

Trabajo de Final de Máster

**Programa de intervención centrado en la adherencia al tratamiento de un
TMG (Trastorno Mental Grave) desde un enfoque del trabajo social.
*Factores facilitadores y desfavorables.***

Autor/a / Autor/a: Marina Belda González

Director/a: *Francisco Herrero Machancoses.*

Tutor/a o supervisor/a: *Sergio Benabarre Ciria.*

Fecha de lectura: *Octubre de 2022*

Resumen:

El Trastorno Mental Grave no solamente precisa de un tratamiento farmacológico, sino que también es necesaria la intervención psicosocial para complementar el proceso de rehabilitación. En ocasiones, por falta de recursos en el ámbito de Salud Mental, entre otros, no se llega a desenvolver la parte terapéutica del tratamiento, lo que dificulta la continuidad de este por falta de adherencia, y eso es lo que pretende este programa, asumir esa parte, la creación de adherencia. La adherencia es un concepto muy amplio que dependiendo del autor que lo defina asume una interpretación u otra, pero sí que define la capacidad de continuidad de un tratamiento para poder alcanzar el objetivo de rehabilitación. Además, conseguir la adherencia hacia un tratamiento de TMG supone trabajar con muchos aspectos y factores que influyen en la situación de la persona, y los hay de factores facilitadores y desfavorables, por eso la importancia de trabajar con ellos, para crear las herramientas necesarias para poder beneficiarse de ellos (facilitadores) o de lo contrario, saber afrontarlos sin que nos influyan en el proceso de rehabilitación y, por lo tanto, en la adherencia.

Palabras clave: Trastorno Mental Grave, tratamiento, adherencia, factores desfavorables, factores facilitadores, abandono, cronificación, trabajo social, proceso de rehabilitación.

Abstract:

Serious Mental Disorder not only requires pharmacological treatment, but psychosocial intervention is also necessary to complement the rehabilitation process. Sometimes, due to lack of resources in the field of Mental Health, among others, the therapeutic part of the treatment is not developed, which makes it difficult to continue due to lack of adherence, and that is what this program aims to do, assume that part, creating adhesion. Adherence is a very broad concept that, depending on the author who defines it, assumes one interpretation or another, but it does define the ability to continue a treatment in order to achieve the goal of rehabilitation. In addition, achieving adherence to SMI treatment means working with many aspects and factors that influence the person's situation, and there are facilitating and unfavorable factors, which is why it is important to work with them, to create the necessary tools to being able to benefit from them (facilitators) or, on the contrary, knowing how to deal with them without

influencing us in the rehabilitation process and, therefore, in adherence.

Keywords: *Serious Mental Disorder, treatment, adherence, unfavorable factors, facilitating factors, abandonment, chronification, social work, rehabilitation process.*

INDICE

1. Introducción.....	Pág. 5
1.1 Concepto de Trastorno Mental Grave.....	Pág. 5
1.2 Adherencia al tratamiento en Trastorno Mental Grave.....	Pág. 6
1.4 Abandono del tratamiento en Trastorno Mental Grave.	Pág. 9
1.4 Factores facilitadores y desfavorables para la adherencia o abandono al tratamiento.....	Pág.13
1.5 Papel del Trabajo Social con TMG.....	Pág.15
2. Objetivos.....	Pág.18
2.1 Objetivo general.....	Pág.18
2.2 Objetivos específicos.....	Pág.18
3. Metodología.....	Pág.19
3.1 Contextualización.....	Pág.19
3.2 Destinatarios (población diana).....	Pág.21
3.3 Mecanismos de captación.....	Pág.22
3.4 Metodología.....	Pág.23
3.4.5 Tipo de sesiones.....	Pág.25
3.4.6 Estructura de las sesiones.....	Pág.31
3.4.7 Temporalización.....	Pág.39
3.5 Evaluación.....	Pág.40
4. Conclusiones.....	Pág.42
5. Bibliografía.....	Pág.44
6. Anexos.....	Pág. 46
Anexo 1.....	Pág.47
Anexo 2.....	Pág.48

Anexo 3.....	Pág.49
Anexo 4.....	Pág.50
Anexo 5.....	Pág.52
Anexo 6.....	Pág.53

1. Introducción.

1.1 Concepto de Trastorno Mental Grave.

El concepto de Trastorno Mental Grave, tal y como se ha comprobado leyendo diferentes autores, tiene muchas definiciones e interpretaciones, por lo que según el autor que lo defina empleará unas características u otras para darle significado.

El término de TMG se ha utilizado desde hace años atrás para referirse principalmente a trastornos mentales cuya duración es prolongada en el tiempo y que conlleva una discapacidad, y como consecuencia de los síntomas de los trastornos mentales, problemas sociales, puesto que dificulta el desarrollo y las habilidades sociales para poder desenvolverse con su entorno (Goldman, Gattozzi y Taube, 1981).

Como consecuencia de la gran variedad de definiciones referidas al TMG, se hizo un estudio cualitativo llevado a cabo por Conejo et al. (2014), sobre las opiniones de los profesionales sanitarios acerca de las diferentes definiciones que hay sobre el TMG, siguiendo la línea de las definiciones generales que giran en torno a tres criterios: diagnóstico, discapacidad y duración. En este estudio hubo ciertas diferencias entre los profesionales que pensaban que era necesario incluir previamente un diagnóstico para definir un TMG y los que no veían o no creían que fuese necesario. Por el contrario, en cuanto a definir qué tipo de disfunciones y autonomía tiene el paciente para poder considerar un TMG, la gran mayoría consideraron que sí que era necesario puesto que es lo que definiría de la manera más ajustada posible que tipo de TMG tiene el paciente, y posteriormente se explicaría mejor que síntomas sociales y personales puede llegar a tener. En cambio, algunos profesionales opinan que el criterio de la duración de la enfermedad no es fundamental para definir el TMG puesto que puede durar más o menos según los diferentes factores que influyan en el proceso de rehabilitación. Y, por otro lado, en la investigación también se contemplaron otros criterios que algunos profesionales creían importantes y que en la mayoría de las definiciones de TFM no se contemplan como son: el uso de los recursos sanitarios, el apoyo familiar y social y las variables personales de cada paciente (comienzo de la enfermedad, nivel educativo, recursos económicos, necesidades de atención y conciencia de enfermedad).

Los trastornos mentales graves hoy en día se han convertido en una enfermedad que padece gran parte de la población, entre un 15 y 25% según Romeo (2021), convirtiéndose en un problema por el sufrimiento que produce a la persona en cuestión,

a la familia y al entorno de influencia.

La atención a personas con TMG se compone de distintos niveles de atención y tipos de intervención que se tienen que llevar a cabo simultáneamente para que el proceso de rehabilitación sea eficaz. En la intervención se tendrán en cuenta diferentes factores influyentes: bienestar personal, participación con el entorno, autonomía. La atención de los pacientes con el diagnóstico de TMG debe alternar tratamiento farmacológico y psicosocial estando en constante coordinación con diferentes profesionales que aborden cada uno un aspecto que influya en el proceso de rehabilitación para que el paciente pueda crear adherencia y resulte eficaz el tratamiento pautado (Romeo, 2021). Se trabaja hacia un enfoque holístico, donde el equipo de profesionales que va a atender a la persona con diagnóstico en TMG debe de ser multidisciplinar para que aborden todos los aspectos de la persona que influyan en su enfermedad (Lima, Pastor y Verde, 2017).

Se combina el tratamiento farmacológico, psicológico, social y familiar para que el paciente pueda conservar sus habilidades sociales y la autonomía, y sea más fácil el proceso de rehabilitación tratando de no desvincular a la persona de su entorno, si no, mejorar sus relaciones y facilitar la interacción en el mismo (Lima, Pastor y Verde, 2017).

1.2 Adherencia al tratamiento en Trastorno Mental Grave.

En el ámbito de Salud Mental, las intervenciones que se realizan son de tipo farmacológicas y psicosociales, ambas se llevan a cabo de manera simultánea para una mejor y eficaz rehabilitación. Trabajando ambos aspectos interrelacionados se pretende dar mayor cobertura al proceso de rehabilitación con todos los aspectos que este conlleva, por eso es tan importante crear una adherencia al tratamiento, aunque este concepto, tiene muchos significados ya que cada autor lo interpreta desde un enfoque distinto.

Según González et al. (2005), hay diferentes autores que definen la adherencia como el grado en el que la conducta de la persona con trastorno mental, en este caso, coincide con las recomendaciones médicas-sanitarias con relación al tratamiento prescrito y los hábitos que ello conlleva para su cumplimiento.

La adherencia como grado de coincidencia entre la pautas y prescripciones del médico y la predisposición y comportamiento del paciente hacia este, por ello es tan importante

que este último maneje toda la información sobre el tratamiento que se va a llevar a cabo con el para mejorar su situación de Salud Mental (Mion Junios, 1994).

Según la OMS (2006) define la adherencia terapéutica como la magnitud con la que la persona paciente sigue las instrucciones médicas.

Podríamos afirmar que la adherencia conlleva una negociación entre profesional-paciente y no solamente una implantación del tratamiento por parte del profesional para que el paciente se ciña solamente a su cumplimiento, que también, pero antes se tiene que haber explicado y mostrado todos los aspectos que conlleva el tratamiento para que pueda ser eficaz y el paciente cree una adherencia a este.

Por lo que adherencia y cumplimiento van de la mano, pero según el informe de la Organización Mundial de la Salud (2003) indica que la diferencia principal entre ambas es que la adherencia necesita el consentimiento del paciente en cuanto a la pautas que se le marcan o recomiendan para una futura eficacia del tratamiento, por lo que la participación de ambos agentes es igual de importante en el proceso, ya que si el paciente crea una adherencia hacia el proceso de rehabilitación y/o tratamiento, seguidamente pasa a cumplirse el tratamiento pautado previamente entre ambos.

Sin embargo, si hablamos de adherencia como cumplimiento del tratamiento, encontramos que la definición que nos da Haynes (1979) es la que tiene mayor aceptación: “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”.

Es importante relacionar la adherencia con la autoeficacia, que se relaciona con la capacidad voluntaria del paciente para influir en las actividades cotidianas de la vida diaria, sobre todo en la prevención y manejo de las enfermedades. Los niveles altos de autoeficacia se relacionan con los estados de ánimo más positivos, menos aparición de síntomas de la enfermedad mental y mayor grado de cumplimiento con el tratamiento pautado. Pero, por otro lado, si el grado de autoeficacia es menor, se relaciona justo con lo contrario, estados de ánimo no positivos, presencia de síntomas derivados de la enfermedad y el no cumplimiento del tratamiento (Vergara, 2014).

La psicoeducación influye de manera positiva a la hora de establecer una relación entre profesional-paciente, en la confianza de pedir apoyo cuando se necesite en situaciones

complejas donde la enfermedad mental se manifiesta y en la adherencia al tratamiento (Colom y Vieta, 2004).

Para mejorar y garantizar la adherencia terapéutica, las intervenciones que se van a llevar a cabo deben de ser discutidas con el paciente considerando sus puntos de vista sobre su situación, así aumentaremos su implicación. Unas de las recomendaciones que nos hace Reyes et al. (2016) para que la participación del paciente en la elaboración de su propio tratamiento terapéutico sea eficaz son:

- Indagar si es intencionada o no la falta de adherencia.
- Realizar intervenciones sobre los problemas específicos que dificultan la adherencia.
- Hablar con el paciente si aparecen efectos sobre el tratamiento, actuar sobre ellos y adaptarlos a la comodidad del paciente.
- Establecer una relación de confianza con el profesional-paciente.

Los efectos del incumplimiento repercuten en los ámbitos clínicos, psicosociales y económicos de las personas que requieren de tratamientos de larga duración para que se logre su rehabilitación. El incumplimiento y la no adherencia al tratamiento por parte del paciente tiene como resultado (Díaz, 2014):

- Cambios repentinos en la planificación de los profesionales.
- Aumento de visitas continuadas del paciente.
- Hospitalizaciones recurrentes.
- Deterioro de la salud.
- Surgimientos de problemas emocionales.
- Problemas económicos personales (nivel de productividad en su empleo, pérdida de empleo, pérdidas en la economía doméstica y demás gastos).

La falta de conciencia del trastorno mental que se padece es el factor principal que dificulta la adherencia del paciente, así como la falta de apoyo familiar, social y el consumo de sustancia tóxicas (Díaz, 2014).

Según Díaz (2014), la adherencia al tratamiento debe ser como una forma de comportamiento por parte del paciente y no como un diagnóstico que se debe de curar y desaparecer, es importante que esta forma de ver la adherencia se le trasmita al propio paciente y no sea responsabilidad del profesional si crea o no adherencia a la persona.

Los profesionales sanitarios deben de ser los primeros, desde la atención primaria, quienes detecten la falta de adherencia y averiguar sus causas e intervenir con los recursos que se necesiten, y lo primero que deben de considerar si no se cumplen con los objetivos establecidos desde un primer momento, según Orozco et al. (2016) es:

- Fortalecer la relación cliente profesional.
- Individualización de la intervención.
- Participación multidisciplinar.
- No culpabilizar al paciente.

Por otro lado, las estrategias de intervención que deberían de utilizarse para abordar el tema de la no adherencia y por lo tanto favorecerla según Reyes et al. (2016) son: las simplificadoras del tratamiento, las educativas, las de apoyo familiar/social y las del refuerzo conductual (Díaz, 2014).

Es necesario conocer siempre la presencia de factores que estén interfiriendo en la adherencia del tratamiento y trabajar sobre ellos o con ellos, en el caso que haya facilitadores y puedan ayudar a dejar de lado los factores desfavorables para la adherencia.

Cabe añadir que en un estudio de Baez et al. afirma que si se maneja la adherencia desde varias perspectivas, es decir, con la participación de varios profesionales, un equipo multidisciplinar, se influye de manera positiva en la mejora de la calidad de vida de los pacientes y que el hecho de personalizar un proceso de rehabilitación se convierte en una herramienta para la creación de la adherencia (Rojas, 2016).

1.3 Abandono del tratamiento en Trastorno Mental Grave.

El abandono del tratamiento o abandono terapéutico es un concepto al que se le conceden muchos significados dependiendo del autor que lo defina, ya que hay muchas

maneras de referirse a él según desde que ámbito se observe.

Centrándonos en lo que dice Goodwin y Jamison (1990), existe el no cumplimiento parcial referido a que el paciente no ha cumplido de manera consciente todas las pautas que se le marco en su plan de tratamiento o que se han cumplido de manera intermitente, y, por otro lado, el no cumplimiento total que hace referencia a una discontinuidad total de la terapia. Es más, Gaebel (1997) hace también su pequeña aportación al respecto y determina el rechazo al tratamiento y la discontinuidad de la terapia refiriéndose al abandono del tratamiento como varios tipos:

- Rechazo terapéutico: el paciente niega directamente empezar con un tratamiento y considera no necesitarlo puesto que presenta negación ante la enfermedad que padece, no es consciente de ello. Además, no se deja aconsejar por el profesional.
- Discontinuidad de la terapia: el paciente considera que ya debe de terminar con el tratamiento porque ya no hace falta y lo interrumpe pese a las indicaciones del profesional.
- Irregularidades en el tratamiento: hay pacientes que no siguen las indicaciones de las pautas dirigidas por el profesional y lo cumplen, si es que lo hacen, a su manera y entendimiento (cumplimiento caprichoso). Normalmente esto suele derivar por la falta de interés por parte de la persona en cuestión y para la que se diseña el tratamiento o bien porque no tiene el suficiente apoyo ante la dificultad del mismo tratamiento.

Para poder entender el abandono o incumplimiento de un tratamiento terapéutico y saber si hay o no adhesión, es necesario distinguir entre el cumplimiento de ciertas indicaciones terapéuticas que se le ofrecen, consultas programadas o control periódico (Muñoz, 2004) ya que dependiendo de a lo que nos refiramos, estará adherido o de lo contrario habrá abandono del tratamiento. El aspecto más difícil al que se enfrenta el paciente para lograr una adherencia o cumplimiento de tratamiento es cuando implica cambios en su estilo o hábitos de vida (Evans y Haynes, 1990).

Según Leventhal y Cameron (1987) muchos de los estudios que se realizan para dar explicación al abandono terapéutico, están guiados por varias teorías del cumplimiento. Estos enfocan la falta de adherencia al tratamiento desde una perspectiva diferente

tratando los aspectos más relevantes para su explicación como son el conocimiento del paciente de la enfermedad que padece, la percepción de riesgo que conlleva el no cumplimiento del tratamiento y la motivación que se tiene para cumplirlo, entre otros. Para entender todo lo expuesto hace falta definir las teorías del cumplimiento que según Leventhal y Cameron se centra el abandono de los pacientes, tal y como se ha explicado:

- Modelo biomédico.
- Modelos de la comunicación.

Según Leventhal, Zimmerman y Gutman (1984), después de analizar los factores implicados en esta teoría, se crea una adherencia al tratamiento y se hace más eficaz cuando previamente el profesional lo explica al paciente, ya que este último recibe, comprende y lo retiene para poder procesarlo y aplicarlo de manera correcta y eficiente. Por lo que el profesional, de alguna manera, debe de crear motivación mediante las palabras hacia el paciente para que este cumpla con el proceso de tratamiento establecido sin que se produzca abandono.

Con la comunicación se logra que el paciente sea consciente de lo que conlleva su diagnóstico y la importancia del cumplimiento del tratamiento para una mejora de su situación, pero sin embargo esta teoría no se detiene a explicar que pasaría si no se cumple con el tratamiento pautado ni tampoco explica que son muchos los factores que influyen en la persona a la hora de cumplir o no el tratamiento.

- Modelo de los sistemas de autorregulación.

Es el individuo quien trata de resolver sus propios problemas, por lo que todas sus acciones están dirigidas a cambiar su situación actual, pero de ello dependerá a donde quiera llegar (Carver y Scheier, 1982; Leventhal y Nerenz, 1983). Dependiendo del sistema autorregulatorio que se tenga, varias personas pueden interpretar de manera diferente la enfermedad y por lo tanto pensar en diferentes opciones de actuación para frenar la enfermedad. Por lo que un paciente puede abordar de diferente manera una situación de enfermedad mental, al igual que una misma persona puede tener diferentes percepciones según en que momento y como se encuentre y escoger por lo tanto diferentes maneras de afrontamiento que se adapten a las necesidades del momento.

Esta teoría se produce cuando el paciente es consciente de que está enfermo, pero esto no quiere decir que se vaya a cumplir con el tratamiento que el profesional le haya pautado, por lo que el abandono o el no cumplimiento puede aparecer cuando se produzca una mala comunicación entre profesional-paciente o haya puntos de la enfermedad que no se hayan profundizado entre estos dos y por lo tanto se hayan dejado brechas (Muñoz, 2004).

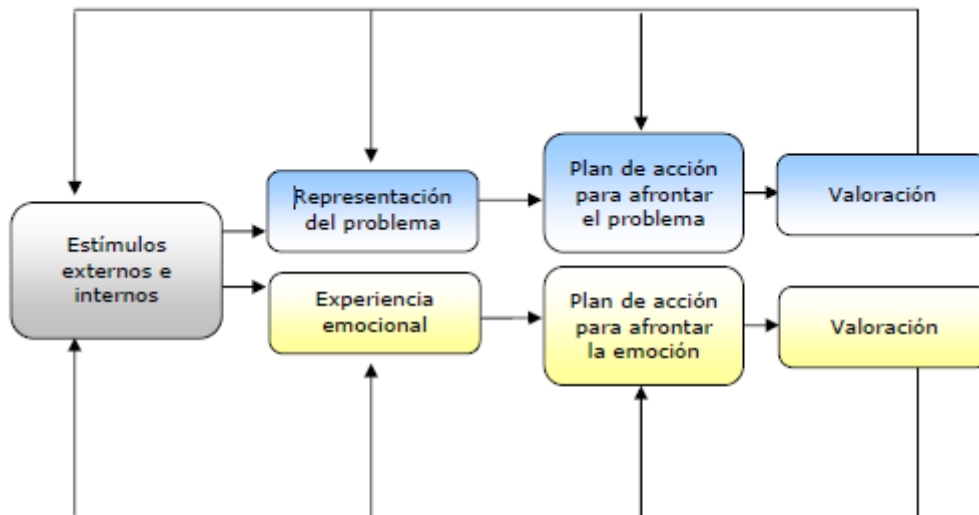


Figura 1. Modelo de autorregulación del comportamiento en enfermedad (Leventhal y Cameron, 1987).

En esta teoría tampoco se tienen en cuenta todos los factores exteriores e interiores al paciente que puede y suelen influir en el mismo y que producen efectos en el tratamiento.

- Teoría de la creencia racional: modelo de la creencia de salud.

Cuando el paciente maneja la información de lo que puede pasar si no cumple con el proceso de tratamiento, se produce un cambio de actitud que se enfoca en mejorar su situación, por lo que el abandono o incumplimiento de este viene dado por la falta de información sobre los beneficios del tratamiento y los inconvenientes que conlleva la no adherencia al mismo (Muñoz, 2004).

Las cuatro creencias que hacen que la persona tenga la necesidad de mejorar su situación mediante la adherencia al tratamiento son: la vulnerabilidad, los beneficios que se perciben con el cumplimiento del tratamiento y las barreras que se han desmontado acerca de la adherencia y la severidad de la enfermedad. Pero es cierto que estas creencias en ocasiones pueden verse influidas y por lo tanto percibidas de distinta manera cuando influyen los factores demográficos, sociales y psicológicos y, por lo tanto, hacen que no se consiga la adherencia y se produzca el abandono del tratamiento.

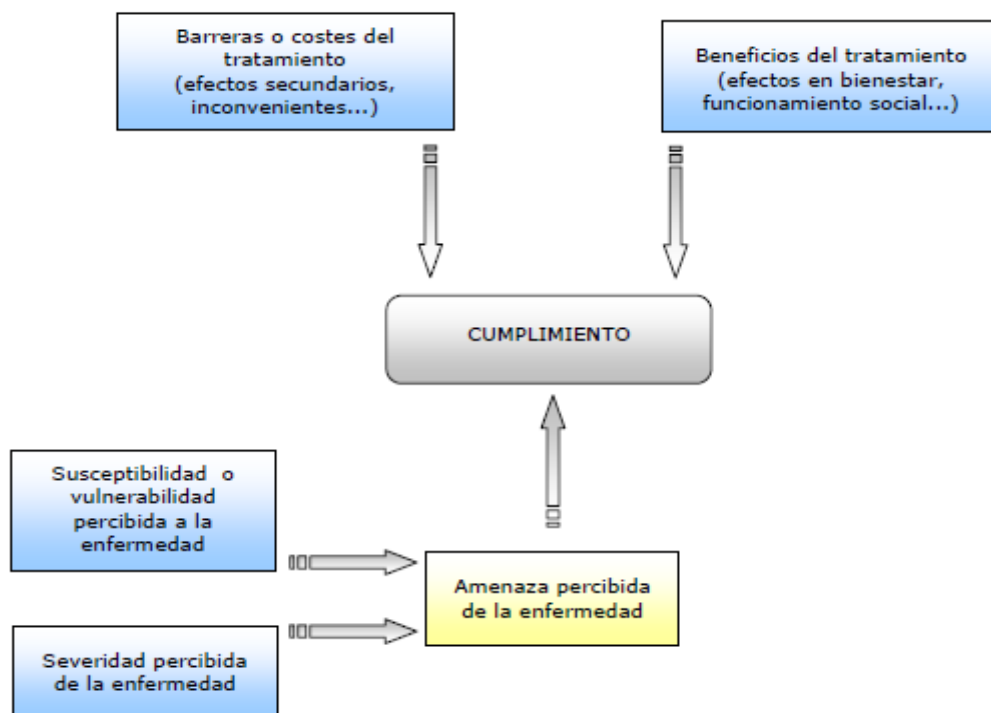


Figura 2 . Health Belief Model (Modificado de Bebbington, 1995).

Hay que remarcar que, si el paciente no tiene una buena educación sobre el tratamiento y la enfermedad diagnosticada, es muy probable, y más en el tipo de patologías de TMG, donde la contribución y la aceptación son de gran importancia, acaben abandonando el tratamiento como venimos exponiendo hasta el momento.

1.4 Factores facilitadores y desfavorables para la adherencia o abandono al tratamiento.

Según Pollard (2000) algunos pacientes con diagnóstico de enfermedad mental, aunque

son pocos los que se han detectado, antes de finalizar el tratamiento que se les ha pautado, lo abandonan o lo finalizan, pero sin ninguna mejoría o muy poca. Por lo que, a partir de aquí, se suele relacionar con que estas personas suelen actuar de esta manera porque los factores como el ambiente social o familiar por el que se ven rodeados influyen en el proceso de tratamiento y, por lo tanto, no facilitan la recuperación de este, por eso no crean adherencia al tratamiento.

Esto conlleva de primeras, el abandono del tratamiento farmacológico, pero que seguidamente se ve afectada la intervención psicosocial puesto que sin el tratamiento farmacológico no hay un equilibrio psicótico y con ello la pérdida de interés en las terapias y la nula conciencia, en ocasiones, del diagnóstico que tienen. Todo esto, según González et al. (2005), hace que la situación en la enfermedad mental del paciente y todo lo que incluye, se estanque o involucre y por lo tanto se cree una situación de repeticiones continuas sin avanzar.

Además, todo lo mencionado acaba siendo un problema en el ámbito social puesto que se tendrá que invertir más económicamente para crear programas que precisamente eviten estas situaciones y creen adherencia en los pacientes mediante “programas educativos”, por ejemplo (González et al., 2005). Pero, sin embargo, para Pollard (2000) la mejor opción como solución a esta situación que venimos comentando de ineficacia del tratamiento por abandono por razones múltiples que rodean a la persona en cuestión, es el internamiento en centros específicos de Salud Mental en donde puedan tener un seguimiento de la persona y un tratamiento más atento y encaminarlo en el caso de desvío. Este emplea alternativas como el internamiento, pero ofreciendo factores del entorno natural para ver si con su exposición sabrían controlarse y un futuro poder salir del centro rehabilitados y listos para seguir su recorrido en el proceso de tratamiento sin estar supervisados la mayoría del tiempo.

De manera general pero muy importante, hay que destacar que la aceptación tanto del tratamiento como de la enfermedad es el factor que más peso tiene, puesto que este determinará el cumplimiento, el incumplimiento o el cumplimiento intermitente del tratamiento pautado. Los factores que influyen en la persona y que provocan en ocasiones el abandono del tratamiento o la ineficacia de este, los vamos a denominar factores desfavorables puesto que son los que influyen de manera negativa en el proceso de rehabilitación del paciente y que, por lo tanto, no benefician su recuperación frente al diagnóstico. Según González et al. (2005), en investigación de campo, los factores

relacionados directamente con el paciente que pueden influir en el abandono o interrupción del tratamiento son:

- La negación de la enfermedad por parte del paciente, ya que si no hay consciencia de ello no se puede acceder al cumplimiento de un tratamiento pautado.
- La edad que tenga en ese momento el paciente que va relacionado con la responsabilidad y toma de conciencia.
- El nivel de educación general que marcará el grado de comprensión del tratamiento y enfermedad mental.
- La desconfianza hacia el tratamiento y los profesionales, por eso es tan importante crear un clima de confianza entre profesional-paciente.
- Las creencias que se tengan conducirán la adherencia al tratamiento o no.
- La personalidad del paciente, si es independiente o de lo contrario es dependiente y necesita apoyo y supervisión continua, siendo esto último un factor desfavorable y que puede contribuir al abandono del tratamiento.
- Mejoría de la patología y seguidamente el paciente puede que interrumpa el tratamiento pensando que ya está bien y que puede continuar sin él, provocando recaídas en un futuro no muy lejano.
- Redes sociales y de apoyo y la exclusión social.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe que en la adherencia al tratamiento influyen varios factores y estos están divididos en diferentes factores: socioeconómicos, relacionados con la atención médica, con la enfermedad del paciente, con el tratamiento y con la autonomía del paciente. Y todos estos si influyen de manera positiva en el paciente pueden volverse herramientas con las que poder apoyarse para la adherencia, pero sin embargo si actúan en contra, se convertirán en factores desfavorables.

1.5 Papel del Trabajo Social con TMG.

El Trabajo Social en salud mental ha ido evolucionando con el tiempo y se ha ido adaptando a las necesidades y características de la sociedad de cada momento, además,

como hace años atrás la asistencia psiquiátrica no estaba cubierta por la seguridad social, la figura del Trabajador/a Social, Asistente Social en ese momento, no tenía definidas unas actuaciones específicas a realizar en la intervención con pacientes con enfermedad mental, y con el paso del tiempo estos fueron dando forma a su intervención identificando los problemas de los pacientes, definiéndolos y proponiendo las actuaciones que ellos podían llevar a cabo en el ámbito social (Garcés, 2010).

Estos profesionales han ido trabajando durante los últimos años con intervenciones individuales relacionadas con el entorno social en el que se relaciona el paciente, combinando pues los aspectos psicoterapéuticos con contextuales que nos hacen entender el entorno en el que se rodea la persona en cuestión y por lo tanto intervenir para mejorar las dificultades psicosociales y necesidades sociales tratando de rehabilitar e integrar socialmente a la persona con su entorno (Garcés, 2010).

El trabajador/a social en el ámbito de salud mental debe de intervenir conjuntamente con otros profesionales, creando así un equipo multidisciplinar (Barg, 2006). Este profesional deberá atender a todos los pacientes que estén dentro del dispositivo de salud mental, sobre todo aquellos que presenten dificultades sociales o riesgo social (Garcés, 2010) y aportará al equipo de diferentes profesionales que desde otros ámbitos también están interviniendo en el caso, los aspectos relacionales, culturales, económicos y ambientales entre otros, para que complementen a los demás, biológico y psicológico (Díaz, 2002) para que se pueda llevar a cabo un buen planteamiento de tratamiento que deberá ser diseñado para la rehabilitación del paciente.

El trabajador/a social en los casos de TMG deberá, mediante su intervención dentro del equipo disciplinar, promover y/o conseguir la rehabilitación y la reinserción social de los pacientes. Según el Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya, las funciones del trabajador/a social en intervenciones con pacientes con TMG son:

- **Atención directa.**

- De forma individual o familiar: entrevistas de acogida, trabajo del caso de manera conjunta con todos los profesionales implicados e intervención social (trabajo directo con el usuario, con la familia y trabajar para orientar, informar, favorecer, vincular... para la utilización de los recursos disponibles en la materia).

- Mediante el trabajo grupal: fomentar la relación entre los pacientes mediante grupos socioeducativos y terapéuticos.
- **Atención indirecta.**
 - Mediante la coordinación con todos los servicios que están implicados en el proceso de rehabilitación del paciente.
 - Trabajo comunitario (sensibilización de la importancia de la salud mental en la población, conocer todos los recursos existentes en la zona del ámbito, potenciar la participación de los pacientes en actividades socioculturales...)
 - Gestiones del caso (localización de familiares, tramitar bajas...).
 - Documentación (informes sociales para futuras derivaciones del paciente, registros de todo tipo de actividades, registro del historial del paciente...).
 - Planificación y evaluación de las intervenciones.
 - Asesoramiento y apoyo.
- **Formación, docencia e investigación para la evolución constante del profesional.**

Como profesionales que trabajan con personas que presentan problemáticas en relación con la influencia de la sociedad, y en concreto en este caso, con pacientes con TMG, tienen que estar atentos con las consecuencias sociales que pueden llegar a provocar las enfermedades mentales a los mismos pacientes que las padecen (deficiencia o disfunción, discapacidad para relacionarse con la sociedad y dependencia) (Garcés, 2010).

2. Objetivos.

2.1 Objetivo general.

El objetivo general del programa de intervención es favorecer la adherencia del paciente con TMG (trastorno mental grave) al tratamiento, centrándonos en los factores facilitadores y desfavorables, externos e internos a la persona que influyan en el proceso de recuperación.

2.2 Objetivos específicos.

Con el programa de intervención se persigue el objetivo general mediante el logro de los objetivos específicos que a continuación se detallan:

- ✓ Crear una relación de confianza entre profesional y paciente mediante el respeto y la comprensión.
- ✓ Promocionar e identificar los factores facilitadores y desfavorable para que sean de ayuda en el proceso de rehabilitación con el tratamiento y no interrumpan su eficacia.
- ✓ Fomentar la educación acerca del TMG, sus síntomas y consecuencias si no se trata con el fin de crear adherencia al tratamiento.
- ✓ Ofrecer y fomentar actividades de ocio con el fin de aumentar las relaciones sociales y de apoyo.
- ✓ Aumentar la autonomía de las personas con enfermedad mental para la realización de las actividades básicas en su vida diaria.
- ✓ Evitar la cronificación fomentando el mantenimiento de sus costumbres y actividades diarias.
- ✓ Orientar e informar de los recursos sanitarios y sociales.

3. Metodología.

3.1 Contextualización.

El contexto de implantación de este programa de intervención es en el Centro de Cruz Roja y SASEM (Servicio de Atención y Seguimiento para las personas con problemas de Salud Mental) llevada a cabo por el Ayuntamiento del municipio de Ontinyent, Valencia. Dos centros que están en constante coordinación y que comparten usuarios, ya que desde uno se les atiende desde la parte social y desde el otro desde la parte más psicológica, por lo que son complementarios entre ellos.

Para entender un poco la situación del territorio donde se va a llevar a cabo el proyecto, explicamos que la Comunidad Valencia desde la publicación del Decreto 132/1996, de 4 de julio, del Gobierno Valenciano, por el que se asignan “competencias respecto a los enfermos mentales entre la Conselleria de Sanidad y la de Trabajo y Asuntos Sociales” la planificación de los recursos en materia de salud mental no ha tenido una buena coordinación entre los dos objetivos establecidos, por lo que no ha llegado a cubrir las necesidades reales de las personas con enfermedades mentales graves (Generalitat Valenciana, 2016).

En diciembre de 2015 se crea la Comisión Institucional de Coordinación Sociosanitaria gracias a la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública y la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas con la intención de crear una mejor coordinación sociosanitaria que incluye la salud mental. Por lo que en 2016-2020 la Estrategia de Salud Mental de la Comunidad Valenciana dedica un espacio dentro de sus diferentes líneas estratégicas para poder coordinarse de manera adecuada tanto intra como intersectorialmente. Y uno de sus objetivos es elaborar un Plan Integral de Atención a las Personas con Trastornos Mental Grave que garantice una calidad en la atención brindada a las personas con enfermedad mental mediante coordinaciones entre los diferentes sectores, trabajo en red y participación activa de las personas y sus familiares con el objetivo de garantizar una rehabilitación e inclusión social de los usuarios ejerciendo sus derechos (Generalitat Valenciana, 2016).

La Conselleria de Sanitat Universal y Salud Pública estructura el sistema valenciano en 24 departamentos distribuidos de manera geográfica, que permite la descentralización del sistema sanitario con la intención de prestar una atención sanitaria muchos más

eficiente, completa y continuada basada en la equidad y universalidad (Generalitat Valenciana, 2016).

La red de servicios que atiende a las personas con enfermedad mental en la CV ofrece un modelo de atención comunitario que incluye los dispositivos sanitarios de atención primaria, dispositivos específicos de salud mental, la red de drogodependencias y los centros dependientes de la Conselleria de Igualdad y Políticas inclusivas encargados del ámbito de vivienda, residencial, apoyo social e inclusión de las personas con enfermedades mentales. Además, a esta red se le suma los servicios sociales municipales, empleo, educación y otras entidades como Cruz Roja, asociaciones... entre otras, que tratan también problemas de salud mental. Todas ellas tienen que estar coordinadas entre sí para que haya una buena intervención en las personas y se les atiende de manera integral.

Gran parte de las personas afectadas por una enfermedad mental se encuentran en situación de exclusión social, sanitaria y económica, que como consecuencia desencadena una situación de calle o internamiento sin oportunidad de poder retomar su vida. Puede que se deba en ocasiones a la falta de adherencia al tratamiento, debido a la influencia de factores externos desfavorables que hay que saber afrontar y trabajar junto con los factores facilitadores como herramientas favorables para saber llevar y que no influyan los desfavorables en la adherencia al tratamiento y proceso de rehabilitación.

Según una estadística llevada a cabo por la OMS (2001), el 25% de la actual sociedad puede que sufra algún tipo de enfermedad mental a lo largo de su vida, es decir, una de cada 4 personas se verá afectada por un trastorno mental.

Para una posible recuperación de las personas con enfermedad mental y adherencia al tratamiento, es muy importante trabajar desde los objetivos principales como son el respeto, los derechos y la inclusión social de las personas con trastornos mentales. Además, uno de los pilares más fuertes para que esto se pueda llevar a cabo, es el empoderamiento de la persona para que pueda controlar el mismo su vida. Por lo que la sociedad en la que se ve envuelta debe de apoyar y acompañar a la persona en el proceso de rehabilitación estableciendo redes sociales, apoyo social y participación activa.

El objetivo de la organización de los servicios de salud mental en la actualidad es la recuperación, y para ello se necesita desarrollar y recuperar el proyecto de vida de la

persona que padece la enfermedad mental dejando a un lado la enfermedad y todo lo que conlleva (síntomas, discapacidades...). De esta manera, si recupera su vida, los roles de todas las personas que forman parte de su día a día, estarán renovados y ayudarán por lo tanto a potenciar sus capacidades personales para crear una autonomía, inclusión social y control sobre su vida.

Centrándonos en el centro específico donde se va a llevar a cabo este programa, la Cruz Roja en el Municipio de Ontinyent con la coordinación continua del SASEM, el objetivo con el que se trabaja en estos es la correcta adherencia al tratamiento y la ininterrupción para que este pueda ser efectivo. Los servicios que este ofrece son:

- Seguimiento del tratamiento pautado.
- Evaluación de la evolución y adherencia al tratamiento.
- Atención individual y grupal.
- Servicio de apoyo, asesoramiento e información.
- Coordinación con recursos de salud mental.

Además, el equipo multidisciplinar que forma este programa son:

- Trabajadora social.
- Psicóloga.
- Integradora social.

Desde este centro se realizarán intervenciones con las personas afectadas por un trastorno mental con el objetivo de crear adherencia al tratamiento trabajando con todos los factores que influyen en el proceso de rehabilitación tanto facilitadores como desfavorables, utilizándolos como herramientas para la eficacia del tratamiento.

3.2 Destinatarios (población diana).

Este programa va dirigido a personas que están siendo atendidas desde la red de Salud Mental en los departamentos sanitarios de Salud Mental y, por consiguiente, por los recursos complementarios como son el SASEM y la Cruz Roja.

Personas que necesitan acompañamiento social y psicológico para cumplir su tratamiento, puesto que han interrumpido su proceso de recuperación por culpa de la

influencia de factores externos que no han sabido manejar y afrontar. Se trata de satisfacer sus necesidades y continuar con su autonomía personal, logrando un mayor entendimiento de la enfermedad y manejando los factores influyentes, desfavorables y facilitadores que son los que no les dejan avanzar como debería en el proceso de rehabilitación con el tratamiento pautado. Se trata de empoderar y capacitar a la persona para mejorar su situación y seguir con el tratamiento médico evitando la cronificación, el abandono o la interrupción.

Las características más específicas, además de las comentados en el párrafo anterior, es que deben de ser personas que presenten algún TMG y:

- Tengan entre 30 y 40 años.
- Que lleven 2 años o más con el tratamiento.
- Que hayan tenido interrupciones con el tratamiento, recaídas y/o abandonos.
- Que sean usuarias de la Cruz Roja y del SASEM habitualmente.

3.3 Mecanismos de captación.

Para la puesta en marcha del programa necesitamos reunir a un mínimo de 6 personas que cumplan con los requisitos mencionados con anterioridad en el apartado de beneficiarios. Son necesarios este número de personas porque en este programa se van a llevar a cabo sesiones individuales, pero también grupales, cuando las actividades planificadas dentro de este estén un poco más avanzadas.

Será la trabajadora social junto con la psicóloga mediante una primera entrevista (observacional) con la persona quien determinará quien será beneficiario, ya que, aunque deben de cumplir los requisitos mencionados, se valoraran otros para que los perfiles sean los idóneos para participar en el programa. Una vez filtrados los requisitos iniciales se realizará una valoración del caso valorando los factores facilitadores y desfavorables que influyen en el proceso de rehabilitación y se valorará desde las personas que más se dejan influenciar por los factores internos y externos como aquellas personas que los utilizan como herramientas para avanzar en su proceso de tratamiento, siendo las primeras las más idóneas para participar en el programa.

Los indicadores que determinarán si la persona se ciñe a la idoneidad del programa para que forme parte de él, serán los siguientes:

- Falta de apoyo familiar o desestructura familiar (separación de padres en una edad temprana y conflictos, fallecimiento de algunos de los progenitores, abandono, inaceptación de la enfermedad mental del familiar...)
- Falta de redes sociales (exclusión social en el entorno de la persona).
- Falta de consciencia de su enfermedad mental (sin educación en salud mental).

3.4 Metodología.

En cuanto a la metodología del programa, se trata de una intervención grupal que trabajará desde el modelo directivo para dirigir en todo momento el foco de atención y que no surjan distracciones. Se tratará de un grupo socio terapéutico centrado en la psicoeducación y el manejo de la enfermedad y los factores que incluyen para un seguimiento y adherencia al tratamiento. Será el o la trabajadora social del centro Cruz Roja del área de intervención social quien dirigirá las sesiones grupales e individuales para el acompañamiento en el proceso de rehabilitación del tratamiento para crear adherencia mediante el fomento de la educación y conocimiento de la enfermedad, promocionar las relaciones sociales y de apoyo, aumentar la autonomía personal y evitar la cronificación, entre otros, coordinándose de manera puntual con la psicóloga del propio centro y del SASEM del municipio.

El o la profesional del trabajo social es quien llevará a cabo el programa y utilizará las técnicas estratégicas de sobreaprendizaje, feedback y role-playing, así como la observación, con el propósito de conseguir que los pacientes-usuarios participen de manera abierta y pierdan el miedo a expresar y escuchar con atención todo lo que se trate durante las sesiones, esto enriquecerá las intervenciones. Es cierto, que no se acelerará el proceso de adaptación, es decir, será la persona usuaria quien marque los tiempos que necesite para abrirse tanto a los demás como al profesional. Por lo que este último adaptará las sesiones al ritmo del grupo y las necesidades que se vayan presentando en cada uno de los participantes, de esta manera si se tienen que retrasar las sesiones planificadas desde un primer momento, se pospondrán para más adelante.

La duración de las sesiones grupales estará comprendida entre la hora y media y las dos horas (90 y 120 minutos), dependerá de cómo vaya avanzando la sesión desde los factores de participación, actividad a realizar etc., pero siempre comprendida entre ese periodo de tiempo para que las sesiones no resulten extensas y pesadas y no cree el

efecto contrario de la motivación.

Se realizarán sesiones semanales durante el mes de enero de 2023 de manera individual, que tendrán una duración aproximada de una hora (60 minutos), con la intención de realizar la primera toma de contacto y anotar todos los aspectos relevantes de cada una de las personas y ponerlos en común con los demás profesionales para tenerlos en cuenta a la hora de enfocar las sesiones grupales. Estas sesiones se llevarán a cabo durante el mes de enero, serán 2 sesiones en total para cada uno de los participantes, repartidas en las primeras semanas del mes. En el Anexo 1 de este documento se encuentra la estructura de las dos sesiones individuales mencionadas.

A partir de las sesiones individuales se empezará con las sesiones semanales grupales, que se realizarán durante febrero y marzo de 2023, un total de 9 sesiones. Estas sesiones se centrarán, sobre todo al principio, en la repetición para reiterar los mensajes psicoeducativos para que sea más sencillo el proceso de reaprendizaje y la perseverancia, así como la concreción, trabajar una idea o tema por sesión y utilizar siempre un lenguaje sencillo. Al finalizar con estas sesiones se retomarán los datos iniciales de cada persona y se compararán con el cuestionario que se vaya a pasar después de finalizar con las sesiones, para comparar el nivel de adhesión al tratamiento que se ha logrado.

Las sesiones individuales se centrarán en conocer la situación de la persona respecto con los factores que influyen en el tratamiento y su nivel de adherencia. Por lo que el profesional se centrará en realizar las preguntas (Anexo 1) y utilizará la observación en las contestaciones del paciente, no se introducirán temas a tratar. La primera sesión se centrará en el establecimiento de toma de contacto y creación de confianza entre el profesional y el paciente y la segunda y la tercera se centrarán en el nivel de conciencia que se tiene acerca de la TMG que se padece, así como si existen factores facilitadores y desfavorables que afecten en el proceso de rehabilitación.

Por otro lado, en cuanto a las sesiones grupales, cada una de ellas se dividirá en tres bloques: la presentación inicial acerca de la temática a tratar, la puesta en marcha del taller y finalmente el cierre de la sesión:

- Presentación inicial: el o la profesional del trabajo social empezará todas las sesiones con una dinámica para crear un ambiente de confianza y que no se perciba un ambiente tenso, y seguidamente empezará con la introducción del

tema a tratar mediante alguna pregunta introductoria para que los participantes se vean involucrados y participen en dar su opinión respecto al tema inicial de la sesión.

- Puesta en marcha del taller: en esta parte de la sesión se llevará a cabo lo diseñado previamente para abordar el tema específico que toque. Será la parte que más dure puesto que es la que se encarga de cumplir con los objetivos establecidos del programa.
- Cierre de sesión: se podrán en común las reflexiones a las que han llegado después de toda la sesión. Se realizará una conclusión enriquecida por diferentes puntos de vista donde se valorará el tema tratado y se podrán realizar preguntas o propuestas de mejora, temas etc. Además, se prestará atención a los cambios de comportamiento desde el comienzo de la sesión hasta la finalización.

3.4.1 Tipo de sesiones.

Tabla 1: Sesiones grupales.

Sesiones que se van a llevar a cabo durante el programa.		Objetivo de la sesión.
Sesión 1: Presentación y acogida.	<p>En la primera sesión se utilizarán dinámicas de grupo para que nos conozcamos entre todos y se creen un clima de confianza y bienestar por el que quieran volver a la siguiente sesión. Además, se explicará el objetivo de este grupo, la duración y los beneficios que supondrá asistir a cada una de las sesiones.</p> <p>Para finalizar, se pasará una hoja en donde se les preguntará que es lo que esperan de este programa y servirá también para que el profesional lo utilice para ir orientando las sesiones.</p>	Crear una relación de confianza entre profesional y paciente mediante el respeto y la comprensión.

<p>Sesión 2: Conocemos las enfermedades mentales, los síntomas y las consecuencias de no tratarlas.</p>	<p>En esta segunda sesión se tratará de ofrecer toda la información necesaria acerca del TMG, los síntomas que este provoca y la importancia de tratar la enfermedad para que no aparezcan las consecuencias de no hacerlo.</p> <p>La información se dará de manera interactiva y dinámica para promover la participación y que no sea una sesión pesada de teoría. La finalidad de la actividad es ofrecer toda la información que es importante conocer antes de avanzar en las otras sesiones que ya empezaran a identificar su caso y a ir tomando medidas para la adhesión al tratamiento de manera inconsciente al principio. Además, esto facilitará posteriormente la autoidentificación y reconocimiento de la enfermedad, ya que se verán reflejados de manera consciente o inconsciente en algún aspecto que se trate.</p>	<p>Fomentar la educación acerca del TMG, sus síntomas y consecuencias si no se trata con el fin de crear adherencia al tratamiento.</p>
<p>Sesión 3: Reconocimiento y autoconocimiento de enfermedad. Aparición de los factores influyentes en sus discursos.</p>	<p>En esta tercera sesión se trabajará para reconocer e identificar el TMG que tenga cada uno, puesto que en la sesión anterior ya se habrá hecho el camino.</p> <p>Esta se realizará mediante dinámicas de grupo, ya que para identificar en nosotros mismos un</p>	<p>Identificar los factores facilitadores y desfavorable para que sea más fácil rencaminar el proceso de rehabilitación.</p>

	<p>aspecto, en este caso el reconocimiento de una enfermedad, en muchas ocasiones, hace falta saber cómo se ve desde el exterior.</p> <p>La primera dinámica que se va a utilizar en esta sesión es “El círculo” que ayudará al paciente a expresar que es lo que le importa y quiere a día de hoy (familia, amigos, estudios, trabajo, aficiones...). Esto nos permitirá saber qué factores facilitadores faltan en el círculo, cuáles están presentes y cuales son desfavorables para su recuperación, ya que deberán de explicar delante de todos porque han elegido los elementos escritos en cada triángulo del círculo. Esto les hará reflexionar ya que estarán atentos a los argumentos de todos también y el trabajador social les lanzará preguntas.</p>	
<p>Sesión 4: Reconocimiento y autoconocimiento de enfermedad.</p>	<p>Esta cuarta sesión es una continuación de la tercera puesto que seguiremos con el mismo objetivo, pero introduciremos una nueva dinámica para tratar las mismas cosas, pero de manera diferente, y concluiremos con la relación entre los factores influyentes en su vida y la enfermedad que empiezan a identificar en sí mismos.</p>	<p>Identificar los factores facilitadores y desfavorable para que sea más fácil rencaminar el proceso de rehabilitación.</p>

	<p>La dinámica de grupo que se utilizará en esta sesión es la del “árbol de los tiempos” y si nos da tiempo, “la película de mi vida” ya que en los dos se tratan las emociones frente aspectos de su vida y la visión que ellos tienen de su vida pasada y la actual. Esto nos y les permitirá identificar los aspectos que influyen en su día a día y que benefician o no en su situación actual y reconocerán su situación antes y después de la enfermedad e identificarán síntomas y consecuencias de ella, reconociendo pues la enfermedad.</p>	
<p>Sesión 5: Factores facilitadores y desfavorables.</p>	<p>Esta sesión trabajará en relación con saber utilizar los factores facilitadores como herramienta para su adherencia al tratamiento, por lo tanto, refuerzo y, saber identificar los factores desfavorables para que no influyan en su proceso o por lo menos saber llevarlos sin que esto suponga una recaída.</p> <p>Los factores ya vendrán identificados de las sesiones anteriores es esta sesión los trabajaremos mediante una metáfora que abrirá el debate y reflexión: “bienvenidos todos y el invitado grosero”</p>	<p>Promocionar los factores facilitadores y desfavorable para que sean de ayuda en el proceso de rehabilitación con el tratamiento y no interrumpan su eficacia.</p> <p>Evitar la cronificación fomentando el mantenimiento de sus costumbres y actividades diarias.</p>
<p>Sesión 6: Empoderamiento y creación de habilidades</p>	<p>En esta sesión lo que se pretende es empoderar a la persona para</p>	<p>Aumentar la autonomía de las personas con enfermedad</p>

<p>sociales teniendo en cuenta los factores influyentes para seguir con las actividades de su día a día.</p>	<p>que cree sus propias herramientas y sepa hacer frente y detectar los factores externos e internos que puedan surgir durante el proceso del tratamiento.</p> <p>Es importante crear autoconfianza, participación en las decisiones que tengan que ver con el tratamiento, fomentar su dignidad y el respeto y crear sentimiento de pertenencia y contribución a la sociedad.</p> <p>En esta sesión la psicóloga también intervendrá para poder dar pequeños consejos y trucos, así como ofrecerá una visión más amplia de cómo y cuándo utilizar las herramientas.</p>	<p>mental para la realización de las actividades básicas en su vida diaria sin que sea un peso el diagnóstico en TMG y, además, sepa actuar en situaciones de flaqueza dentro del proceso de rehabilitación (factores influyentes).</p> <p>Evitar la cronificación fomentando el mantenimiento de sus costumbres y actividades diarias.</p>
<p>Sesión 7: Creación de redes de apoyo, inclusión social, autoayuda, experiencias de otras personas.</p>	<p>En esta séptima sesión lo que se pretende es que se ayuden los unos a los otros, y lo haremos mediante la exposición de aspectos que les preocupe a cada uno de los participantes para que de esta manera creen redes de apoyo y den posibles soluciones ante la problemática. De esta manera aparte de crear redes de apoyo entre ellos, estarán compartiendo su experiencia y nutriéndose de posibles consejos para solucionar su problema y al mismo tiempo pensando en cómo solucionar la situación del otro, que en un momento dado en un futuro se podría aplicar a uno</p>	<p>Ofrecer y fomentar las relaciones sociales y de apoyo.</p>

	<p>mismo también.</p> <p>Aquí también creamos autonomía y herramientas de afrontamiento.</p>	
<p>Sesión 8: Orientación en los recursos sociales existentes en la zona para TMG.</p>	<p>Para finalizar con las sesiones es necesario informar y orientar acerca de los recursos sociales que están disposición de las personas con TMG o familiares, así como si tiene derecho a solicitar alguna prestación y donde y como deben dirigirse para hacerlo con la intención de que tengan una mejor adaptación a la nueva situación y sean conocedores de todos los recursos que tienen disponibles.</p>	<p>Orientar e informar de los recursos sanitarios y sociales.</p>
<p>Sesión 9: Actividad de ocio y despedida.</p>	<p>Para dar por finalizadas las sesiones y programas, se realizará una actividad de ocio que se habrá pactado previamente de lo que les apetece hacer fuera del aula.</p> <p>En la última media hora compartiremos aquellas sensaciones que hemos tenido durante las sesiones, los altibajos y si realmente han tomado conciencia de la importancia que es tener un seguimiento en el tratamiento y no interrumpirlo. Se pasará un cuestionario para evaluar su grado de satisfacción y compromiso con el objetivo principal de las sesiones (Anexo 2).</p>	<p>Intercambiar sensaciones fuera del aula y seguir creando habilidades para crear redes sociales y de apoyo.</p>

Fuente: Elaboración propia.

3.4.2 Estructura de las sesiones.

En este subapartado lo que se pretende es presentar las diferentes sesiones de manera detalla y más precisa.

Sesión 1.

- Recursos humanos: trabajador/a social y grupo de pacientes.
- Recursos materiales: sillas, hojas y bolígrafos.
- Tiempo: entre una hora y media y dos horas.
- Lugar: aula prestada en la fundación “la Caixa Ontinyent”.
- Actividad y temática: presentación y acogida.

En primer lugar, se realizan las presentaciones por parte del o de la profesional frente al grupo, y también será quien les explique a continuación que es lo que van a realizar durante la primera sesión y el funcionamiento que se va a tener (tiempo, el número de sesiones que se van a realizar durante el trascurso del programa y los beneficios que se pueden llegar a conseguir asistiendo a las sesiones).

En segundo lugar, se realizarán dos dinámicas de grupo para presentarse y crear un clima de confianza (Anexo 3).

- La primera dinámica llamada “el naufragio” tiene como objetivo la realización de tareas comunes para que no naufrague el bote, por lo que tendrán que trabajar juntos, y con la excusa, se pretende que se presenten entre ellos, aprendiéndose el nombre de cada uno de los integrantes, donde nacieron y que hacen en su vida diaria. Cuando lo tengan todo hecho y aprendido deberán de comunicarlo al profesional y demostrarlo.
- La segunda dinámica va más allá, aunque no deja de ser una técnica de presentación. Se conoce como “el cofre” y lo que pretende es mostrar al resto de sus compañeros los sentimientos que tiene frente a los recuerdos vividos, buenos o malos (según los haya decidido describir) para que se conozcan un poco de manera más profunda y no tan técnica como es nombre, nacionalidad y edad.

En tercer lugar y para finalizar con la primera sesión, se pasará una hoja en blanco en donde deben de expresar que es lo que esperan del programa y que creen que van a

poder solucionar asistiendo a las sesiones. Las preguntas serán lanzadas en voz alta por la/el profesional de trabajo social como estrategia para ver si responden a todas las preguntas o solamente a la que ellos sienten.

Sesión 2.

- Recursos humanos: trabajador/a social de Cruz Roja, psicóloga del SASEM y grupo de pacientes.
- Recursos materiales: ordenador, proyector y sillas.
- Tiempo: entre una hora y media y dos horas.
- Lugar: aula prestada en la fundación “la Caixa Ontinyent”.
- Actividad y temática: Concepto TMG, síntomas y consecuencias de no tratarlo.

En primer lugar, se presentará a la psicóloga del SASEM y se volverá a recordar el nombre de la trabajadora social a modo de introducción. A continuación, se explicará en que va a consistir esta segunda sesión y seguidamente se preguntará a los pacientes como se encuentran anímicamente para crear un clima de confianza y no empezar de primeras con la temática. En esta primera “actividad”, las profesionales deberán de responder también, no solamente se lanza la pregunta para que la respondan los pacientes, además, con la excusa, se volverán a recordar los nombres.

En segundo lugar, será la psicóloga quien empiece a explicar los diferentes TMG y sus síntomas, y lo hará con videos interactivos (elaboración propia) en donde los pacientes no solamente estén escuchando lo que dice el video y la psicóloga, si no que se lanzaran preguntas tipo: ¿alguien se ve identificado con este síntoma?, ¿alguna vez os ha pasado o, os habéis sentido así?, ¿si os ha pasado alguna vez que es lo que sentís?... Esta técnica se utiliza para crear un grupo en donde empiecen a compartir sus experiencias y escuchen las de los otros compañeros y observen que no son a los únicos que les pasa y que no son más ni menos por percibir estos síntomas, no se deben de sentir excluidos de la sociedad por esto. Puede que al principio no participen mucho, pero a lo largo de la sesión se van a ir soltando porque puede que se vean más identificados y quieran expresar sus sentimientos ante las experiencias. En medio de la sesión se irá introduciendo la importancia de tratar estos síntomas y que es lo mejorará haciéndolo, cuáles son los motivos para seguir o empezar con un proceso de tratamiento y no

interrumpirlo. En esta parte será la trabajadora social quien introduzca la importancia de las redes sociales y de apoyo para no sentir ciertas consecuencias de los síntomas.

En tercer lugar y para finalizar, se concluirá la sesión preguntando a los asistentes como se sienten en ese momento y si notan diferencia de como estaban al principio, cuáles son sus sensaciones. Y, por otro lado, se les recordará la fecha y la hora de la cuarta sesión.

Sesión 3.

- Recursos humanos: trabajadora social de Cruz Roja y grupo de pacientes.
- Recursos materiales: sillas, mesas, fotocopia con un círculo partido en triángulos dibujado y bolígrafos.
- Tiempo: entre una hora y media y dos horas.
- Lugar: aula prestada en la fundación “la Caixa Ontinyent”.
- Actividad y temática: Reconocimiento de enfermedad. Aparición de los factores influyentes.

En primer lugar, la profesional les dará de nuevo la bienvenida a esta tercera sesión, y a continuación les preguntará si han reflexionado sobre los contenidos tratados en la sesión anterior, con la intención de crear un pequeño debate para iniciar con la sesión y crear un poco más de confianza para que se expresen sin miedo a ser juzgados. Seguidamente se explicará en que va a consistir esta sesión.

En segundo lugar, se empezará con la dinámica grupal denominada “El Círculo” (Anexo 4), la cual tiene como objetivo que la persona exprese que es lo que le importa y quiere a día de hoy (familia, amigos, estudios, trabajo, aficiones...). De esta manera identificará de manera inconsciente los factores facilitadores que faltan, los que están presentes, así como los que son desfavorables e influyen en su proceso de recuperación. No tendrán que escribirlo solamente, sino que también deberán expresarlo a su compañero y dar un motivo por cada cosa que hayan mencionado en el círculo. Al finalizar, tendrán que expresar y explicar para todos los compañeros y escuchar a los demás también. Se pueden ver reflejados o no en las experiencias de los demás compañeros y compartir las suyas propias en un clima de confianza.

En tercer lugar y para finalizar la sesión haremos un debate final hablando sobre porque

es tan importante identificar los factores que están influyendo de manera positiva o negativa en nuestro estado de ánimo o situación personal. Al mismo tiempo que se formularán una serie de preguntas tipo: ¿Por qué crees que x elemento mencionado aporta cosas buenas en tu vida?, ¿Qué es lo que te hace sentir mal y que es lo que te hace sentir bien? y, ¿Cuál crees que es la causa por la que aparecen x síntomas en ti? A partir de estas preguntas se introducirá el tema de la siguiente sesión que irá más allá.

Sesión 4.

- Recursos humanos: la trabajadora social y el grupo de pacientes.
- Recursos materiales: sillas, mesas, hojas en blanco, rotuladores y bolígrafos.
- Tiempo: entre una hora y media y dos horas.
- Lugar: aula prestada en la fundación “la Caixa Ontinyent”.
- Actividad y temática: Reconocimiento y autoconocimiento de enfermedad.

En primer lugar, la trabajadora social, como siempre, hará la introducción a la sesión mediante una breve reflexión sobre la sesión anterior que dio paso a esta cuarta y que va enlazada con el mismo objetivo. En esta reflexión lo que se pretende es comprobar el nivel de conciencia a partir de las sesiones anteriores que van teniendo sobre la enfermedad que padecen y si han podido identificar algún factor influyente que les retrase en el proceso de rehabilitación.

Continuado con el trascurso de la sesión se introducirá la dinámica “El árbol de los tiempos” (Anexo 4), que trata, no solamente de conocer a uno mismo, sino que también permite ver qué es lo que consideran los demás de cómo han ido sus propias vidas, y si se tienen unas expectativas de vida muy altas o, de lo contrario, poco ambiciosas y a que se debe. Esta también les permite analizar el trascurso de su vida para que se den cuenta de que, a partir de un momento dado, algo ha sucedido y deban de aceptar su diagnóstico y así, volver a tener una situación de vida como la que les gustaba o gustaría. A través de este árbol y de la dinámica pasada, podrán identificar los factores influyentes en el proceso de su vida, así como los actuales.

Por consiguiente, se realizará también la dinámica “La película de mi vida” (Anexo 4) cuyo objetivo de este ejercicio es que el participante exponga qué sintió en la situación

dibujada, detallando sus sentimientos, deseos, soluciones y actitudes para que puedan verbalizar y puedan recibir feedback de los demás compañeros, sería como una especie de autoayuda.

Y, para finalizar y a modo de conclusión, realizaremos una reflexión donde tendrán que escribir para ellos mismos tres factores que han identificado que están influyendo para mal y para bien en su proceso de rehabilitación (tres facilitadores y tres desfavorables).

Sesión 5.

- Recursos humanos: trabajadora social y grupo de pacientes.
- Recursos materiales: sillas.
- Tiempo: entre una hora y media y dos horas.
- Lugar: aula prestada en la fundación “la Caixa Ontinyent”.
- Actividad y temática: Factores facilitadores y desfavorables.

En primer lugar, la profesional iniciará la sesión preguntando si durante los días pasados les han venido a la cabeza algún factor más que haya o que este influyendo en su situación actual. A qui empezarán las reflexiones y debates acerca de los factores.

A continuación, y, en tercer lugar, se explicarán los diferentes factores facilitadores y desfavorables que pueden influir de diferentes maneras en el proceso de rehabilitación. Se explicarán a partir de algunos factores que hayan identificado los propios pacientes en sus experiencias para que lo sientan en primera persona y puedan sentirse identificados. Además, se ofrecerán las habilidades necesarias para hacer frente a los factores desfavorables. Con esto, lo que se pretende es que cuando se explique alguno de los factores influyentes de alguno de los participantes, también se darán posibles soluciones para que no afecte o lo hago lo mínimamente posible y sepan aplicarlo en sus casos personales. Con esto lo que se pretende también es que no haya una cronificación de la situación y con las herramientas que adquieran sepan llevar el proceso de rehabilitación sin que influyan otros factores.

Para finalizar con la sesión y poner en práctica, de alguna manera, el tema tratado, se abrirá un debate y reflexión a partir de la metáfora “Bienvenidos todos y el invitado grosero” (Anexo 5) que tiene como objetivo centrarse en un mismo y no desviar la

atención a factores influyentes que lo que hacen es retrasar y que perdamos el tiempo en otras cosas y no en nuestra recuperación, en este caso.

Sesión 6.

- Recursos humanos: la trabajadora social, la psicóloga del SASEM y el grupo de pacientes.
- Recursos materiales: sillas, hojas en blanco, mesas
- Tiempo: entre una hora y media y dos horas.
- Lugar: aula prestada en la fundación “la Caixa Ontinyent”.
- Actividad y temática: Empoderamiento y creación de habilidades sociales.

En primer lugar, la trabajadora social y la psicóloga abrirán la sesión preguntado como están y como han pasado los días desde que terminó la anterior sesión y si necesitan resolver alguna cuestión que se les quedo pendiente y quiere exponerla en esta para abrir debate.

En segundo lugar, y continuando con el trascurso de la actividad para trabajar el empoderamiento y la creación de habilidades sociales, se realizará una actividad en la que los participantes deberán escribir tres cosas positivas de cada uno de sus compañeros, aprovechando que ya estamos en un punto avanzado del programa y se conocen un poco más, incluidas las profesionales, que también participarán en la actividad. Esto se hace con la intención de que se den cuenta de que personas que las conocen de hace un mes aproximadamente, ya han visto cosas positivas en ellos/as y deben de aprovechar al máximo esas habilidades que les han sido reconocidas, así como adoptar otras, que se irán construyendo poco a poco con el trascurso del programa y avance en su vida personal cogiendo como referencia todos los consejos que han adquirido de otros compañeros o profesionales. Esto les trasmitirá empoderamiento y ganas para seguir adelante. Además, no solamente se escribirán, si no que deberán de compartir con el grupo lo que le han escrito y porque se lo han escrito para que haya una justificación.

En tercer lugar, para cerrar la sesión concluiremos con la organización de la quedada de ocio de la última sesión, donde cada uno de ellos deberá de encargarse de una cosa: alimentos, zona donde vamos a ir, hora de quedada etc. Como se les va a otorgar una

responsabilidad esto hará que su grado de empoderamiento aumente y con ello la creación inconsciente de habilidades sociales.

Sesión 7.

- Recursos humanos: la trabajadora social y el grupo de pacientes.
- Recursos materiales: Sillas.
- Tiempo: entre una hora y media y dos horas.
- Lugar: aula prestada en la fundación “la Caixa Ontinyent”.
- Actividad y temática: Creación de redes de apoyo, inclusión social, autoayuda y experiencias.

En esta séptima sesión lo que se pretende es la ayuda mutua y como derivación la creación de redes sociales y de apoyo que facilitarán la inclusión social.

En la primera parte de la sesión la trabajadora social dará comienzo explicando que es lo que van a tratar en ella y seguidamente se llevará a cabo la sesión.

La sesión consiste en la realización de una actividad dinámica donde cada uno de ellos deberán expresar algún aspecto que sienta que tengan ahora mismo no resuelto y no sepan o no consigan resolverlo con las herramientas adquiridas durante toda la puesta en marcha del programa, pero si sean consciente de ello, de detectarlo. Con esto lo que se pretende es que todos participemos aportando ideas a cada una de las preocupaciones expuestas por cada uno de los participantes. Esto creará la autoayuda y que compartan las experiencias y, además, la creación de redes sociales y de apoyo. Será como una especie de tertulia donde pondrán en práctica inconscientemente todo lo que han estado aprendiendo hasta el momento, puesto que se centrarán en los factores facilitadores para poder combatir o dar la vuelta a los factores desfavorables, por ejemplo.

Para dar por terminada la sesión, se informará de que va a tratar la siguiente (recursos sociales) para si quieren traer alguna cuestión preparada para preguntarla, puedan pensarlo con tiempo.

Sesión 8.

- Recursos humanos: la trabajadora social y el grupo de pacientes.
- Recursos materiales: sillas, mesas, hojas en blanco, bolígrafo, proyector y ordenador.
- Tiempo: entre una hora y media y dos horas.
- Lugar: aula prestada en la fundación “la Caixa Ontinyent”.
- Actividad y temática: Recursos sociales en la zona.

Esta sesión será diferente, puesto que en ella se explicarán todos los recursos sanitarios y sociales existentes en materia de Salud Mental que hay en la zona del departamento de sanidad de Xàtiva-Ontinyent, del ayuntamiento de Ontinyent, asociaciones, otros centros como Cruz Roja y a nivel provincial, de comunidad y estatal. Será una sesión más bien teórica y al final se resolverán las dudas personales que tengan. Se pretende que estén informados de todo a lo que pueden acceder y que seguramente no saben y que puedan intercambiar experiencias en esta materia con los demás.

Sesión 9.

- Recursos humanos: la trabajadora social y el grupo de pacientes.
- Recursos materiales: alimentación para el almuerzo, cuestionario y bolígrafos.
- Tiempo: entre una hora y media y dos horas.
- Lugar: campo al aire libre y picnic.
- Actividad y temática: Actividad de ocio y despedida.

En esta sesión lo que se pretende es que entre los participantes del grupo hayan creado una red social y que se vean identificados los unos con los otros y puedan ayudarse entre ellos, ayuda mutua. Además, se realiza fuera del aula para salir de la zona de confort, ya que durante estos meses lo ha sido.

Realizaremos un almuerzo en la naturaleza y para finalizar haremos una reflexión sobre la importancia de las redes de apoyo. Por otra parte, para finalizar del todo con la sesión y el programa, se pasará un cuestionario (Anexo 2) de para evaluar la satisfacción y compromiso que han obtenido con el trascurso de todas las sesiones para ver si se ha

complido con el objetivo final.

3.5 Temporalización.

Enero 2023						
L	M	M	J	V	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16 10:00h 1r sesión de paciente 1.	17 10:00h 1r sesión de paciente 3.	18 10:00h 1r sesión de paciente 3.	19 10:00h 1r sesión de paciente 4.	20 10:00h 1r sesión de paciente 5.	21	22
23 10:00h 1r sesión de paciente 6.	24 10:00h 2n sesión de paciente 1.	25 10:00h 2n sesión de paciente 2.	26 10:00h 2n sesión de paciente 3.	27 10:00h 2n sesión de paciente 4.	28	29
30 10:00h 2n sesión de paciente 5.	31 10:00h 2n sesión de paciente 6.					

Febrero 2023						
L	M	M	J	V	S	D
		1 10:00h PRIMERA SESIÓN	2	3	4	5
6	7	8 10:00h SEGUNDA SESIÓN	9	10	11	12
13	14	15 10:00h TERCERA SESIÓN	16	17	18	19
20	21	22 10:00h CUARTA SESIÓN	23	24	25	26

27

28

Marzo 2023

L	M	M	J	V	S	D
		1 10:00h QUINTA SESIÓN	2	3	4	5
6	7	8 10:00h SEXTA SESIÓN	9	10	11	12
13	14	15 10:00h SEPTIMA SESIÓN	16	17	18	19
20	21	22 10:00h OCTAVA SESIÓN	23	24	25	26
27	28	29 10:00h NOVENA SESIÓN	30	31		

3.6 Evaluación.

La evaluación de un programa o proyecto consiste en conocer la efectividad del mismo, conocer si los objetivos marcados desde el principio de la realización del programa se han alcanzado una vez se ha llevado a cabo, o por el contrario no se han alcanzado y de esta manera nos ayuda a identificar y conocer las debilidades que ha tenido y que han hecho que falle, así como los cambios que se deberían hacer para en un futuro volver a implantar el programa. La evaluación que se va a llevar a cabo en este programa es continuada, es decir, contará de tres partes, la evaluación inicial, la evaluación continua y una evaluación final. Lo que queremos como objetivo principal es que el tratamiento resulte efectivo y no se produzca un abandono o interrupción por culpa de factores externos e internos, por lo que a la mínima que pueda estar fallando el programa debería de adaptarse para que siga con su objetivo y actividad y no se desvíe.

Como instrumento de evaluación, se va a utilizar la escala de medición de HONOS (Casas et al., 2010) (Anexo 6), en primer lugar, que está compuesta por varias escalas que se diseñaron para medir los aspectos físicos, sociales y personales de las personas

con TMG que tienen contacto con alguno de los recursos de Salud Mental. Entre otras cosas, se ha elegido esta escala de medición porque puede ser tratada e interpretada por una trabajadora social, entre otros profesionales (psicólogos, psiquiatras, enfermeros...), así como por la evaluación de los cuatro pilares fundamentales de influencia en estas personas. Es un instrumento muy completo que nos va a permitir evaluar de manera completa como van evolucionando los aspectos a tratar en el programa para lograr el objetivo final.

Según comenta Casas et al. (2010), se trata de una escala que abarca 12 ítems con cuatro áreas: problemas de conducta, problemas clínicos, deterioro y problemas sociales. Y, además, se puede utilizar complementándola con otras escalas de medición. El participante puntuará de 0 a 4, siendo 0 “sin problema” y 4 “problema muy grave” en las preguntas que se le hagan.

Esta escala se pasará en la primera entrevista individual para ver con que características van a empezar el programa, durante las intervenciones en la sesión 6 y en la última sesión. Se pasará un total de 3 veces con la intención de que las contestaciones varíen durante toda la puesta en marcha del proyecto para ver si esta siendo efectivo o si de lo contrario se deben de adaptar los contenidos para que se pueda apreciar en la evaluación final un cambio en la situación personal de las personas participantes con el objetivo de que lleguen a manejar los factores que influyen en su proceso terapéutico y no influyan en la adherencia del mismo.

4. Conclusiones.

Cuando se diagnostica un TMG en muchas ocasiones, en la atención primaria o especializada de sanidad, no ofrecen toda la información que deberían para que el paciente pueda afrontarlo de la mejor manera posible, es decir, no facilitan la información necesaria para que la persona sepa como actuar o hacia dónde dirigirse después del diagnóstico y tratamiento farmacológico. Esto se debe a muchos factores, y entre unos de ellos la saturación que hay ahora mismo y la falta de recursos, pero eso es otro tema por tratar. La sensación que da es que se ciñen al tratamiento farmacológico ignorando el trabajo terapéutico que se tiene que hacer también para complementar y que sea efectivo el proceso de rehabilitación. Es por ello por lo que es importante trabajar con los factores que influyen en la situación actual de las personas, para que sepan manejarlos de manera adecuada y no lleguen a interferir en el proceso de tratamiento, o si lo hacen que sea como facilitadores y no como desfavorables.

Es necesaria una intervención psicosocial complementando el tratamiento farmacológico, y es por ello, por lo que la creación de un grupo para tratar los aspectos psicosociales es la mejor opción, ya que pueden aprender de otras experiencias, crear redes sociales y de apoyo, puede servir de autoayuda, de empoderamiento y de inclusión social entre otras. La idea del programa desarrollado durante todo el trabajo es necesariamente por lo que acabamos de comentar, es una buena iniciativa para que las personas con TGM aprendan a manejar su diagnóstico trabajando con todos los factores que al final afectan día tras día en nuestra vida y que en estas situaciones, como hemos visto, pueden afectar más e incluso llegar a interrumpir o abandonar el proceso de tratamiento y por lo tanto, convertirse en una situación crónica de repetidas intervenciones sin adherencia al tratamiento ni resultados finales de rehabilitación.

La adherencia al tratamiento es lo más importante para que el proceso de rehabilitación sea efectivo, por lo que en primer lugar y lo más importante para que esto empiece a suceder es la creación de una relación de confianza profesional-paciente, el conocimiento del TMG y sus síntomas y consecuencias de no tratarlo, el autoconocimiento, la identificación de los factores influyentes en el proceso, el empoderamiento de la persona, la creación de habilidades sociales, la creación de redes de apoyo y sociales para la inclusión social y el conocimiento de todos los recursos existentes destinados a la salud mental y de los que se pueden beneficiar. Con todo esto

interiorizado y trabajado durante unas cuantas sesiones, en este caso 9 grupales y 2 individuales iniciales, se podrá ver el progreso que se ha hecho en cuanto al nivel de adherencia al tratamiento y por lo tanto mejora en su situación.

Es muy fácil ver desde el exterior estos casos, pero hay que vivirlo o conocer bien estas enfermedades para saber de que hablamos cuando decimos que ha habido recaídas, ya que seguramente no se este trabajando de manera completa con todos los factores que influyen en el proceso de tratamiento terapéutico y por lo tanto no logre una correcta adherencia. Es muy importante trabajar para potenciar la autonomía de las personas y ofrecer las herramientas necesarias para en un futuro saber afrontar los problemas ellos mismos o por lo menos saber manejarlos.

5. Bibliografía.

- Barg, L. (2006). *Lo interdisciplinario en salud mental. Niños, adolescentes, sus familias y la comunidad*. Espacio Editorial.
- Brown, G. (s.f.) *Qué tal si jugamos....* Publicaciones Populares Deiba.
- Colom F, Vieta E. *Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar*. Barcelona: ARS Médica; 2004
- Conejo, S., Moreno, P., Morales, J.M., Alot, A., García, J.M., González, M.J., Quemada, C., Requena, J., Moreno, B. (2014). Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave. Un estudio cualitativo. *An. Sist. Sanit. Navar: Vol. 37, (Nº 2), 223 – 233*.
- Decreto 132/1996, [Gobierno Valenciano]. Por el que se asignan competencias en materia de atención a los enfermos mentales. 4 de julio de 1996.
- Díaz Palacios et al. (2002). *Funciones del trabajador social en salud mental-adultos. Trabajo Social en el Sistema Sanitario Público*. Balance, análisis y perspectivas. KRK ediciones.
- Díaz, M. (2014). La adherencia terapéutica en el tratamiento y rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. *Revista Griot*, 7(1), 73-84.
- Garcés, E. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos del Trabajo Social*, Vol. 23, 333-352.
- Generalitat Valenciana (2016). *Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020*. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.
- Goldman, H. H., Gattozzi, A. A., & Taube, C. A. (1981). Defining and counting the chronically mentally ill. *Hospital & community psychiatry*, 32(1), 21–27. <https://doi.org/10.1176/ps.32.1.21>
- González, J., Cuixart, I., Manteca, H., Carbonell, M., Armengol, J. y Azcón, M. (2005). La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de

<https://doi.org/10.6018/eglobal.4.2.475>

Haynes RB. Introduction. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. *Compliance in health care* Baltimore: John Hopkins University Press; 1979. p. 1-7.

Lima, A.I., Pastor, E., Verde, C. (2017). *Comunidades Sostenibles: Dilemas y restos desde el trabajo social*. Aranzadi, S.A.U..

Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud mental en el mundo*. OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2006) *Adherencia Terapéutica* [en línea]. [Consultado 3 de septiembre 2022]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencialargoplazo.pdf>

Pollard, C. A. (2000). Inpatient Treatment of Refractory Obsessive-Compulsive Disorder. En W. K. Goodman, M. V. Rudorfer y J. D. Maser (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorder. Contemporary Issues in Treatment. Personality and Clinical Psychology Series*. Earlbaum. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(05\)80037-9](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(05)80037-9)

Reyes, E., Trejo, R., Arguijo, S., Jimenez, A., Castillo, A., Hernandez, A., Mazzoni L. (2016). Adherencia Terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Rev Med Hondur: Vol 84*, (Nº 3 y 4), 125 – 132.

Rojas, J. y Flores, M. (2016). Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con infarto agudo de miocardio. *Aquichán 16*(3), 328-339.

Romeo, P. (2021). Trastorno mental grave, pacientes con esquizofrenia. *Revista Sanitaria de Investigación*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/trastorno-mental-grave-pacientes-con-esquizofrenia/>

Seminario de educación para la paz (SEDUPAZ-APDH) (1995). *La alternativa del juego II*. Los Libros de la Catarata.

Uriarte, J., Beramendi, V., Medrano, J., Wing, J., Beevor, A. y Curtis, R. (1999). Presentación de la traducción al castellano de la Escala HoNOS (Health of the

Nation Outcome Scales). *Psiquiatría Pública*, 11(4), 93-101.
<http://www.omeaen.org/document/HoNOS.doc>

Vergara, S. y Barra, E. (2014). Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo 2. *Psicología y Salud*, 24(2), 167-173.

6. ANEXOS.

ANEXO 1.

En la primera sesión individual lo que se pretende es que el paciente-usuario nos cuente lo que quiera, no lo que nosotros queramos, por lo que los profesionales actuarán de manera observacional, aunque sí que lanzarán alguna pregunta general para ver que es lo que empiezan a contar y otras para ir encaminando la entrevista dentro del ámbito que nos interesa, TMG, adherencia y factores influyentes.

1. ¿Qué tal?, ¿Cómo estás?
2. ¿Por qué cree que le hemos citado?, ¿Qué es lo que espera?
3. ¿Tiene alguna duda sobre algo que vayamos a hacer con el programa al que se le ha citado?
4. ¿La semana que viene podrá venir otra vez?

En la segunda sesión individual se seguirá por el mismo camino, pero ya se harán preguntas más referidas a los factores que se detectaron en la primera entrevista individual que influyen en su situación actual y que no lo dejan avanzar en el proceso de tratamiento. Por lo que no se pueden estructurar las preguntas porque serán en base a la información recogida en la primera sesión, pero serán preguntas genéricas, que no detecte que se le pregunta por algo concreto de su vida.

ANEXO 2.

ESCALA DE SATISFACCIÓN Y EVALUACIÓN

Nombre: _____

Fecha: _____

Escala destinada a saber tu nivel actual de satisfacción con tu vida en cada una de las áreas indicadas y saber si siguen afectando o no en tu situación. Indica según la escala numérica (del 1 al 6), cómo te sientes hoy.

¿Cómo de satisfecho/a me siento hoy con estas áreas de mi vida?

	Completamente insatisfecho			Completamente satisfecho		
1.Relaciones sociales (amigos, pareja...)	1	2	3	4	5	6
2. Relaciones familiares.	1	2	3	4	5	6
3. Estudios / trabajo / instituciones que te rodean.	1	2	3	4	5	6
4.Actividades de ocio y tiempo libre.	1	2	3	4	5	6
5.Hábitos y rutinas (horarios, sueño, alimentación, tareas...)	1	2	3	4	5	6
6.Cuestiones legales.	1	2	3	4	5	6
7.Sentimentalmente, animicamente.	1	2	3	4	5	6
8.Comunicación	1	2	3	4	5	6
9. Económicamente.	1	2	3	4	5	6
10. Capacidad para resolver conflictos y toma de decisiones.	1	2	3	4	5	6

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 3.

“EL NAUFRAGIO”

El facilitador dice al grupo que están en una situación de naufragio y que deben formar botes salvavidas con algunas de estas características:

- Que no sean del mismo grupo o ciudad.
- Que no se conozcan entre sí.
- Número de integrantes en el bote.
- Mixtos o sólo hombres y/o mujeres.

Dentro del bote para sobrevivir deben cumplir algunas tareas:

- Aprenderse los nombres de los demás naufragos.
- Saber dónde nacieron.
- Conocer qué actividad realizan en el día.
- Deben ponerle un nombre a su bote.

Al final, el facilitador pide a cada bote que demuestre que cumplió sus tareas y decide si sobrevive o naufraga.

“EL COFRE”

Al comenzar, se le entregará a cada persona una hoja con un dibujo de un cofre. Se explica que ése es el cofre de los recuerdos (puede ser de las cualidades, de las expectativas u otra idea que tenga) y que allí deben colocar cinco de sus mejores recuerdos.

Cuando cada uno de los participantes los haya escrito, se forman parejas y cada uno le contará a su compañero sus tesoros y el porqué de ese recuerdo y que sensaciones le traen, etc.

Al terminar, se cambian los cofres con el de su compañero. Cuando todas las parejas terminen, cada uno va a contar delante de todos lo que había en el cofre de su compañero, hasta llegar al último.

ANEXO 4.

“EL CÍRCULO”

Los participantes se pondrán por parejas y continuación se repartirán hojas con un círculo en medio dividido en 6 triángulos.

A continuación, los participantes deberán de escribir en cada uno de los triángulos los elementos (familia, amigos, estudios, trabajo, aficiones...) que creen que influyen en su vida de manera positiva o negativa. Debe de ser los factores que ellos creen que están influyendo de alguna manera en su vida y la están condicionando para bien o para mal. Luego lo tendrán que hacer a la inversa.

Una vez estén completos todos los círculos deben de explicar a su compañero que les hace sentir cada uno de los elementos y porque los han seleccionado, porque creen que están influyendo en su situación y vida.

Y para finalizar, deberán compartirlo con el resto de los compañeros y escuchar también las otras experiencias para ver si se sienten identificados. Durante este tiempo pueden hacer preguntas a los compañeros que están exponiendo y contestarse entre ellos, siempre dentro de un orden. Esto se hace con la intención de que cojan autonomía y vayan identificando el tipo de enfermedad que tienen y los factores que están influyendo en su proceso de rehabilitación.

“EL ÁRBOL DE LOS TIEMPOS”

En este ejercicio se le da una hoja de papel a cada uno de los participantes con todo tipo de lápices, bolis, rotuladores, colores...

Cada uno deberá hacer un árbol que represente su vida, un árbol de los tiempos que contendrá las siguientes partes: nuestro pasado, representado en sus raíces e inicio del tronco; el presente, representado en el tronco y las ramas principales; y el futuro, representado en ramas más pequeñas, hojas, frutos, flores...

Una vez tengan todos hecho su árbol, se pondrá en común lo que han hecho, y cada uno de ellos explicará el pasado, el presente y el futuro de su vida, reflexionando que es lo que ve que ha cambiado o siente que se ha modificado y si para bien o para mal y como se siente.

“LA PELÍCULA DE MI VIDA”

Se le da a cada participante varios rectángulos de papel vegetal (entre 4 y 8), del tamaño de una diapositiva. Para realizar este ejercicio será necesario disponer también de rotuladores de colores de varios grosores, dándoles a los implicados total libertad para dibujar escenas importantes de su vida que, más tarde, tendrán que exponer ante sus compañeros.

ANEXO 5.

“METÁFORA DE BIENVENIDOS TODOS Y EL INVITADO GROSERO”

(basada en Hayes et al., 1999, según se cita en Wilson y Luciano, 2002)

Supongan que se disponen a celebrar la fiesta de su vida y usted es el anfitrión. Sólo hay una única norma en la localidad para poder celebrar fiestas, y es que se ha de poner un cartel en la entrada que diga: “Bienvenidos todos”. Ustedes acceden, aunque no está muy convencido. Pone el cartel y comienzan a llegar invitados. Cualquiera puede entrar, ya que está el cartel “Bienvenidos todos”. Antes de que pueda usted disfrutar de su fiesta, observa a un invitado grosero, sucio, maloliente y maleducado. Inmediatamente, se alerta y va hacia él para echarle, pero no puede hacerlo (está el cartel de “Bienvenidos todos” e inmediatamente volvería a entrar). No encuentra otra opción que ir detrás del invitado grosero para conseguir que no moleste a otros invitados. ¿Qué hacer para que no moleste? Se le ocurre que puede encerrarlo en una habitación, pero entonces tiene que estar pendiente de que no salga. Finalmente, no le queda más opción que estar llevándole a la puerta de salida y quedarse allí para que no moleste más. Si se despista, rápidamente se mezcla con los invitados y usted tiene que volver a estar detrás de él para que no incordie. La cuestión es que, si quiere que el invitado no moleste, tiene que ser su guardián, y a pesar de ello, se le escapa frecuentemente. Lo puede hacer, es libre de hacerlo, pero tiene un coste muy alto. ¿Está el anfitrión realmente en su fiesta o se la está perdiendo?

ANEXO 6.

Nombre:	Historia:
Evaluador/a:	Fecha:

ESCALA HoNOS: PERFIL DE RESPUESTAS

A. Problemas conductuales	0	1	2	3	4	
1. Conducta hiperactiva, agresiva, disruptiva o agitada						
2. Autolesiones no accidentales						
3. Consumo problemático de alcohol o drogas						
Puntuación (rango 0-12)						TOTAL A:
B. Deterioro	0	1	2	3	4	
4. Problemas cognitivos						
5. Problemas con enfermedad física o discapacidad						
Puntuación (rango 0-8)						TOTAL B:
C. Problemas clínicos	0	1	2	3	4	
6. Problemas asociados a la presencia de ideas delirantes y alucinaciones						
7. Problemas en relación con el humor depresivo						
8. Otros problemas mentales o conductuales.						
Especificar el tipo de trastorno: A-Fóbico; B-Ansiedad; C- Obsesivo compulsivo; D- Sobrecarga mental y tensión; E-Disociativo; F-Somatiforme; G-Alimentación; H-sueño; I-sexual; J-Otros.						<input type="text"/>
Puntuación (rango 0-12)						TOTAL C:
D. Problemas sociales	0	1	2	3	4	
9. Problemas con las relaciones						
10. Problemas en relación con las actividades de la vida cotidiana						
11. Problemas con las condiciones de vida						
12. Problemas en relación con la ocupación y las actividades						
Puntuación (rango 0-16)						TOTAL D:
Puntuación Total (rango 0-48)						

0=sin problema; 1=problema menor que no requiere intervención; 2=problema leve pero claramente presente; 3= problema de moderada gravedad; 4= problema grave o muy grave; 9=sin valor o desconocido (no sumar en totales).