
Esquizofrenia Hebefrénica	3,6%	6,3%	4,5%
Esquizofrenia Indiferenciada	3,6%	6,3%	4,5%
Esquizofrenia Paranoide	35,7%	18,8%	29,5%
Esquizofrenia Residual	7,1%	0,0%	4,5%
Retraso Mental Leve	10,7%	12,5%	11,4%
Retraso Mental Leve con deterioro del comportamiento	3,6%	0,0%	2,3%
Trastorno Orgánico de la Personalidad	3,6%	0,0%	2,3%
Trastorno Bipolar	3,6%	0,0%	2,3%
Trastorno de la Personalidad Comportamiento	0,0%	6,3%	2,3%
Trastorno Esquizoafectivo	3,6%	0,0%	2,3%
Trastorno Ideas Delirantes	0,0%	6,3%	2,3%
Trastorno Límite Personalidad	0,0%	25,0%	9,1%
Trastorno Mixto Personalidad	0,0%	12,5%	4,5%
Trastorno Personalidad Generalizado	3,6%	0,0%	2,3%
Trastorno Personalidad sin especificar	7,1%	6,3%	6,8%
Total general	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 5: Diagnóstico de los pacientes según el sexo

La Figura 4 representa el primer contacto con la salud mental, es decir, la primera edad en que el paciente acudió a un recurso psiquiátrico. Esta figura muestra que las mujeres acuden antes a un recurso psiquiátrico que los hombres. Lo más frecuente es que las mujeres hayan acudido entre los 15 y los 19 años y que los hombres lo hayan hecho entre los 20 y los 24 años, por lo que los hombres han tardado más en ser diagnosticados que las mujeres. Esto puede ser debido a que los hombres son más difíciles de controlar. El promedio de edad del primer contacto en el caso de las mujeres es de 18 años y el de los hombres 21. Las desviaciones típicas son 6,3 años en hombres y 6,8 en mujeres. El mínimo de edad en mujeres es de 11 años y en los hombres de 9, esto se debe a que en ocasiones a una edad temprana ya comienzan a aislarse, se observan cambios en los comportamientos, etc. Respecto al máximo de edad en el caso de las mujeres es 35 años y el de los hombres 43, aunque son pocos los que han tardado tanto en obtener el diagnóstico.

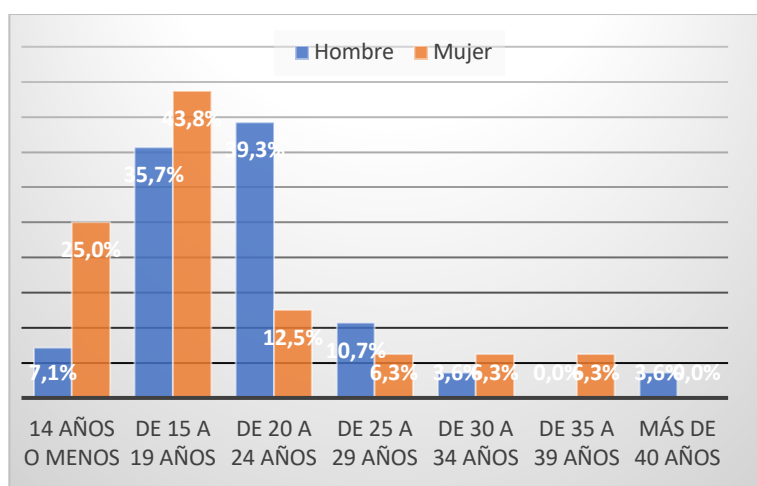


Figura 4: Edad del primer contacto con salud mental según el sexo

La Figura 5 muestra el tiempo que llevan los pacientes diagnosticados. Como ya se había mencionado anteriormente, los pacientes ingresados en este centro llevan un largo recorrido psiquiátrico, esto significa que llevan un largo periodo de tiempo diagnosticados con diferentes diagnósticos. Casi la mitad de los hombres, 46.4%, llevan entre 11 y 20 años con una media de 19 años (desviación típica 7,9 años). En el caso de las mujeres, como se ha visto en la Figura 4, acuden antes a un recurso psiquiátrico y como consecuencia llevan más años diagnosticadas: entre 31 y 40 años (31.3%) con una media de 25 años (desviación típica 12,7 años). El máximo tiempo diagnosticado en el caso de los hombres es de 41 años y en el de las mujeres 50 años. Respecto al mínimo de tiempo, son aquellos pacientes recientemente ingresados que llevan menos recorrido psiquiátrico: hombres 4 años y mujeres 5 años.

En la Figura 6 se observa el periodo de tiempo que llevan los pacientes ingresados desde la última vez que realizaron una estancia en el centro. La edad más destacada es de 3 años o menos tanto en hombres, con un 50.0%, como en mujeres, con un 37.5%, es decir, estos últimos 3 años ha habido una cantidad mayor de ingresos y son un porcentaje más pequeño aquellos pacientes que llevan un largo periodo en este recurso psiquiátrico. Respecto a la media de tiempo ingresado la media en los hombres es de 5 años y en las mujeres es de 6 años. Estas medias son altas debido a que hay un 12.5% de mujeres y un 7.1% de hombres que llevan más de 19 años en el centro. Las desviaciones típicas son 5,1 años en hombres y 5,2 años en mujeres. El máximo tiempo que un paciente hombre lleva ingresado es de 20 años y en el caso de la mujer 16 años. En cuanto al tiempo mínimo tanto en hombres como en mujeres coincide y es 1 año.

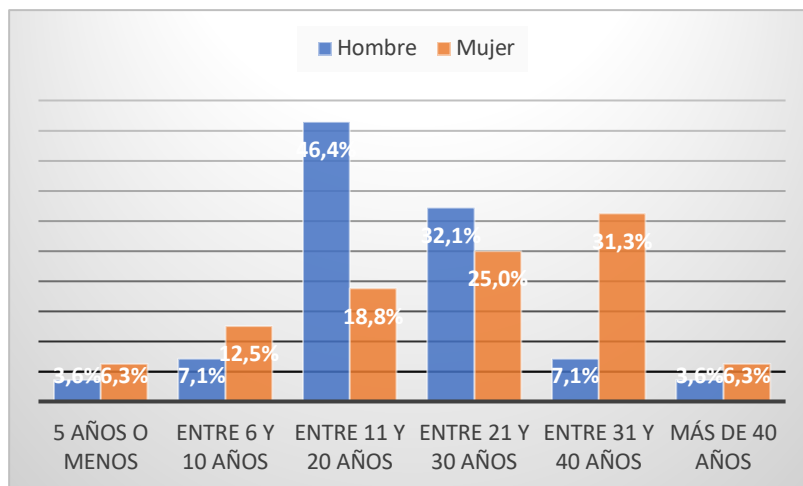


Figura 5: Tiempo diagnosticado según el sexo

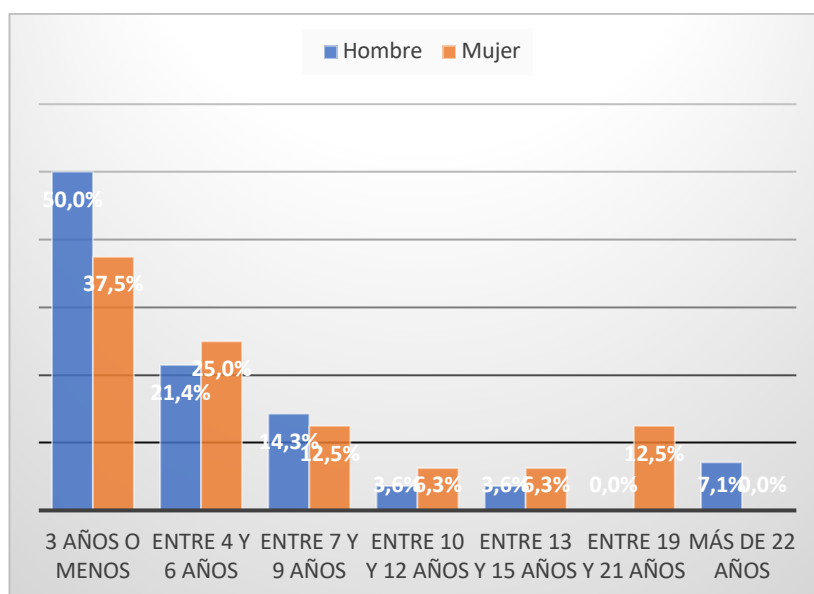


Figura 6: Tiempo en el centro desde el último ingreso según el sexo

La Figura 7 representa el número de ingresos anteriores al último ingreso. El motivo por el que existen varios ingresos anteriores se debe a que en ocasiones los pacientes son ingresados durante un periodo corto de tiempo para una estabilización o un reajuste en la medicación. Lo mayoría tanto en hombres (92,2%), como en mujeres (81,3%) es haber ingresado anteriormente menos de 3 veces. La media de ingresos en hombres es 1,8 con una desviación típica de 3,3 ingresos y en mujeres con una desviación típica de 4,4. El máximo número de veces que un paciente ha ingresado en el centro ha sido en hombres 12 ingresos y en mujeres 18 ingresos. En cuanto al mínimo número de veces tanto en hombres como en mujeres es de un único ingreso, es decir, aquellos pacientes que solo hayan ingresado una vez significa el ingreso permanente en el centro.

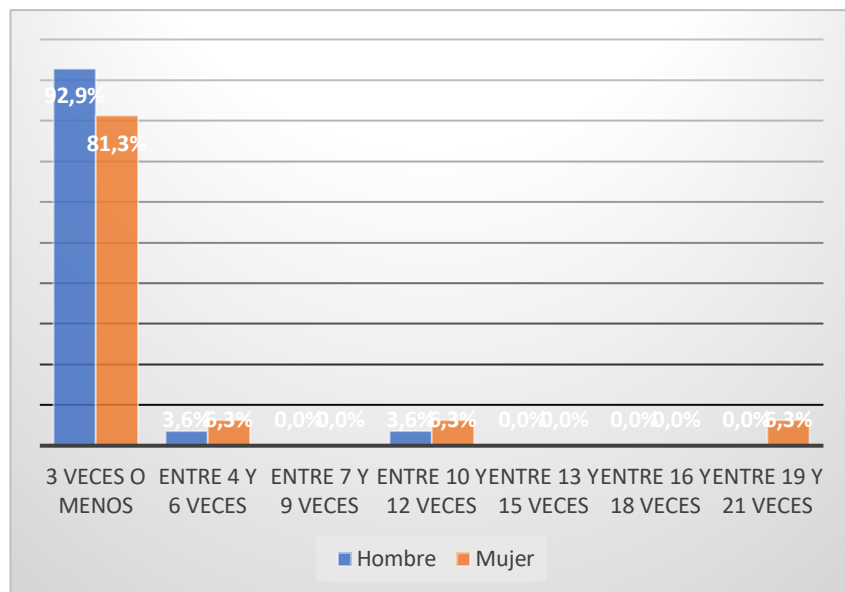


Figura 7: Número de ingresos anteriores al último ingreso según el sexo

5.3. SITUACIÓN LEGAL

En este punto se van a presentar los resultados del estudio de la incapacitación judicial de cada uno de los pacientes según el sexo. Se ha analizado el modo junto con el responsable en el momento que se obtuvo la incapacitación y el responsable actual, con el familiar a cargo en caso de que no sea la administración la responsable. Asimismo, se ha estudiado el tiempo de incapacitación.

En la Figura 8 se muestra la situación legal de los pacientes, más concretamente el estado y el modo de incapacitación de los pacientes. En cuanto al estado de incapacitación de los pacientes Figura 8 (izquierda): el 92,9% de los hombres se encuentran incapacitados frente al 81,3% de las mujeres. Solo un 18,8% de las mujeres no se encuentran incapacitadas y ningún hombre. El 7,1% de los hombres están pendientes de tramitar la incapacitación, pero ninguna mujer lo está. Es decir, la mayoría de los pacientes se encuentran incapacitados y es tan solo un pequeño porcentaje de pacientes que no se encuentran incapacitados, ni pendientes de trámites. En esta misma Figura 8 en la derecha se encuentra el modo en el que se encuentran incapacitados los pacientes. Existen dos maneras de incapacitación, en primer lugar, de forma total, es aquella que protege a las personas que carecen de capacidad para autogobernarse en ninguno de los aspectos de su vida. Tiene como objetivo la protección tanto personal, médica como patrimonial del incapacitado. En segundo lugar, de forma parcial, que protege a las personas que carecen de capacidad para autogobernarse en determinados actos de la vida. La Figura 8 (derecha) muestra que la mayoría de los hombres, con un 88,5%, y las mujeres, con un 61,5%, están incapacitados totalmente.

En la Figura 9 se ha plasmado el responsable a cargo de los pacientes incapacitados. En la izquierda está representado el responsable en el momento que se aprobó la incapacitación y en la derecha el responsable actual, pudiendo ser la administración o la familia. Se observa que ha habido un aumento de casos, tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres, en el que el responsable ha dejado de ser la familia y ha pasado a ser la administración, y, por tanto, se observa una disminución de las familias a cargo. La Tabla 6 muestra que todos los pacientes que estaban al principio a cargo de la administración lo siguen estando, mientras que del 19,2% de hombres y el 61,5% de mujeres que inicialmente estaban a cargo de la familia, el 7,7% y el 15,4%, respectivamente, han pasado a la administración. Esto se puede deber a que el paciente no tiene ya familiares que puedan hacerse cargo, por incapacitación o fallecimiento o a una posible sobrecarga

o un desbordamiento por parte de la familia al no saber gestionar la situación y, por tanto, hay una claudicación. Cuando se dan estas situaciones, la administración es la encargada de salvaguardar al paciente.

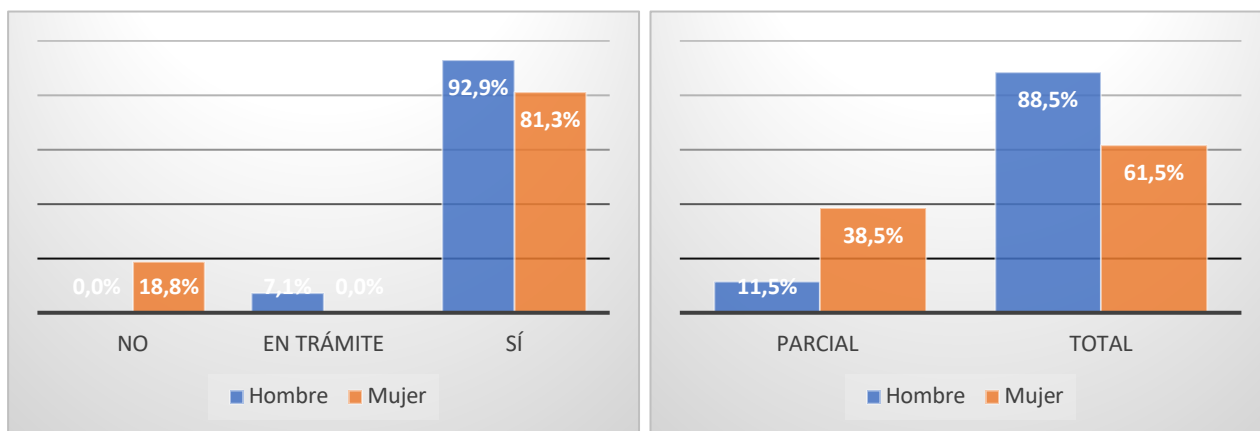


Figura 8: Incapacitación judicial del paciente (izquierda) y el modo de incapacitación del paciente (derecha)

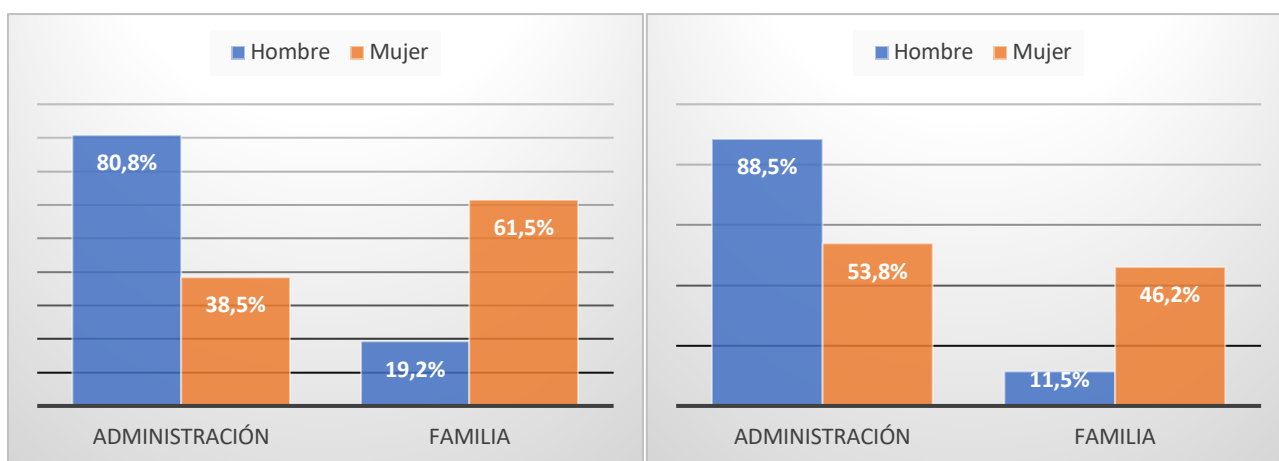


Figura 9: Responsable en el momento de la incapacitación (izquierda) y responsable actual (derecha)

Responsable	Sexo		Total general
	Hombre	Mujer	
Administración	80,8%	38,5%	66,7%
Administración	80,8%	38,5%	66,7%
Familia	19,2%	61,5%	33,3%
Administración	7,7%	15,4%	10,3%
Familia	11,5%	46,2%	23,1%
Total general	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 6: Responsable en el momento de la incapacitación y actualmente según el sexo

La Figura 10 muestra los familiares a cargo tanto en el momento de la incapacitación (izquierda) como los familiares a cargo actualmente (derecha). En la Figura 10 (izquierda) la mayoría de las mujeres destacan por ser la madre su tutora responsable en el momento de la incapacitación, 57,1%, este dato se mantiene constante en la actualidad siendo la madre responsable de las mujeres en un 56,7% de los casos. En cambio, el familiar responsable en el caso de los hombres con un mismo porcentaje del 40,0% son tanto las hermanas como el padre. En este caso, la evolución observada en el papel del responsable de los hombres en la actualidad es el aumento del porcentaje en las hermanas a cargo siendo estas las que más destacan con un 66,7%.

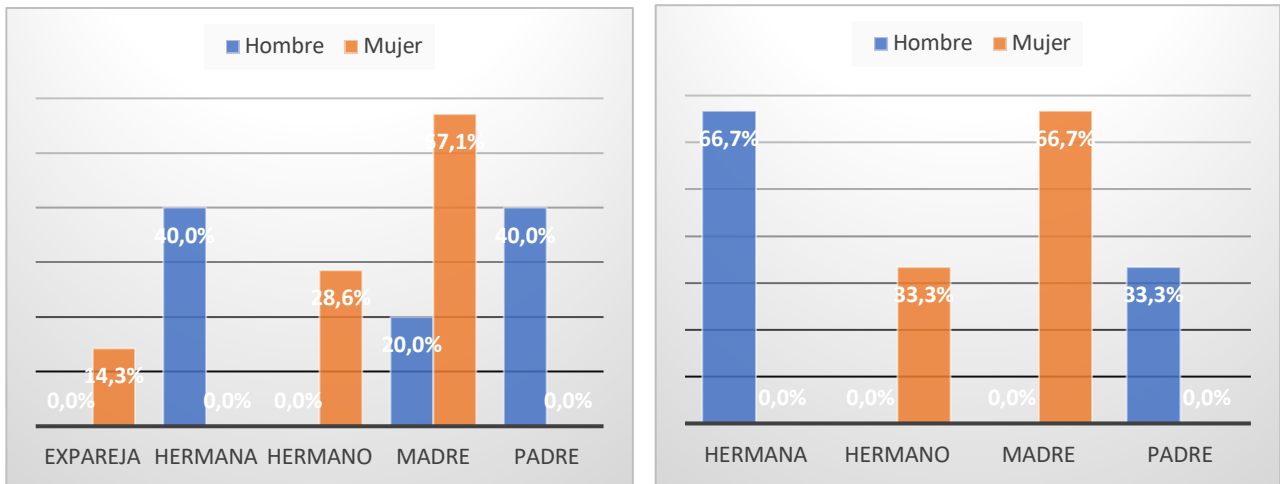


Figura 10: Familiar a cargo en el momento de la incapacitación (izquierda) y actualmente (derecha)

La Figura 11 representa el tiempo que llevan los pacientes incapacitados, como se ha podido observar anteriormente las mujeres llevan más recorrido respecto a los hombres y es por esto por lo que la mayoría de las mujeres, 53,8%, llevan entre 11 y 20 años, mientras que la mayoría de los hombres, 57,7%, llevan entre 6 y 10 años. El tiempo medio de incapacitación de las mujeres es de 14 años (desviación típica 8,9 años) mientras que el de los hombres es de 11 años (desviación típica 5 años). Respecto al máximo tiempo incapacitado en mujeres es de 39 años y el de hombres de 23 años, como se puede observar hay una amplia diferencia de 15 años. En cuanto al mínimo, la diferencia entre hombres y mujeres es de 1 año, siendo el tiempo mínimo de los hombres de 4 años y de las mujeres de 3 años.

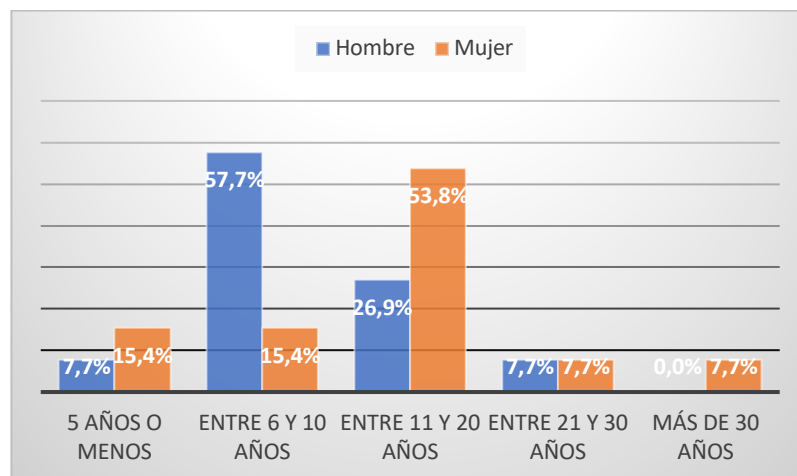


Figura 11: Tiempo que llevan incapacitados según el sexo

5.4. SITUACIÓN FAMILIAR

En este apartado se analizan las relaciones familiares de los pacientes, por una parte, las anteriores al ingreso y, por otra, las actuales según las dimensiones expuestas en el apartado 3.6: cohesión y comunicación, y distinguiendo según el sexo. En primer lugar, sobre las relaciones anteriores, se estudia el efecto de la enfermedad del paciente en el funcionamiento de la familia con cuatro ítems: miedo, problemas en la convivencia, agresividad y violencia. En segundo lugar, se analiza la cohesión a través de la existencia de familiares, su intervención e implicación en el progreso de la enfermedad, junto con si ha habido una evolución de dicha implicación, Desde que el paciente ingresó en el centro. Por último, se ha analizado la comunicación a través de la forma y manera en que se comunican y el tipo y frecuencia de contacto que mantienen los pacientes con los familiares.

Es importante conocer el pasado psiquiátrico de los pacientes relacionado con los comportamientos que han tenido con los familiares, de esta manera se puede intuir por qué los lazos familiares con los pacientes están deteriorados y sean los propios familiares los que ponen distancia. Para ello se ha recogido de cada paciente si en el pasado, la familia sintió alguna vez temor por la actitud del paciente, si hubo problemas de convivencia, situaciones de agresividad y situaciones de violencia. La Figura 12 muestra el porcentaje de familias que ha padecido cada una de ellas.

En cuanto al miedo se observa que las familias tienden a tener más miedo con los comportamientos de los hombres (50,0%), en cambio, el 80,0% de las familias no presentan temor hacia las mujeres. No obstante, estas últimas destacan por tener mayoritariamente problemas de convivencia con un 93,3%. En el caso de la agresión tienden a ser las más agresivas las propias mujeres (73,3%), aunque muy cerca de los hombres (70,8%). Esto se debe a que las mujeres utilizan más las agresiones verbales y de esta forma estos actos no son violentos, ya que en la violencia destacan los hombres con un 62,2% de familias que las han sufrido.

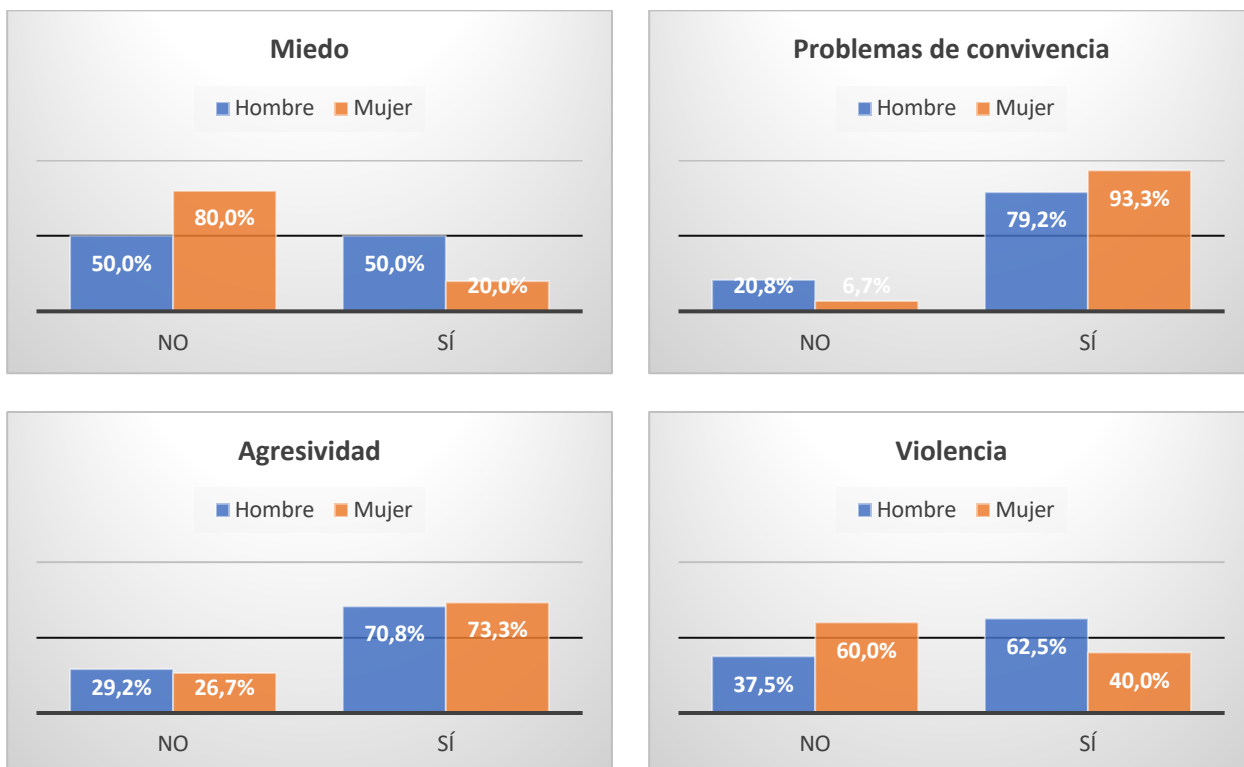


Figura 12: Situaciones de miedo, problemas de convivencia, agresividad y violencia que han padecido los familiares de los pacientes según el sexo

Además, se ha estudiado qué porcentaje de familias ha padecido todas las situaciones problemáticas mencionadas, alguna o ninguna. La [Figura 13](#) muestra que la mayoría de las familias de las mujeres (73,3%) han manifestado sufrir alguna de estas situaciones en el pasado, frente al 33,8% de las familias de los hombres. En cambio, es en el caso de las familias de los hombres donde más veces se han padecido todas ellas, con el 45,8%, frente al 20,0% en las mujeres. Asimismo, llama la atención que el porcentaje de familias que no ha sufrido nunca en estas situaciones es mayor en los hombres con un 20,0% frente al 6,7% en el caso de las mujeres.

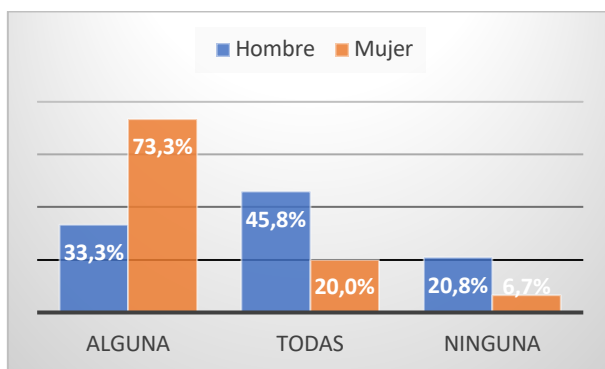


Figura 13: Situaciones problemáticas que han padecido los familiares de los pacientes según el sexo

A continuación se analiza la cohesión de las familias a través de la existencia de familiares y de la implicación de los mismo. En la [Figura 14](#) (izquierda), se puede observar si el paciente cuenta con familiares o no. En el caso de las mujeres, todas ellas tienen familia y, como se observa en la [Figura 14](#) (derecha) más de la mitad, en concreto un 56,3%, mantienen relación con todos sus familiares. En el caso de los hombres, la mayoría de ellos tienen familia (92,9%), pero solo un 50% tiene trato con todos sus familiares.

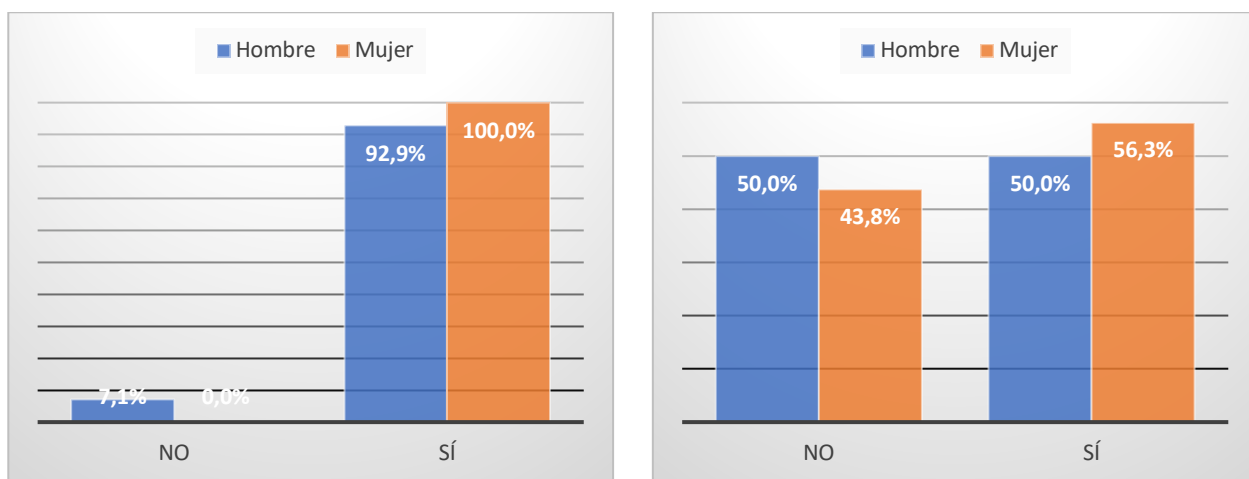


Figura 14: Existencia de familiares (izquierda) e intervención de todos los familiares (derecha) según el sexo

Entre los pacientes que anteriormente se ha visto que sí tienen familia, la [Figura 15](#) (izquierda) representa si existe implicación por parte de ella o no. Se observa que la mayoría de los pacientes, tanto en mujeres con un 81,3%, como en hombres 80,8%, reciben implicación por parte de sus familiares, con poca diferencia de porcentaje en ambos sexos.

La Figura 15 (derecha) muestra el tipo de implicación que muestran los familiares hacia los pacientes que la reciben siendo cercana o distante. Se considera que una relación es cercana cuando esta es mutua y consta de afecto y complicidad por ambas partes, si por el contrario no es así y existe tensión e incomodidad entre los implicados se considera una relación distante. Se observa una gran diferencia entre ambos sexos, siendo la mayor parte la implicación cercana en mujeres (92,3%). En cambio, para los hombres más de la mitad de los hombres reciben un apoyo distante por parte de sus familiares (61.9%).

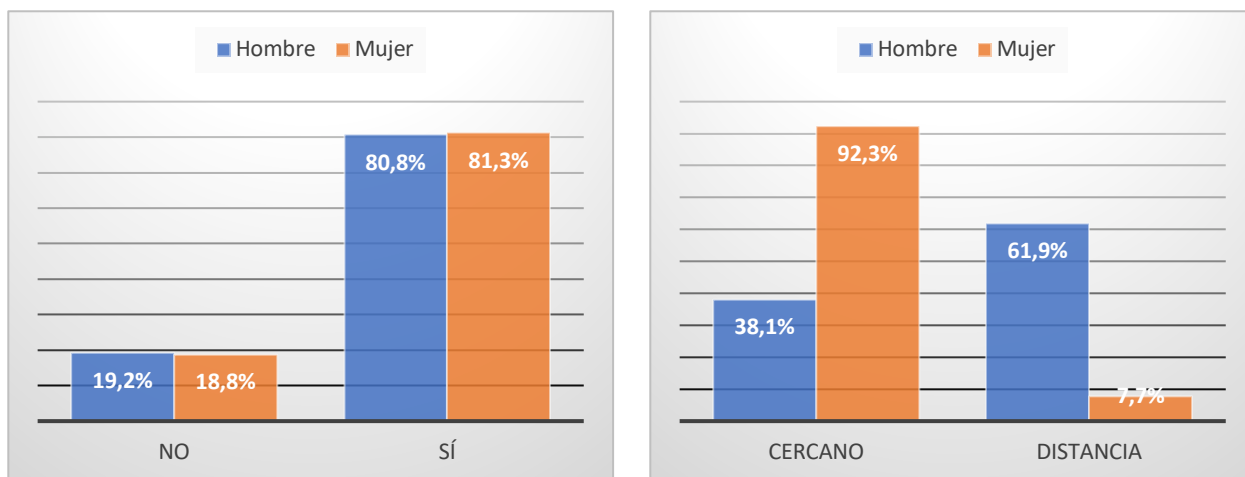


Figura 15: Familias implicadas (izquierda) y tipo de implicación (derecha) según el sexo

La implicación se ha analizado en tres niveles: emocional, material y médica, siendo el nivel de implicación emocional el más importante, ya que como se observa en la Tabla 7, si el paciente recibe implicación emocional, (la mayor parte de los pacientes, tanto en el grupo de hombres, 76.9%, como de mujeres, 68.8%), la mayor parte de ellos (65.4% de los hombres y 62.5% de las mujeres) también la reciben material y todos ellos la reciben médica (aunque algunos solo para presentar quejas).

En el otro extremo, si no hay implicación emocional, tampoco la hay, en general, material ni médica. Para los pocos pacientes que, sin recibir implicación emocional, sí la reciben material, sus familiares solo atienden la parte médica para presentar quejas, es decir, los familiares contactan con el psiquiatra de la unidad correspondiente a la del paciente para exigir o transmitir quejas sobre los problemas del paciente. Suele darse en familias que no entienden la patología y hay una sobreprotección del paciente, lo que hace que la patología del paciente se incremente.

Nivel de implicación	Hombre	Mujer	Total general
Emocional			
No	23,1%	31,3%	26,2%
Material			
No	19,2%	18,8%	19,0%
Médica			
No	19,2%	18,8%	19,0%
Sí	3,8%	12,5%	7,1%
Médica			
No	0,0%	6,3%	2,4%
Quejas	3,8%	6,3%	4,8%
Sí	76,9%	68,8%	73,8%
Material			
No	11,5%	6,3%	9,5%
Médica			
No	7,7%	6,3%	7,1%
Sí	3,8%	0,0%	2,4%
Sí	65,4%	62,5%	64,3%
Médica			
Quejas	3,8%	0,0%	2,4%
Sí	61,5%	62,5%	61,9%
Total general	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 7: Niveles de implicación según el sexo

En la Figura 16 se representa el porcentaje de pacientes que reciben implicación en cada uno de estos niveles por separado, junto con el porcentaje de pacientes que reciben implicación a todos los niveles frente a los que lo reciben solo en alguno o algunos de ellos. Se observa, tanto en hombres como en mujeres, que la mayor parte recibe implicación de alguno de los tres tipos destacando que hay más hombres que mujeres que reciben apoyo emocional y más mujeres que hombres que lo reciben material, pero con muy poca diferencia entre ellos.

El gráfico con los niveles agrupados muestra que más de tres cuartas partes de los pacientes (76.2% de los hombres y 76.9% de las mujeres) reciben implicación de los tres niveles. Esta es la situación idílica, ya que cubriría todas las necesidades del paciente.

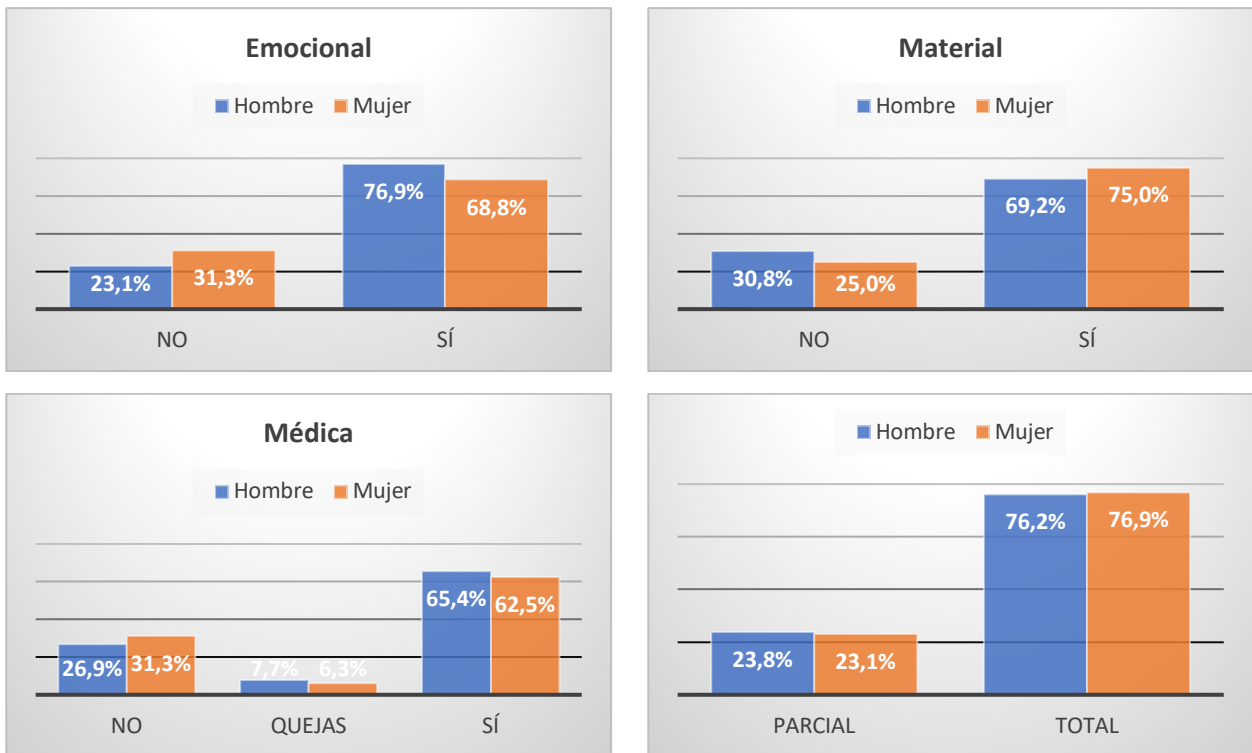


Figura 16: Nivel de implicación: emocional (arriba izquierda), material (arriba derecha), médica (abajo izquierda), y los niveles agrupados (abajo derecha)

La Figura 17 representa si habido evolución favorable en la implicación familiar desde que el paciente ingresó en el centro. Se observa que para algo más de la mitad de los hombres (53.8%) y el 81.3% de las mujeres, los familiares han mejorado su implicación con los pacientes. Esto se debe a que los familiares no tienen tanta responsabilidad sobre los pacientes, sino que la responsabilidad recae en los profesionales del centro o en su defecto, en la administración en el caso que el paciente sea tutelado por ella y, por tanto, la angustia para los familiares es menor.

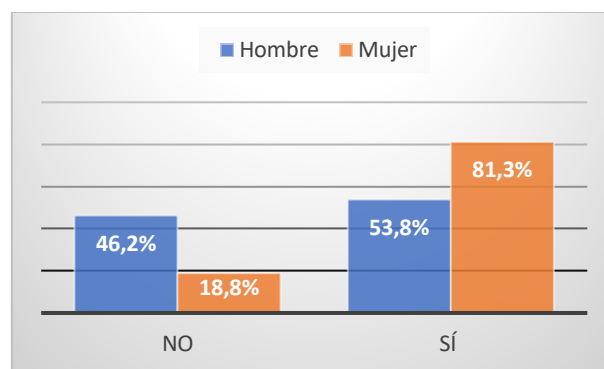


Figura 17: Evolución de los familiares en la implicación del paciente según el sexo

A continuación, se va a estudiar la comunicación de los pacientes con sus familiares. En primer lugar, se presentan los resultados de la forma de comunicación verbal (inexistente, difícil o fluida) y la actitud que se observa en las visitas (inexistente, cercana o distante). La Figura 18 (izquierda) muestra que lo más frecuente en ambos sexos es que exista comunicación verbal (43.8+43.8% de las mujeres y 38.5+38.5% de los hombres), aunque solo la mitad en cada grupo la tiene fluida. Unido al tipo de comunicación puede observarse si en las

visitas o en el contacto telefónico, la comunicación es cercana o distante. En la Figura 18 (derecha) se observa que para la mayoría de las mujeres (62.5%) la comunicación se desarrolla en un ambiente cómodo. También es lo más frecuente en los hombres (39.3%), pero seguido muy de cerca de los que la tienen distante (32.1%). Esta situación puede ocurrir si la familia se encuentra en un estado incómodo o tenso, que puede ser debido a los comportamientos agresivos que los pacientes han tenido en el pasado.

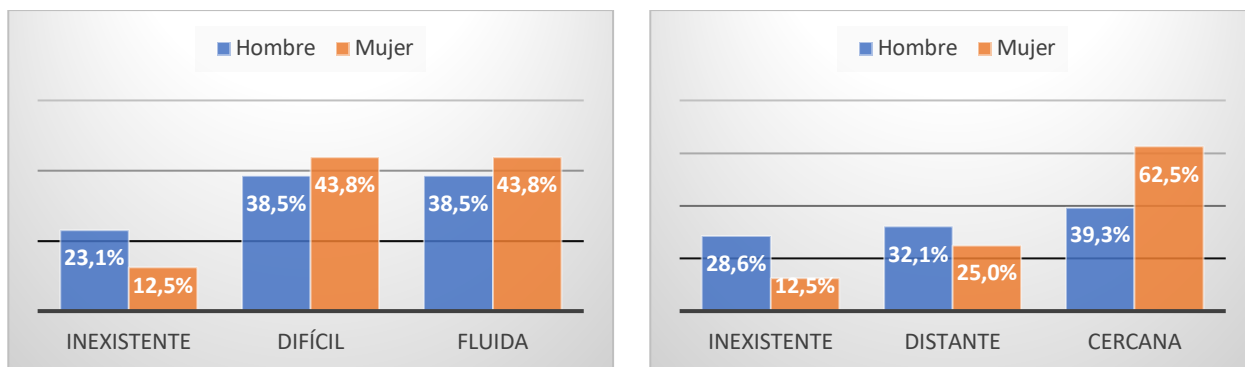


Figura 18: Tipo de comunicación (izquierda) y actitud que se muestra en las visitas (derecha) según el sexo

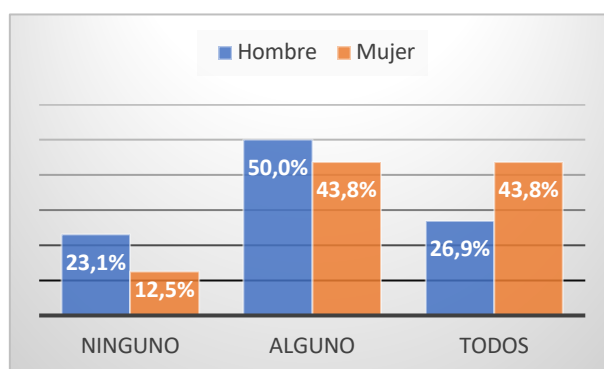


Figura 19: Modos de comunicación que se disfrutan

La Figura 19 muestra que la comunicación entre las familias y los pacientes no siempre se da de la misma forma en todos los sujetos. En las mujeres es habitual que se dé de todas las formas posibles (llamadas telefónicas, visitas y permisos) (43.8%) debido a que como hemos mencionado anteriormente, las familias de estas suelen tener cohesión más cercana con ellas y les es más fácil mantener mayor contacto con ellas de forma completa. Por el contrario, en los hombres solo se da en su totalidad en un 26.9% de los casos, esto es debido probablemente a que los hombres han cometido en el pasado mayor número de actos violentos contra sus familias y estas han decidido (consciente o inconscientemente) mantener mayor distancia con estos. Por este mismo motivo, también cabe destacar que los pocos pacientes que no mantienen ningún tipo de contacto con sus familiares son en su mayor parte hombres.

La Tabla 8 representa las visitas de los familiares al centro y qué miembro familiar acude principalmente a él. La mayor parte de las mujeres, un 71,4% recibe visitas semanalmente, siendo la madre el miembro de la familia que más destaca con un 28,6%. En cambio, para los hombres lo más frecuente es recibir visitas quincenales (62.5%) siendo de nuevo la madre el familiar más destaca con un 50.0%.

Contacto a través de visitas	Sexo		Total general
	Hombre	Mujer	
Mensual	12,5%	14,3%	13,3%
Madre	12,5%	0,0%	6,7%
Padre	0,0%	14,3%	6,7%
Quincenal	62,5%	14,3%	40,0%
Hermano	12,5%	0,0%	6,7%
Madre	50,0%	14,3%	33,3%
Semanal	25,0%	71,4%	46,7%
Abuela	12,5%	0,0%	6,7%
Hermana	0,0%	14,3%	6,7%
Hermano	0,0%	14,3%	6,7%
Madre	0,0%	28,6%	13,3%
Padre	0,0%	14,3%	6,7%
Padres	12,5%	0,0%	6,7%
Total general	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 8: Frecuencia de las visitas y familiar principal que realiza la visita

En la Tabla 9 se analiza la frecuencia del contacto telefónico que mantienen los pacientes con los familiares junto con el familiar con el que contactan principalmente. En este caso la frecuencia que más destaca en ambos sexos es el contacto semanal, correspondiendo al 85,0% de los hombres con un contacto mayor con su progenitora con un 35,0% y en el caso de las mujeres con un 85,7%, siendo el familiar con el que contactan también la madre 57,1%.

Contacto telefónico	Sexo		Total general
	Hombre	Mujer	
Mensual	5,0%	7,1%	5,9%
Amigo	5,0%	0,0%	2,9%
Padre	0,0%	7,1%	2,9%
Quincenal	10,0%	7,1%	8,8%
Madre	10,0%	7,1%	8,8%
Semanal	85,0%	85,7%	85,3%
Abuela	5,0%	0,0%	2,9%
Hermana	10,0%	7,1%	8,8%
Hermano	5,0%	7,1%	5,9%
Madre	35,0%	57,1%	44,1%
Padre	15,0%	7,1%	11,8%
Padres	10,0%	0,0%	5,9%
Tía	5,0%	7,1%	5,9%
Total general	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 9: Frecuencia de las llamadas telefónicas y familiar principal que visitan

Por último, la Tabla 10 muestra los permisos que realizan los pacientes con sus familiares fuera del centro. Pudiendo realizarse periodos en el día, varios días o incluso periodos vacacionales como verano y navidad, haciéndose responsable total el familiar a cargo del permiso. Se puede observar que, en el caso de los hombres, la mayoría obtienen permisos mensualmente, 62,5%, y el miembro familiar que más

frecuentemente se responsabiliza del paciente con el mismo porcentaje (25,0%) es tanto la madre y como el padre. Mientras que las mujeres disfrutan de permisos tanto mensuales como semanales con la misma frecuencia, 33,3%. En los permisos semanales visitan mayoritariamente a la madre y en los mensuales a la hermana, la madre o el padre.

Contacto a través de permisos	Sexo		Total general
	Hombre	Mujer	
Mensual	62,5%	33,3%	47,1%
Abuela	12,5%	0,0%	5,9%
Hermana	0,0%	11,1%	5,9%
Madre	25,0%	11,1%	17,6%
Padre	25,0%	11,1%	17,6%
Quincenal	0,0%	22,2%	11,8%
Madre	0,0%	22,2%	11,8%
Semanal	12,5%	33,3%	23,5%
Hermana	12,5%	0,0%	5,9%
Madre	0,0%	22,2%	11,8%
Tía	0,0%	11,1%	5,9%
Vacaciones	25,0%	11,1%	17,6%
Madre	12,5%	11,1%	11,8%
Padre	12,5%	0,0%	5,9%
Total general	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 10: Frecuencia de los permisos y familiar principal con el que se comunican

6. CONCLUSIONES

En este Trabajo de Fin de Grado se ha analizado el perfil y las relaciones familiares de los pacientes refractarios del centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen. La mayoría de los pacientes son derivados como último recurso, debido a las características que estos presentan y por el amplio recorrido psiquiátrico que ha generado que se haya agotado toda la red de recursos existentes dentro de la comunidad. Una vez que estos pacientes ingresan en el centro se observa un deterioro en las relaciones familiares debido a todas las circunstancias difíciles que estos han sufrido a lo largo de los años.

Los resultados muestran que en el centro hay más pacientes del sexo masculino que del femenino, la mayoría son solteros o solteras de mediana edad, los hombres con una edad media de 40 años y siendo más frecuente tener entre 29 a 48 años y las mujeres algo más jóvenes, con una edad media de 39 años y siendo los más frecuente tener entre 18 y 28 años. Tanto ellos como ellas han nacido mayoritariamente en Aragón.

En cuanto a la enfermedad se ha podido observar que el diagnóstico más común en hombres (y con mucha diferencia con el resto) es la esquizofrenia y trastornos psicóticos, frente a las mujeres para las que lo más frecuente es sufrir un trastorno de la personalidad, aunque seguido de cerca por la esquizofrenia y trastornos psicóticos. Las mujeres son más precoces que los hombres a la hora de desarrollar la enfermedad, esto puede ser debido a que de forma habitual las mujeres tienden a tener un desarrollo más temprano, tanto biológico como psicológico, que los hombres, por ello la edad del primer contacto con la salud mental está comprendida entre los 15 y 19 años, siendo esta edad la etapa de adolescencia, mientras que la edad del primer contacto de los hombres está comprendida entre los 20 y 24 años. En ambos grupos, se han observado pacientes que han contactado muy jóvenes (9 años en hombres y 11 en mujeres) y puede ser debido a que en ocasiones se observan aislamiento o cambios en el comportamiento a muy temprana edad. Todo lo anterior se refleja en que son ellas las que más tiempo llevan diagnosticadas (entre 31 y 40 años y una media de 25 años), siendo las mujeres quienes mayor recorrido psiquiátrico tienen. En contraste con esta información se observa que los hombres residentes en el centro llevan diagnosticados menos tiempos que las mujeres (de 11 a 20 años y una media de 19 años). Respecto al tiempo de ingreso, ambos sexos suelen llevar ingresados un máximo de tres años, esto se debe a que el perfil del paciente estudiado es de joven edad. La estancia en el centro no es constante, es decir, antes de producirse el ingreso permanente algunos pacientes son ingresados durante un periodo corto de tiempo, debido a que la enfermedad no se encuentra en su auge más alto, por lo que no necesitan un ingreso de larga estancia, ambos sexos coinciden en 3 veces o menos.

En el estudio de la situación legal se ha observado que la incapacitación del paciente es más habitual en los hombres, pero son incapacitados más tarde que las mujeres, llevando de 6 a 10 años incapacitados y la mayoría de forma total. Las mujeres son incapacitadas a más temprana edad, pero siendo menos habitual. Tienen un tiempo de incapacitación de 11 a 20 años, no obstante, el tipo de incapacitación no es total, como en el caso de los hombres, sino que lo más habitual es que suceda de forma parcial. Respecto a quién se responsabiliza de ellos cuando son incapacitados, también existen diferencias entre hombres y mujeres, ya que las mujeres suelen tener como responsables a las propias familias salvaguardando sus intereses, en cambio las familias de los hombres tienden a tomar una mayor distancia dejando caer la responsabilidad del paciente en la administración. Conforme avanzan los progresos psiquiátricos de estos, suele darse una modificación del responsable debido a la sobrecarga que estos sufren por la situación inestable. Todos los pacientes cuyo responsable ha variado ha sido pasado de la familia a la administración. En el momento del ingreso el familiar a cargo de las mujeres suele estar su progenitora, en cambio en los hombres esta responsabilidad se divide entre la hermana y el progenitor. No obstante, este último, con el paso del tiempo

en los hombres, suele renunciar a las responsabilidades y terminan por recaer únicamente sobre las hermanas del paciente.

Los datos analizados previamente crean una visión general del posible estado en el que se encuentran las relaciones familiares, pero para conocer en profundidad estas relaciones se han analizado diversos aspectos que permiten un análisis más cercano y detallado de estas.

Al analizar las dificultades que han encontrado las familias antes de que el paciente ingrese en el centro, se observa que, tanto en las familias de los hombres como en las de las mujeres, han ocurrido sobre todo problemas de convivencia y situaciones agresivas. Pocas familias han padecido miedo, sobre todo las de las mujeres, y los actos de violencia han sido más frecuentes en las familias de los hombres.

En la actualidad la mayor parte de los pacientes mantienen lazos familiares, no obstante, no todos intervienen en su progreso y son las mujeres en las que menos se da esta situación. En ambos sexos se da la cohesión familiar, es decir, existe implicación de los familiares, pero no se da de la misma forma, ya que para una mayoría de las mujeres la cohesión familiar es cercana y, por el contrario, en el caso de los hombres son las propias familias quienes mantienen una cohesión distante con ellos. Podríamos decir que las mujeres tienden a tener familias más apegadas que los hombres. En cuanto al nivel de implicación, independientemente de si esta es cercana o a distancia, tanto los hombres como las mujeres, reciben mayoritariamente implicación de los tres tipos considerados: emocional, material y médica, es decir, que las familias cubren, en general, las necesidades del paciente. Por último, en las mujeres se observa una mayor evolución favorable en el nivel de implicación respecto al momento de inicio del ingreso.

Analizar la comunicación es esencial para poder observar en su totalidad el tipo de relaciones familiares. Esta comunicación puede ser fluida o difícil, en ambas destacan la comunicación de las familias con las mujeres del centro, ya que los hombres tienden a tener menos comunicación con sus familiares. En cuanto a las distintas formas de contacto, lo más habitual en ambos sexos es que haya llamadas telefónicas cada semana. Sin embargo, aunque las mujeres también reciben semanalmente visitas, los hombres lo hacen más a menudo quincenalmente. Esta situación también se observa en los permisos, lo más frecuente en mujeres es que sean semanales, mientras que en hombres es que sean mensuales. Además, hay más mujeres que hombres que disfrutan tanto de las llamadas telefónicas, como de las visitas, como de los permisos, por lo que las mujeres disfrutan más que los hombres de una forma de comunicación que conlleva más implicación emocional, hay pacientes cuyos familiares aún no están preparados para responsabilizarse totalmente de ellos y unos pocos que han perdido completamente el contacto personal con sus familiares. Por otra parte, son las mujeres de la familia las que mayoritariamente mantienen la comunicación con los pacientes ingresados en el centro.

En resumen, aunque la mayor parte de las familias de pacientes con TMG se implican en su seguimiento tanto a nivel emocional, como material o médico, y que el ingreso en un centro Neuropsiquiátrico alivia la relación del paciente con su familia, el largo recorrido psiquiátrico de los pacientes ha hecho que, por una parte, muchas familias cedan su protección a la administración, y por otra, pierdan total o parcialmente la comunicación con ellos.

Resulta esencial paliar estos conflictos familiares, ya que son la base principal para una evolución correcta del paciente y su enfermedad.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Alvira Martín, F. (1983). *Perspectiva cuantitativa en la metodología sociológica*. En línea, recuperado el 5 de mayo de 2021 de <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjsntLzyqbxAhXRzoUKHdm1DaAQFnoECAMQAA&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F52968.pdf&usg=AOvVaw1LKblmr4AVCu5HEw3Fh3g9>
- Ardila Gómez, S. (2009). El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. *Rev. Colomb. Psiquiat.* Vol. 38(1), 1-12. En línea, recuperado el 28 de abril de 2021 de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v38n1/v38n1a09.pdf>
- Aroca Fons, L., Arocas Estellés, A., Cebrián Luján, A., Maltés Blasco, L., Pasqual Zapater, M., Pérez Urios, C. y Zafra Márquez, M. (2003). Intervención del/la trabajador/a social en las unidades de apoyo de salud mental. Equipo Trabajadoras Sociales USM, USMI, UME, HD Y UR .3-30- En línea, recuperado el 24 de febrero de 2021 de http://www.san.gva.es/documents/156344/484152/Intervencion_del_TSS_unidades_de_salud_mental.pdf
- Bertolote, J. M. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry*, 6(2), 113-116.
- CIE – 10 (2001). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE - 10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana. En línea, recuperado el 30 de abril de 2021 de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf;jsessionid=93593B88597C03CA992CD39787846B9A?sequence=1
- Consejería de Salud (2008). *Proceso Asistencial Integrado del Trastorno Mental Grave*. Sevilla.
- DSM-V (2014) *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. En línea, recuperado el 7 de febrero de 2021 de: <https://iramirez.webnode.es/files/200000160-5cb3e5dad4/DSM5.pdf>
- Espinosa, L (2017). ¿Qué es el trastorno mental grave y duradero? *Revista de psicología y psicopedagogía*, (16): 8-9.
- Espinal, I., Gimeno, A., y González, F. (2006). *El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia*. *Revista internacional de sistemas*, 14, 21-34. En línea, recuperado el 28 de abril del 2021, de www.uv.es.
- Garcés Trullenque, E.M. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de trabajo social*, 23, 333-352.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (Cuarta edición ed.). México: Mc Graw - Hill.
- Hermanas Hospitalarias (2021). *Centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen*. Nuestra Señora del Carmen. En línea, recuperado en febrero de 2021 de: <https://www.hospitalarias.es/tag/centro-neuropsiquiatrico-nuestra-senora-del-carmen/>
- Ituarte Tellaeche, A. (2017). *Prácticas del trabajo social clínico*. NAU LLIBRES. En línea, recuperado el 4 de abril de 2021 de https://naullibres.com/wp-content/uploads/2019/06/9788416926138_L33_23.pdf
- Jiménez Fernández, A. (2016). *El papel del trabajador social en los equipos integrales de los centros ambulatorios de atención a drogodependientes en la Comunidad de Madrid*. En línea, recuperado el 7 de febrero de 2021 de <https://eprints.ucm.es/id/eprint/38754/1/T37602.pdf>

- Kusminsky, G. (2008). El médico junto al paciente refractario y en el final de la vida. *HEMATOLOGIA*, 8(1), 62-64.
- López Jiménez, M. T., Barrera Villalpando, M. I., Cortés Sotres, J. F., Guines, M., & Jaime, M. (2011). Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. *Salud mental*, 34(2), 111-120.
- Martín, B. H. (2013). El Trabajo Social en la intervención psicosocial con personas con trastorno mental severo: una reflexión sobre el papel de las familias. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (52), 314-325.
- OMS. (1951). *INTERPRETACIÓN DEL ACUERDO DE 25 DE MARZO DE 1951 ENTRE LA OMS Y EGIPTO*. En línea, recuperado el 22 de febrero de 2021 de <https://www.dipublico.org/cij/doc/66.pdf>
- OMS. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001*. En línea, recuperado el 18 de febrero de 2021 de <https://www.alansaludmental.com/pol%C3%ADticas-en-sm/pol%C3%ADtica-sm-de-la-oms/informe-salud-en-el-mundo-2001/>
- OMS (2013). *Plan de acción sobre salud mental*. En línea, recuperado el 1 de febrero de 2021 de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1
- Rodríguez, M. y López, B. (2015). *Instrumentos de medida en terapia familiar y de pareja, utilizando escalas*.
- Rodríguez, O. (2015). *Trastorno mental grave: definición y características*. Mas que mayores. En línea, recuperado el 15 de marzo de 2021 de <http://masquemayores.com/magazine/trastorno-mental-grave-definicion-y-caracteristicas/>
- Tello, N. (2008). *Apuntes de Trabajo Social. Trabajo Social, disciplina del conocimiento*. Universidad Nacional Autónoma de México Escuela Nacional de Trabajo Social

Parte 1: Datos Identificativos

1. Edad
2. Sexo
 - Mujer
 - Hombre
3. Estado Civil
 - Soltero/a
 - Casado/a
 - Separado/a
 - Otro
4. Lugar de nacimiento/Lugar de residencia
 - Aragón
 - No Aragón

Parte 2: Situación Clínica-Progreso enfermedad

5. Año del primer contacto con salud mental
6. Diagnóstico actual
7. Año de ingreso en el centro
8. Número de ingresos anteriores en el centro

Parte 3: Situación Legal

9. Incapacitado
 - Sí
 - No
 - En trámite
10. Año de la incapacitación
11. Modo
 - Parcial
 - Total
12. Responsable en el momento de la resolución
 - Familiar
 - Administración
 - Otros
13. Si actualmente ha habido un renombramiento o sigue el mismo responsable.
 - Familiar
 - Administración
 - Otros

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antes de ingresar en el centro la familia en alguna ocasión sufrió:

1. Miedo Sí/No
2. Problemas de convivencia Sí / No
3. Situaciones de agresividad Sí / No
4. Situaciones de violencia Sí / No

FAMILIA

5. ¿Tiene familia? Sí/No
6. Si tiene familia, ¿se involucran todos los miembros? Sí / No
7. ¿Reciben implicación por parte de los familiares? Sí / No
8. ¿De qué tipo es la implicación?
 - Cercana
 - Distante
9. Nivel de implicación
 - Emocional Sí / No
 - Material Sí / No
 - Médica Sí / No
10. ¿Crees que la implicación familiar ha mejorado desde que el paciente ingresó en el centro? Sí / No

COMUNICACIÓN

11. ¿Cómo es la comunicación?
 - Fluida
 - Difícil
 - Inexistente
12. ¿Cómo es la actitud en la comunicación?
 - Cercana
 - Distante
 - Inexistente

CONTACTO

¿Cómo es el contacto?

13. Telefónico
 - Frecuencia
 - Familiar implicado en el contacto
14. Visitas
 - Frecuencia
 - Familiar implicado en el contacto
15. Permisos
 - Frecuencia
 - Familiar implicado en el contacto