

Trabajo Fin de Grado

Proyecto educativo dirigido a familiares de personas con un primer episodio psicótico.

Alumno: Yarely Ramírez Castañeda

Director: Alicia Hatshepsut Cunillera Llorente

Madrid, 3 de Mayo de 2023

Índice

1	Glosario de abreviaturas	5
2	Resumen:.....	6
	Abstract.....	7
3	Presentación	8
4	Estado de la cuestión	9
4.1	Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema	9
4.1.1	Introducción.....	9
4.1.2	Definición	10
4.1.3	Historia.....	11
4.1.4	Fisiopatología.....	11
4.1.5	Clínica	12
4.1.6	Incidencia y morbilidad	13
4.1.7	Factores de riesgo.....	13
4.1.8	Diagnóstico	15
4.1.9	Tratamiento	16
4.1.10	La familia.....	19
4.1.11	El papel de la enfermería en la psicosis	22
4.2	Justificación	24
5	Proyecto educativo.....	25
5.1	Población y captación	25
5.1.1	Población diana.....	25
5.1.2	Captación.....	26

5.2	Objetivos	28
5.2.1	Objetivo general	28
5.2.2	Objetivos específicos.....	28
5.3	Contenidos	29
5.4	Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales	30
5.4.1	Cronograma	30
5.4.2	Participantes y docentes	31
5.4.3	Lugar de celebración.....	31
5.4.4	Actividades entre sesiones.....	32
5.4.5	Contenidos de cada sesión	33
5.5	Evaluación	43
5.5.1	Evaluación de la estructura y el proceso	43
5.5.2	Evaluación de resultados	43
6	Bibliografía	45
7	Anexos	48
7.1	Anexo 1: Correo para el director del centro	49
7.2	Anexo 2: Folleto destinado a los enfermeros del centro	50
7.3	Anexo 3: Folleto destinado a los familiares interesados	51
7.4	Anexo 4: Ficha de inscripción al proyecto	52
7.5	Anexo 5: Evaluación inicial y final del desarrollo de conocimientos	53
7.6	Anexo 6: Evaluación inicial y final del desarrollo de habilidades.....	56
7.7	Anexo 7: Evaluación inicial y final del desarrollo de actitudes.	57
7.8	Anexo 8: Registro de asistencia	58
7.9	Anexo 9: Evaluación de la sesión 1.....	59
7.10	Anexo 10: Evaluación de la sesión 2.....	60

7.11	Anexo 11: Evaluación de la sesión 3.....	61
7.12	Anexo 12: Evaluación de la sesión 4.....	62
7.13	Anexo 13: Evaluación de la sesión 5.....	63
7.14	Anexo 14: Evaluación de la sesión 6.....	64
7.15	Anexo 15: Evaluación de la sesión 7.....	65
7.16	Anexo 16: Evaluación de la sesión 8.....	66
7.17	Anexo 17: Evaluación de la sesión 9.....	67
7.18	Anexo 18: Cuestionario de satisfacción.....	68
7.19	Anexo 19: Evaluación a largo plazo del proyecto educativo	69

1 Glosario de abreviaturas

SIGNIFICADO	ABREVIATURA
Primer Episodio Psicótico	PEP
Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales	DSM
Estado Clínico de Alto Riesgo de Psicosis	CHR-P
Intervención Temprana en Psicosis	ITP
Terapia Cognitivo- Conductual	TCCp
Recuperación cognitiva	RC
Escala de Síndrome Positivo y Negativo	PANSS
Escala Breve de Calificación Psiquiátrica	BPRS
Centro de Salud Mental	CSM

2 Resumen:

Introducción: El presente proyecto educativo plantea la importancia del abordaje enfermero en familiares con un miembro psiquiátrico en un primer episodio psicótico, el cual es definido como un estado mental en el que aparecen por primer vez síntomas psicóticos como delirios, alucinaciones y/o trastornos del pensamiento. Debido a estas manifestaciones, la asistencia y cuidado a la familia es primordial ya que componen el pilar fundamental de la vida del paciente, siendo esta también la más afectada. Estos cuidados familiares no benefician solo a nivel del paciente en un mejor manejo y resolución de los síntomas, sino que también mejoran la relación a nivel familiar y reducen la sobrecarga que desarrollan gran parte de los cuidadores principales.

Objetivos: Educar a los familiares de personas con un primer episodio psicótico acerca de la enfermedad de su familiar y de los cuidados enfermeros que pueden recibir para reducir su sobrecarga.

Metodología: Este proyecto educativo va dirigido a los familiares con un miembro con PEP, consta de 10 sesiones de 90 minutos en las que se espera que estos aumenten sus conocimientos, habilidades y actitudes.

Implicaciones para la práctica de la enfermería: La enfermería tiene un papel imprescindible en el cuidado de la familia, la cual influye en el desarrollo, tratamiento y recuperación de una enfermedad psiquiátrica.

Palabras clave: trastornos psicóticos, brote de los síntomas, cuidadores, esquizofrenia, familia, salud mental.

Abstract

Introduction: The present educational project highlights the importance of the nursing approach to family members with a psychiatric patient experiencing a first psychotic episode (FPE), which is defined as a mental state in which psychotic symptoms such as delusions, hallucinations, and/or thought disorders appear for the first time. Due to these manifestations, the care and assistance provided to the family is crucial as they are the fundamental pillar of the patient's life and are also the most affected. These family care services not only benefit the patient in better management and resolution of symptoms, but also improve family relationships and reduce the burden experienced by most primary caregivers.

Objectives: To educate family members of patients experiencing a FPE about their family member's illness and the nursing care they can receive to reduce their burden.

Methodology: This educational project is directed towards family members with a member experiencing a FPE and consists of 10 sessions of 90 minutes each, with the aim of increasing their knowledge, skills, and attitudes.

Implications for nursing practice: Nursing has an essential role in caring for the family, which influences the development, treatment, and recovery of psychiatric illnesses.

Keywords: Psychotic disorders, symptom onset, caregivers, schizophrenia, family, mental health.

3 Presentación

La enfermedad mental es un tema que me ha interesado desde hace mucho tiempo, especialmente después de tener experiencias personales con familiares que han sido afectados por ella. Estas experiencias me han motivado a profundizar en el campo de la enfermería en salud mental y a explorar cómo los cuidados enfermeros pueden marcar una gran diferencia en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

La falta de información y educación para los familiares de pacientes con primer episodio psicótico es un tema que me ha llamado la atención en particular. Durante mis prácticas clínicas, he tenido la oportunidad de trabajar con pacientes con trastornos mentales y he visto cómo esta enfermedad afecta no solo a los pacientes, sino también a sus familias y seres queridos. En particular, he observado la falta de información y educación que reciben los familiares de pacientes con primer episodio psicótico. Estos familiares a menudo están desorientados y no saben cómo manejar la enfermedad mental de sus seres queridos, lo que puede causar estrés emocional y dificultades en el cuidado del paciente.

Además, me inspira la idea de que los cuidados enfermeros pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Los enfermeros tienen la capacidad única de brindar educación y apoyo emocional a los pacientes y sus familias, lo que puede mejorar la comprensión y la atención a la enfermedad mental.

Por lo tanto, mi motivación para realizar un TFG sobre los cuidados enfermeros a los familiares de personas con primer episodio psicótico radica en la necesidad de proporcionar información y educación adecuadas a los familiares para mejorar la calidad de atención y el bienestar emocional de los pacientes y sus seres queridos. Me gustaría contribuir a esta causa y ayudar a mejorar la calidad de atención en el cuidado de la salud mental.

4 Estado de la cuestión

4.1 Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema

4.1.1 Introducción

En este estado de la cuestión se expone la definición de lo que es el primer brote psicótico, la historia que hay detrás de este término y cómo ha ido evolucionando a lo largo del tiempo, la fisiopatología, los síntomas que se manifiestan, la incidencia y morbilidad actual, qué factores de riesgo aumentan su padecimiento, el diagnóstico y los distintos tipos de tratamiento actual de la enfermedad.

Por otro lado, hablamos de la familia, de cómo afecta tener un familiar con un primer brote psicótico, qué hay detrás del desarrollo de esta enfermedad y qué cuidados reciben los familiares para poder sobrellevar esta situación.

Para desarrollar este marco teórico, se han realizado búsquedas bibliográficas a través de distintas bases de datos, tales como Pubmed, Scielo, Dialnet o Google Scholar, también en organizaciones reconocidas mundiales como el National Institute of Mental Health (NIMH). Esta búsqueda se ha basado en 39 artículos, tanto en inglés como en español, e incluso francés, donde la gran mayoría de las bibliografías han sido publicadas a partir del año 2017-2018, siendo la más antigua el 2009. Estas referencias bibliográficas pertenecen a artículos de revistas, metaanálisis, estudios de casos, investigaciones y revisiones sistemáticas.

Se utilizaron los términos incluidos en la tabla 1 añadiendo y combinando operadores booleanos (AND y OR). Con el operador booleano NOT se han usado los términos: drogas de diseño, anciano y COVID-19.

En la tabla 1 se recogen las palabras clave en términos MeSH y DeCS.

Términos MeSH y DeCS		
Lenguaje literal	Términos MeSH	Términos DeCS
Trastornos psicóticos	Psychotic disorders	Trastornos psicóticos
Psicoterapia	Psychotherapy	Psicoterapia
Cuidadores	Caregivers	Cuidadores
Esquizofrenia	Schizophrenia	Esquizofrenia
Familia	Family	Familia
Salud mental	Mental health	Salud mental

Tabla 1: Términos utilizados en la búsqueda. Elaboración propia.

4.1.2 Definición

La psicosis es un trastorno mental que se caracteriza por una alteración en la percepción de la realidad que puede ser recurrente. A diferencia de otros trastornos, no se pierde la conciencia, lo que significa que el paciente sigue siendo consciente de su entorno y de sí mismo (1).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), en su última versión (DSM 5), para que un trastorno psicótico episodio psicótico (PEP) sea considerado como tal, su duración debe encontrarse entre un día o un mes, pasado ese periodo la persona vuelve al estado previo a la enfermedad. Además, debe de cumplir uno o más de estos síntomas con un inicio brusco: delirios, alucinaciones, discurso o comportamiento desorganizados o catatónico (2).

4.1.3 Historia

En la antigüedad, las enfermedades mentales eran consideradas posesiones o castigos divinos los cuales eran eliminados a través de ritos, promoviendo así la discriminación de las personas que no cumplían con las normas sociales (3). Con los estudios de Johann Weyer, la fundación de la Orden de San Juan de Dios, la clasificación de los trastornos mentales según Kraepelin, la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos en el año 1960 y la instauración del concepto “esquizofrenia” por Bleuler, la psiquiatría fue evolucionando y alcanzando y mayor conocimiento en la sociedad (4,5)

En la década de 1980, el National Institute of Mental Health expresó que era necesario investigar a pacientes con un primer brote, lo cual incentivó al estudio de los primeros episodios psicóticos naciendo así el término PEP. A partir de este año, los países nórdicos y del sudeste comienzan a centrarse en la investigación clínica de este enfoque (6). Así, la Intervención Temprana en Psicosis (ITP) vive un gran auge creando la European Institute of Applied Psychology (IEPA). Gracias a la inserción del término PEP, las enfermedades psíquicas pierden cierta heterogeneidad donde se crearon también escalas de valoración de síntomas: Escala Breve de Calificación Psiquiátrica (BRPS) o la Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS), entre las más usadas (6).

4.1.4 Fisiopatología

Según estudios recientes, la disfunción en las cortezas cingulada anterior, temporal y prefrontal en individuos con un Estado Clínico de Alto Riesgo de Psicosis (CHR-P), podría estar relacionado con el deterioro de la memoria y el detrimento del hipocampo (el cual a su vez está relacionado con la memoria verbal y la visual). Se ha reconocido que existe un volumen inferior del hipocampo en algunos sujetos CHR-P, lo que podría explicar también la disfunción de memoria que sufren (7).

Otras investigaciones a través de resonancias magnéticas apoyan la idea de que en los pacientes con psicosis existe una reducción en el volumen y grosor de la materia gris en las regiones llamadas “hubs” o “rich-club” del cerebro humano, las cuales son: temporal superior, frontal lateral, insular y la corteza cingulada anterior, el tálamo, precuneus y la zona parietal inferior e hipocampal, zonas que coinciden con los estudios nombrados anteriormente (8).

4.1.5 Clínica

Los síntomas pueden presentarse previamente al desarrollo o diagnóstico de la enfermedad, entre meses y años, a lo cual se le llama “fase prodrómica”. En esta fase los pacientes pueden llegar a rendir menos académicamente o en el trabajo, pueden estar más sensibles, irascibles o aislarse (9). Esta fase es la más importante en cuanto a la intervención, ya que se ha demostrado que es en esta donde se produce una gran parte del deterioro (10), una actuación tardía muestra un aumento de recaídas y una recuperación menor y más lenta (11). Teniendo esto en cuenta, los síntomas de la psicosis se dividen en 2 grupos: positivos y negativos. Se especifica en la table 2 estos síntomas de la enfermedad.

Síntomas positivos		Síntomas negativos	
Alteración de la conducta y la afectividad	- Afecto inapropiado a la situación. - Risas inmotivadas.	Alteración de la conducta	- Disminución de autocuidados. - Disminución y desinterés en las relaciones sociales. - Inhibición. - Estupor y perplejidad. - Disminución de la voluntad.
Alteración del pensamiento	- Pensamientos sin conexión ni coherencia. - Taquipsia. - Delirios (persecutorios, de grandeza, erotomaníacos, religioso, somático, etc.)	Alteración del pensamiento	- Embotamiento. - Pobreza de discurso con pensamiento concreto y pobre. - Pensamiento enlentecido o inhibido.
Alteración del lenguaje	- Neologismos. - Ecolalia. - Verborrea o taquilalia.	Alteración del lenguaje	- Lenguaje abundante. - Simbolismos. - Disartria. - Bradilalia.
Alteración de la sensopercepción	- Alucinaciones: auditivas, visuales, olfativas, gustativas, táctiles o cenestésicas.	Alteración de la afectividad	- Alogia. - Anhedonia. - Apatía. - Aplanamiento afectivo.

Tabla 2: Clasificación de los síntomas psicóticos. Elaboración propia a partir de (2,12-14)

En este apartado añadiremos el término “insight” o conciencia de la enfermedad, el cual hace referencia a la comprensión de los síntomas psicopatológicos, las consecuencias sociales de la enfermedad mental y la aceptación del tratamiento (15).

4.1.6 Incidencia y morbilidad

Un estudio internacional de incidencia y control de casos, la Red Europea de Redes Nacionales de Esquizofrenia que Estudian las Interacciones Gen-Entorno, comparó a las personas que acudieron a servicios de salud mental por sospecha de un PEP de 17 áreas distintas de entre 6 países, entre los que se encontraba España (16). Los resultados mostraron que las personas más jóvenes, de sexo masculino, en condición de minoría racial/étnica y con vivienda en zonas deshabitadas presentaban mayor incidencia de sufrir trastornos psíquicos (16). Sin embargo, este estudio sufrió varios cambios, ya que este resultado iba variando no solo por los factores de riesgo individuales, sino también por la influencia medioambiental.

El autor Jongsma afirmó que en torno al 68% de los hombres y el 51% de las mujeres, desarrollan la enfermedad antes de los 35 años (17). Sin embargo, otros estudios consideran que la edad en la que se suele presentar un PEP es entre los 16 y los 30 años (13). Una investigación reciente muestra ciertas diferencias entre hombres y mujeres a la hora de desarrollar un primer episodio. Por un lado, la aparición del primer brote en los hombres está mayormente relacionado con un abuso o uso de sustancias desarrollando síntomas como un aumento de la autoestima o delirios grandiosos (18). Por otro lado, las mujeres suelen presentar en mayor cantidad antecedentes de aislamiento social y depresión, mostrando delirios erotomaníacos e insomnio (18).

En torno al 3% de la población general presenta un trastorno psicótico, exactamente 252 altas por 100.000 habitantes entre los 15 y 34 años, simbolizando la octava causa de morbilidad hospitalaria más frecuente. Estos datos muestran que las enfermedades psíquicas suponen un alto coste para el sistema sanitario, donde la estancia media en el hospital se encuentra entre los 26 y 28 días frente a los 6,66 de las demás causas patológicas (17).

4.1.7 Factores de riesgo

Las siglas CHR-P hacen referencia a individuos con alto riesgo de sufrir psicosis y fue introducida en 1996 (7). Según varios estudios, entre un 15% y un 60% de este grupo presentan ciertos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar psicosis (6).

Entendemos como factor de riesgo a aquel rasgo o signo del niño o adulto que da lugar a una mayor probabilidad de sufrir, en este caso, un trastorno psíquico que la población general (19). También pueden ser llamados Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR) (20).

Una investigación reciente midió las funciones neurocognitivas de estos sujetos con la Matrics Consensus Cognitive Battery (MCCB), donde se mostró un gran defecto en la cognición general, en la velocidad de procesamiento, atención y vigilia, aprendizaje verbal y visual, razonamiento y resolución de problemas y menor tamaño de memoria, como hemos podido ver en los síntomas descritos. Sin embargo, no se han hallado diferencias entre individuos sanos y CHR-P en la cognición social (21).

Hoy en día no tenemos las herramientas ni los conocimientos necesarios para predecir el riesgo de sufrir un PEP, sin embargo, existen instrumentos como el CBCL (Children's Behaviour Checklist), que nos permite diagnosticar posibles trastornos mentales infantiles (19).

Existe un Listado de Ítems de Salud Mental en edades preescolares y escolares (LISMEN) que puede servir como un instrumento de exploración y cribaje de señales de alarma y factores de riesgo de trastornos mentales. Según este estudio, las variables de riesgo más frecuentes detectados en los antecedentes de pacientes con psicosis diagnosticada que habían consultado en la Unidad de Salud Mental en edad infantil (19) son los siguientes factores de riesgo, descritos en la tabla 3:

Factores de riesgo que favorecen el PEP
– Funciones maternas y/o paternas muy empobrecidas.
– Antecedentes en la familia.
– Situación familia: familia monoparental, bajo nivel económico.
– Agresividad en la familia, impulsividad, accidentes frecuentes o excitación excesiva.
– Dificultades de relación: retraimiento en la relación, evitar la relación social, no jugar con los demás niños, problemas de la madre para relacionarse con su hijo, aislamiento, etc.
– Dificultades en el desarrollo y aprendizaje: retraso en el desarrollo mental y/o psicomotor, disfunciones del lenguaje (mutismo, tartamudeo), fracaso o dificultades escolares.
– Resfriados frecuentes en los primeros años u hospitalizaciones frecuentes.

– Complicaciones obstétricas, bajo peso al nacer, prematuridad, depresión materna, etc.
– Rasgos preexistentes de la personalidad: trastorno de la personalidad esquizotípica, trastorno de la personalidad límite, etc.

Tabla 3: Factores de riesgo que favorecen la aparición de un PEP. Elaboración propia a partir de (2,19)

Muchos estudios psicogenéticos afirman que la falta de apego en la infancia y la relación madre – bebé constituyen un gran factor de riesgo (22). La National Health Service (NHS) considera que el duelo, vivir en entornos asistenciales o la dependencia a cuidadores, también pueden dar lugar a un deterioro mental (23).

4.1.8 Diagnóstico

Entre los controles habituales de estos pacientes se deben encontrar métodos de imagen cerebral, electroencefalograma y pruebas bioquímicas. El consumo de sustancias es algo que se debe en estos pacientes independientemente de su nivel socioeconómico o estatus social, realizando análisis de metabolitos en la orina (24).

Es importante que, en el PEP, se realice un diagnóstico diferencial entre una posible esquizofrenia o trastornos del estado de ánimo (24):

- Trastornos relacionados con sustancias: se puede realizar un análisis sanguíneo o de orina para determinar la presencia de tóxicos.
- Trastornos depresivos y bipolares: se puede distinguir la presencia de síntomas psicóticos en un episodio depresivo mayor, maniaco o mixto.
- Trastorno de la personalidad: los síntomas psicóticos en este caso suelen ser temporales y pueden estar relacionados con el estrés.
- Otras afecciones médicas: a través de pruebas de laboratorio, exploración física o anamnesis puede demostrarse que el delirium sea causado por otra patología (2).

Para conseguir un diagnóstico diferencial correcto, es fundamental hacer un seguimiento periódico al paciente de un año como mínimo, donde debemos valorar ciertos parámetros como el funcionamiento y la discapacidad. Además, en mujeres jóvenes con síntomas de PEP, debemos contar con la afección de encefalitis debido a anticuerpos antiNMDA (N-metil-D-aspartato) (24).

4.1.9 Tratamiento

El conocimiento de que la respuesta al tratamiento es más rápida y favorable en los primeros periodos es un incentivo para aprovechar esta oportunidad de la mejor manera (24).

Los estudios sobre la evolución de la enfermedad después del primer episodio han revelado que la falta de seguimiento del tratamiento suele resultar en un empeoramiento de la condición (24), al igual que permanecer en un periodo sin tratamiento neuroléptico (6).

Según un estudio reciente, el 70% de los pacientes que sufrieron exacerbaciones un año después tras su primer episodio, no cumplieron con su tratamiento. Por esta razón, es importante proporcionar información detallada sobre la enfermedad, como prevenir las exacerbaciones, lo que puede esperar del tratamiento y como cuidarse durante el mismo (24).

4.1.9.1 Tratamientos biológicos

Psicofarmacología

El tratamiento precoz y la conservación de la adherencia son los factores más importantes y cruciales en el PEP, puesto que influye en la trayectoria y desarrollo de la enfermedad (24). El tratamiento de la psicosis tiene cuatro objetivos principales: controlar los síntomas, reducir la frecuencia y gravedad de los episodios psicóticos, mejorar la calidad de vida y facilitar la integración del paciente en la sociedad y en su familia (25). En la tabla 4 se presentan los principales fármacos indicados en el tratamiento del PEP.

MEDICAMENTO	RAM	RECOMENDACIONES
Antipsicóticos	- Prolongación del intervalo QT. - Enfermedad de Parkinson. - Epilepsia. - Diabetes. - Somnolencia. - Riesgo de tromboembolismo.	- En pacientes que inician tratamiento por primera vez, se recomienda la elección de un antipsicótico atípico, diferente de la clozapina y olanzapina. - Si transcurridas de cuatro a seis semanas no se recibe la respuesta esperada al tratamiento, se sopesa la idea de que el paciente es resistente al tratamiento. - Mantener el tratamiento antipsicótico durante un periodo de 3 a 6 meses, usando la misma dosis que fue efectiva en la remisión de la fase aguda.
Benzodiacepinas	PRINCIPALES ACCIONES	RECOMENDACIONES
	- Ansiolítica. - Hipnótico - sedante. - Relajante muscular. - Antiepiléptica	- Evitar tratamientos prolongados (6 semanas a 3 meses). - Evitar en pacientes con patología respiratoria. - Tener en cuenta posibles respuestas paradójicas (agitación, desinhibición, conductas agresivas). - Considerar las posibles interacciones con otros medicamentos.
Antidepresivos	RAM	RECOMENDACIONES
	- Molestias gastrointestinales. - Inquietud, insomnio - Disfunción sexual. - Hipertensión arterial. - Estreñimiento. - Sequedad de boca. - Visión borrosa. - Sedación o somnolencia.	Los antidepresivos con mecanismo de acción monoaminérgico tienen un tiempo de latencia que hace que su uso en urgencias no tenga un impacto significativo en el pronóstico.

Tabla 4: Psicofármacos usados en el PEP. Elaboración propia a partir de (13,24-27)

Terapia electroconvulsiva (TEC)

Este tipo de terapia suele usarse más en pacientes con PEP, aunque también en pacientes con riesgo de dañar a otras personas o a sí mismos, no tiene demostración científica de ser eficaz en pacientes resistentes al tratamiento (24,25).

4.1.9.2 Tratamientos psicosociales

Los tratamientos psicosociales son una herramienta valiosa para las personas que sufren de trastornos mentales, ya que les ayudan a manejar los desafíos cotidianos y a controlar los síntomas mientras llevan una vida normal. Estos tratamientos suelen ser utilizados junto con medicamentos antipsicóticos, y las personas que reciben este tratamiento periódicamente tienen menos probabilidad de que los síntomas vuelvan a aparecer (13). En este tipo de tratamiento se puede realizar terapia individual, grupal o familiar. A continuación, se describen la psicoterapia para la psicosis (TCCp), la recuperación cognitiva (RC), el enfoque grupal y las tecnologías digitales (28).

Terapia cognitivo conductual

Este tipo de terapia se complementa con la farmacológica y el uso de ambos proporciona mejores resultados en la precaución de recaídas, adhesión al tratamiento y en la sintomatología negativa (10,28). Un estudio actual con alto grado de evidencia muestra que la TCCp reduce los efectos psicóticos y generales comparado con otras intervenciones, lo cual hace que la TCCp sea imprescindible en el tratamiento de un individuo con PEP (29).

La TCCp es un tipo de tratamiento psicológico que ayuda al individuo a identificar y cambiar de forma automática ciertos aspectos cognitivos desadaptativos (30). El profesional sanitario ayuda al paciente a programar ciertos objetivos y llevar a cabo técnicas que disminuyan estas conductas, como la de exposición, de reestructuración cognitiva o el entrenamiento en habilidades sociales (31). El objetivo principal es la identificación de aquellos estímulos que causan malestar o ansiedad y desarrollar la capacidad de autogestionar los síntomas (28).

Recuperación cognitiva

Se entiende como RC a la superación personal a través de una meta o ideal de vida dejando de lado los problemas o síntomas actuales a través de la esperanza, positivismo, el control de

los síntomas y encontrando una razón a su existencia con ayuda de un terapeuta (32).

La RC ha demostrado grandes resultados en el aprendizaje, sintomatología, funcionamiento y memoria verbal, sin embargo, los resultados de un estudio mostraron recientemente que las personas con PEP tienen menor beneficio que otras con enfermedades mentales distintas (28).

Intervenciones en grupo

En personas con PEP, las intervenciones en grupo se dividen en función de los objetivos a conseguir: grupos con la finalidad de autogestionar un déficit o síntomas específicos, el bienestar, recuperación o grupos de apoyo (28). Un estudio reciente afirma que las personas que acuden a terapias en grupo perciben un aumento de bienestar, alivio y sentimientos encontrados que sólo experimentan al reunirse con personas que estaban en la misma situación, lo cual muestra una distinción entre la terapia individual y la grupal (3).

Tecnología digital

Este tipo de tratamiento usa la tecnología para proporcionar ayuda y mejorar la atención, la información, los servicios, la psicoeducación, supervisión y las intervenciones. También es usado para interactuar con personas que viven la misma situación y es mayormente usado por los jóvenes (28).

4.1.10 La familia

Antiguamente y hasta hace poco, el enfermo mental era considerado como el único culpable o responsable de su enfermedad, lo cual implicaba que era el único dentro de la familia que tenía que recibir intervenciones, esta visión lineal ha cambiado con el tiempo y actualmente la familia también recibe ciertos tratamientos y cuidados en este tipo de enfermedades (14).

Tener a un familiar enfermo aumenta los niveles de estrés y sufrimiento, llegando a producir sobrecarga y por ende un deterioro de la calidad de vida del cuidador, de la dinámica familiar y aislamiento social (33). Por ello, es importante no sólo centrarse en las repercusiones físicas y psicológicas del enfermo, sino también del cuidador principal y familiares, ya que la presencia de un PEP implica factores sociales, emocionales, afectivos y falta de comunicación (34). La familia es la principal responsable de las conductas que aprendemos en la infancia. En toda familia existen ciertas dinámicas que se mantienen a lo largo de nuestra vida, las

cuales se deben examinar y cambiar para ayudar al confrontamiento de la enfermedad (33).

En 1997 se desarrolló una teoría de la mano de Stierlin la cual dice que existe una relación entre los sentimientos de lealtad a los valores familiares (individuación con) y los sentimientos de deslealtad a estos mismos (individuación contra), llamada individuación conexa (14). Esta teoría se relaciona con el PEP, puesto que para llevar a cabo la terapia familiar y que esta sea útil para el desarrollo de la enfermedad y prevención de recaídas, es necesario que el individuo aumente su grado de individuación lejos de su familia, desarrollando la individuación conexa (35). Ciertamente existen estudios que afirman que esto es difícil de cambiar, puesto que en la mayoría de los pacientes predomina la “individuación con”, ya que suelen ser pacientes a los que les cuesta sobrellevar conflictos abiertos, se muestran despersonalizados, sin identidad y no suelen exponerse a ideas o necesidades nuevas más allá de las conocidas en su círculo (14). Esto hace ver que una familia con un familiar con un PEP, normalmente, consideren esto como un fallo en su dinámica, donde su unión y consonancia se ha roto, ya que para ellos hasta ese momento todo marchaba bien (14).

Según la afirmación de ciertas investigaciones, las personas psiquiátricas tienen relaciones tempranas débiles o inestables con las personas más importantes en sus vidas. Esta mala forma inicial de apego puede tener un efecto negativo en todas las fases posteriores de su desarrollo, incluyendo la manera en que se comunican, resuelven problemas y se relacionan con los demás. En resumen, se sugiere que la calidad de las relaciones tempranas puede ser un factor importante en el desarrollo de síntomas psicóticos en la edad adulta (14).

La emoción expresada es un término que muestra la relación entre la actitud de los cuidadores hacia el familiar y el ambiente emocional del paciente, es decir, un indicativo de la calidad de la relación que mantienen (33). Ciertamente, que normalmente en las familias con un paciente con esquizofrenia suele estar presente un cuidado bastante protector y fuerte, ofreciéndole cuidados intensos y especiales (34). La emoción expresada hace referencia a la crítica, la hostilidad, la sobre implicación emocional, por lo cual, si ésta es alta está relacionado con un mayor riesgo de recaídas y de cronicidad del PEP (33). Por el contrario, una baja emoción expresada está relacionada con diálogos abiertos y comentarios positivos (20).

Dentro de las escalas que miden la sobrecarga familiar se encuentran la Entrevista de Carga Familiar Objetiva y Subjetiva (ECFOSII), el Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS), el Cuestionario Índice de Esfuerzo del Cuidador (IEC) y la Escala del Sentido del Cuidado (ESC) (36), sin embargo, la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit es más usada para medir

la sobrecarga familiar, la cual mide el nivel de afectación psicométrica de las personas destinadas a cuidar a familiares con enfermedades mentales (37).

Un estudio reciente afirma que, en los últimos años, el 52% de los familiares presentaban una sobrecarga moderada o intensa en este cuestionario, donde casi el 75% de los cuidadores son las mujeres, que son las que habitualmente asumen esta responsabilidad (5).

Para que la familia aprenda a sobrellevar a su familiar se pueden usar técnicas conductuales o educativas, algunas intervenciones familiares recomendadas que se llevan a cabo hoy en día son la psicoeducación, las estrategias de enfrentamiento, entrenamiento de habilidades comunicativas, resolución de problemas e intervenciones en momentos de crisis (33). Dentro de estas intervenciones destaca la psicoeducación, la cual informa a los familiares sobre el proceso o evolución de la enfermedad para así aumentar la calidad de la atención (5). Este enfoque empezó a desarrollarse en torno a los años 50 en Estados Unidos de la mano de Peter Laqueur y ha obtenido buenos resultados (20).

La psicoterapia puede realizarse en grupo, donde se reúnen a familias, pacientes y equipo terapéutico para desarrollar talleres integradores, complejos y multidisciplinarios, buscando objetivos comunes: conectar y enlazar a todo el núcleo familiar, contener emoción y apoyo, ofrecer técnica para gestionar las crisis que puedan suceder durante el proceso psicoterapéutico, perseverar el tratamiento y una mejora en los vínculos familiares (20). Este tipo de terapia es muy importante, teniendo en cuenta que este tipo de pacientes desarrollará difícilmente una independencia personal total, por lo que integrar a la familia es imprescindible (38).

En estos encuentros hay que incentivar el diálogo abierto, la polifonía, la elaboración de nuevas narrativas y la tolerancia a la incertidumbre, donde el equipo terapéutico debe mostrarse de forma cercana tanto a los pacientes como a los familiares y desarrollar un ambiente que involucre a ambos, pero dejando que muestren sus debilidades y fortalezas, es decir, su individualidad (20). El equipo terapéutico, como se ha mencionado antes, se conforma por un grupo interdisciplinario donde se encuentra un trabajador social, un psiquiatra, psicóloga clínica y la enfermera, que desarrolla un papel importante en esta terapia (20). Este equipo debe usar un lenguaje cercano, sensible, claro y amable, dejando de lado ejemplos o situaciones reales debido al tipo de paciente con el que están tratando, en lugar de esto usarán más hipótesis o metáforas (20). Asimismo, el equipo debe dejar claro el papel o trabajo que desarrolla cada componente de esta terapia, donde los pacientes, la familia y los profesionales tienen su verdad y experiencia en distintos temas (38).

Es importante tener en cuenta el tipo de familia a tratar, ya que cada núcleo familiar es distinto, sin embargo, todas comparten ciertos factores o síntomas comunes, que pueden ser el desgaste psicológico, físico y emocional, frustración, relaciones sociales escasas debido a la presión social que implica la enfermedad y el estigma social (34).

4.1.11 El papel de la enfermería en la psicosis

La enfermería de salud mental se encarga de proporcionar atención eficiente, efectiva y de alta calidad que esté en sintonía con las prácticas actuales en este ámbito (39). El perfil de una enfermera especialista en salud mental indica que después de completar su formación, tendrá las habilidades necesarias para ejercer todas las competencias que le han enseñado (12). Entre las competencias de la enfermera de salud mental se encuentran: valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar los cuidados de enfermería que se brindan a personas, familias y grupos en el ámbito de la salud mental, ofreciendo una atención integral que se enfoca en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental a lo largo de todo el ciclo vital (12). Otra competencia dirigida a los familiares es la de educar en lo relativo a la salud mental, teniendo en cuenta que, durante este proceso, es esencial considerar los criterios de calidad y seguridad del paciente (12).

Es importante que un plan de atención enfermera sea cuidadosamente diseñado y desarrollado en colaboración con otros especialistas, con una atención personalizada para cada paciente en función de sus necesidades y su entorno familiar, integrando la rehabilitación y reintegración del paciente en el ámbito social. Fundamental y éticamente, hay que buscar los principios de beneficencia, autonomía, justicia y responsabilidad (39).

Los grupos terapéuticos en enfermería de salud mental son efectivos para reducir los síntomas, mejorar la adaptación y la integración social, tanto para el paciente como para la familia. Los grupos terapéuticos permiten optimizar los recursos y planificar mejor los objetivos y condiciones para cada paciente. Algunos programas actuales de intervención comunitaria y grupal donde participa la enfermería y se integra a la familia son: programas psicoeducativos: actividades de la vida cotidiana, autocuidado; intervenciones en crisis; programas de relajación: grupos de autoayuda; apoyo familiar, individual y grupal (12).

La participación de la familia es crucial para la recuperación de los pacientes y enfermos, y es importante que al familia tenga acceso a herramientas y recursos para abordar las dificultades que enfrentan. Los profesionales de enfermería deben ofrecer apoyo y recursos para ayudar

a la familia y promover la recuperación del paciente (12). En la tabla 5 se muestran las actividades y cuidados enfermeros que van dirigidos a los familiares actualmente.

Actividades enfermeras dirigidas a familiares de personas con PEP:
• Observar la estructura de la familia y qué roles desempeña cada uno. • Evaluar la carga de trabajo del cuidador a través del Test Zarit. • Identificar si otros miembros de la familia pueden ayudar en el cuidado del paciente. • Escuchar las inquietudes y preguntas de la familia, transmitiendo confianza y una actitud comprensiva y empática, sin juzgar. • Explicar de manera clara y sencilla el problema de salud del paciente y trabajar juntos la planificación de los cuidados, incluyendo tiempo para el descanso y la distracción. • Informar sobre el papel del trabajador social y los grupos de autoayuda y los beneficios que pueden aportar.

Tabla 5: Actividades enfermeras dirigidas a familiares de personas con PEP. Elaboración propia a partir de (12,36).

Por otro lado, en la tabla 6 se muestran los cuidados enfermeros actuales dirigidos a familiares con personas con PEP.

Cuidados enfermeros dirigidos a familiares de personas con PEP
• Ofrecer guías de cuidados o folletos con información acerca de técnicas relajantes naturales • Enseñar relajación muscular y respiratoria. • Enseñar métodos y habilidades para proporcionar cuidados óptimos con el objetivo de garantizar la seguridad y bienestar del paciente. • Favorecer su salud física, emocional y social. • Animar a acudir a grupos de apoyo. • Capacitar al cuidador en la utilización de los recursos disponibles de atención sanitaria y de la comunidad. • Enseñar a poner límites acerca de las tareas diarias. • Buscar actividades de ocio. • Controvertir los sentimientos de culpabilidad. • Seguimiento para evaluar su estado.

Tabla 6: Cuidados dirigidos a familiares de personas con PEP. Elaboración propia a partir de (12,36).

4.2 Justificación

Disminución de la probabilidad de sufrir recaídas, establecer mejores conexiones y vínculos entre los miembros de la familia y la reducción de estrés o síntomas depresivos, son algunos de los beneficios que perciben los familiares de un paciente psiquiátrico y éste mismo si se aplicasen los cuidados enfermeros correctos a este tipo de familias.

Algunos de los objetivos a seguir por parte del equipo terapéutico con las familias con un miembro psiquiátrico son: un estado de salud físico y mental óptimo, sentimiento de bienestar y satisfacción con la vida, una vida social activa y saludable, con relaciones significativas y apoyo social y la ausencia de cualquier tipo de estigma social.

Tal y como se ha visto, para el paciente psiquiátrico existen varias técnicas de intervención, sin embargo, la familia presenta pocos tratamientos disponibles, siendo los cuidadores los más afectados psicológica y emocionalmente en el padecimiento de tales enfermedades.

En un primer brote psicótico, los familiares no saben cómo actuar, y aquí es donde entra el papel de la enfermería. La importancia de esta tarea aumenta cuando se es consciente de que, ante la prevención del desarrollo de esta sobrecarga, no sólo se mejora la calidad de vida de la familia, sino que también se progresa en el desarrollo de la enfermedad del paciente, mostrando así que una intervención temprana mejora la salud general de la familia.

Este proyecto educativo nace de la necesidad de mostrar la actualidad del tema, impulsar la necesidad de cambio y recursos en este servicio y mostrar la falta de información en los cuidados a los familiares con un miembro con PEP, donde muchas veces los familiares son el apoyo y salvavidas principal del enfermo, necesitando ellos también de cuidado y atención.

Los enfermeros son los encargados de la promoción, prevención y protección de la salud y, como se ha podido ver, no se insiste lo suficiente en dar información a las familias ni ofrecer los cuidados necesarios. Desde la enfermería se debe ofrecer asistencia y seguridad a los familiares, ya que estos muchas veces toman a los enfermeros como su modelo y ayuda. Además, se resalta la idea de que no se debe centrar sólo en el cuidado y atención al paciente, sino que la familia también debe ser objeto de cuidados.

5 Proyecto educativo

Se ha diseñado un proyecto educativo con el objetivo de implementar una mejora en los conocimientos de los familiares con miembros con un PEP acerca de los cuidados enfermeros, donde se realizarán talleres destinados a los familiares para ayudar a llevar la enfermedad de una manera más liviana y así reducir su sobrecarga y estrés.

5.1 Población y captación

5.1.1 Población diana

Población diana: La población idónea para este proyecto educativo serían todas las personas con algún familiar diagnosticado de PEP, como esto no es posible, esta población se restringe a un grupo de familiares reducido.

En 2015 un total de 10.163 pacientes acudieron a consultas sucesivas en el Centro de Salud Mental (CSM) de Getafe, donde 2.884 personas se presentaban a su primera consulta con un especialista mental siendo estas solicitadas o realizadas desde Atención Primaria. Por otro lado, en este mismo año, 33 pacientes recibieron psicoterapia de grupo, la cual incluye psicoterapia familiar (40).

Este proyecto será dirigido a 7 familias, con un máximo de 2 personas por cada una de ellas, siendo el máximo de 14 personas que puedan asistir. Es importante que acudan los 2 cuidadores principales del paciente, siendo indiferente el parentesco que sea, ya que estos cuidadores tienen una gran influencia en la vida diaria de sus familiares, lo que puede ser estresante y desafiante, por lo que es imprescindible proporcionarles capacitación y apoyo para mejorar su capacidad para cuidar de manera efectiva, prevenir el agotamiento y también para detectar y abordar recaídas de sus familiares.

Las sesiones educativas se implantarán en un aula del CSM de la localidad de Getafe, centro especializado y destinado al cuidado y atención de este tipo de pacientes, estando bien capacitado para la intervención. Esta aula contará con el espacio y material necesario para poder desarrollar las actividades. Los participantes deberán de cumplir los siguientes criterios de inclusión:

- Ser familiar de una persona con PEP.
- Ser mayores de 16 años.
- Disponibilidad por la tarde entre las 16:00 y las 17:30 h.

Con respecto a los criterios de exclusión se han establecido los siguiente:

- No encontrarse entre los 2 principales cuidadores del paciente con PEP.

5.1.2 Captación

La captación del proyecto educativo se realizará en CSM de Getafe, ubicado en el municipio de Getafe y perteneciente al barrio Juan de la Cierva. La directora del proyecto educativo, la cual es la creadora de este proyecto y enfermera, se encargará de comunicarse con el director del centro vía email (anexo 1) para informar del proyecto y obtener su aprobación. Una vez aprobado el proyecto, el director se dirigirá a los enfermeros y los invitará a participar para que lo impartan.

El material usado para esta recogida constará de material divulgativo, en concreto de dos folletos. En el primer folleto (anexo 2), de elaboración propia, se informa a los enfermeros especializados del proyecto educativo. Este folleto será facilitado a dichos profesionales por el director del centro. Una vez que los profesionales sanitarios estén informados, ellos mismo serán los encargados de reclutar e informar con el segundo folleto (anexo 3), de elaboración propia, a aquellas familias en las que sea conocido un primer episodio psicótico. A lo sumo, en el centro se dejará colgado el segundo folleto en los tablones de información para aquellas personas que cumplan con los criterios de inclusión.

Entre el material divulgativo, se encuentra el primer folleto destinado a los enfermeros especialistas (anexo 2), en el que constará la temática a tratar, los objetivos principales a cumplir, una breve explicación del proyecto, los contenidos y fechas en las que se impartirán las sesiones, además de la forma de inscribirse, la cual será enviando un correo electrónico. En el segundo folleto, a través del cual captaremos a la población diana (anexo 3), también aparecerá la temática principal, así como la fecha, la hora, el teléfono de referencia, el correo electrónico de contacto y el lugar donde se impartirán las sesiones. Asimismo, aparecerá el cronograma general del proyecto y cómo llevar a cabo la inscripción, la cual será rellenando un ficha de inscripción (anexo 4), de elaboración propia, que deberán entregar a sus enfermeros de referencia. En la hoja de inscripción aparecerán los datos necesarios de los dos familiares a los que van dirigidas las sesiones para llevar a cabo la inscripción.

La directora y creadora del proyecto educativo, la cual es una enfermera, será la responsable de elegir entre los profesionales interesados, quien se encargará de dar las sesiones a los

familiares, acordando con éste el contenido a impartir y la distribución de las sesiones. A su vez, el enfermero especializado en salud mental seleccionado, además de impartir las sesiones, será el encargado de elegir que familias participarán en el programa educativo comunicándoles su inclusión o exclusión.

5.2 Objetivos

5.2.1 Objetivo general

- Dotar de conocimientos, habilidades, herramientas y actitudes a los familiares de pacientes con PEP acerca de la enfermedad de su familiar.

5.2.2 Objetivos específicos

Área cognitiva:

- Adquirir por parte de la familia información precisa y actualizada sobre los primeros brotes psicóticos.
- Comprender mejor la enfermedad de su ser querido y cómo ayudarlo.
- Adquirir técnicas de manejo del estrés por parte de la familia.
- Conocer los recursos y enlaces a servicios de apoyo comunitarios, como grupos de apoyo para cuidadores y servicios de consejería.
- Describir un plan de emergencia en caso de crisis o recaída para que la familia sepa cómo responder y obtener ayuda si es necesario.

Área afectiva:

- Manejar mejor las emociones y necesidades por parte de la familia.
- Adquirir responsabilidad por parte de la familia en el plan de tratamiento de la persona enferma mental, incluyendo la colaboración con el equipo de atención médica y la identificación de objetivos a largo plazo.

Área de habilidades:

- Fomentar una comunicación abierta y efectiva por parte de los miembros de la familia hacia el paciente para mejorar la relación y reducir el estrés en el hogar.
- Demostrar la adopción de hábitos saludables y estrategias de afrontamiento de los miembros de la familia para mantener su propia salud mental y física mientras cuidan a su ser querido enfermo.

5.3 Contenidos

Los contenidos a tratar en el proyecto educativo serán:

- ¿Qué es un primer episodio psicótico?
- ¿Qué alteraciones se sufre a nivel orgánico en el desarrollo del PEP?
- Clasificación de los síntomas que se manifiestan.
- Grupos con mayor incidencia y morbilidad.
- Factores de riesgo.
- Pruebas médicas para diagnosticar la enfermedad.
- Tipos de tratamientos actuales.
- El impacto de la familia en el desarrollo de la enfermedad.
- Técnicas de relajación y la comunicación con el enfermo.
- La psicoterapia familiar.
- Cuidados enfermeros en el PEP.
- ¿Qué hacer en un brote de emergencia?
- Limitaciones en el PEP.
- Recursos, servicios y grupos de apoyo en el PEP.

5.4 Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales

5.4.1 Cronograma

A continuación, se muestra un cronograma general que muestra las diferentes fechas de las sesiones que forman el proyecto:

Tabla 7: *Cronograma general*

Sesión	Duración	Fecha
Sesión 1: Conociendo al paciente con PEP	16:00 – 17:30 h	Lunes 09 de octubre de 2023
Sesión 2: El impacto de la familia en el desarrollo de la enfermedad	16:00 – 17:30h	Lunes 16 de octubre de 2023
Sesión 3: Técnicas de relajación	16:00 – 17:30 h	Lunes 23 de octubre de 2023
Sesión 4: Comunicación con el enfermo	16:00 – 17:30 h	Lunes 30 de octubre de 2023
Sesión 5: Psicoterapia familiar	16:00 – 17:30 h	Lunes 06 de noviembre de 2023
Sesión 6: La familia y la enfermería	16:00 – 17:30h	Lunes 13 de noviembre de 2023
Sesión 7: Cuidados de enfermería	16:00 – 17:30 h	Lunes 20 de noviembre de 2023
Sesión 8: ¿Qué hacer en un brote de emergencia?	16:00 – 17:30 h	Lunes 27 de noviembre de 2023
Sesión 9: Recursos, servicios y grupos de apoyo en el PEP	16:00 – 17:30 h	Lunes 04 de diciembre de 2023
Sesión 10: Charla con el enfermero y la psicóloga clínica	16:00 – 17:30 h	Lunes 15 de enero de 2024

5.4.2 Participantes y docentes

En este proyecto se cuenta con la participación de 7 familias, de las cuales acudirán los 2 cuidadores principales del paciente, siendo el total de 14 familiares participantes.

Acerca de los docentes que impartirán las sesiones, se contará con un enfermero especialista en salud mental y un psicólogo clínico que impartirá la última sesión.

A continuación, se muestran a los profesionales que forman parte del proyecto presentado, junto con las tareas que realiza cada uno de ellos:

- **Directora del proyecto:** La directora y creadora del proyecto es enfermera. Su tarea consiste en planificar la intervención, establecer contacto con el responsable médico o director del centro de captación, preparar la documentación necesaria para informar y preparar el proyecto y asignar tareas al resto de los docentes involucrados. También se encarga de seleccionar al enfermero especialista que impartirá las sesiones con el que acordará el contenido de las sesiones a impartir por este, y se asegurará de que el proyecto avance según lo previsto. También es la encargada de apoyar a todo el equipo y garantizar que el estudio se desarrolle adecuadamente.
- **Docentes:** Se contará con 1 enfermero especialista en salud mental debidamente capacitado y especializado en el tema que se abordará. Este profesional trabaja actualmente en el CSM y será el responsable de impartir los contenidos y sesiones a los familiares, así como de comunicar la selección o exclusión en el proyecto de éstos. Además, llevará a cabo la evaluación intermedia de las sesiones, a fin de medir el nivel de comprensión y asimilación de los contenidos por parte de los participantes. Por otro lado, en una sesión acudirá un psicólogo clínico.
- **Evaluadores:** Constará de la directora del proyecto y el enfermero encargado de dar las sesiones haciendo una media de las actividades evaluativas que se realiza por sesión.

5.4.3 Lugar de celebración

Las clases educativas se llevarán a cabo en el CSM de Getafe, que es el lugar donde se reclutarán a los participantes. Se pedirá autorización al director del centro para enseñar el proyecto en una de las aulas disponibles que estarán equipadas con el espacio, instalaciones

y material necesario (ordenador, sillas, mesas, material de oficina, recursos tecnológicos visuales) para impartir las sesiones.

5.4.4 Actividades entre sesiones

Los ejercicios de relajación son unas de las actividades entre las sesiones, donde se debe proporcionar a las participantes técnicas de relajaciones, entre ellas la respiración profunda, para que puedan practicar en casa y lo lleven a la práctica en situaciones de la vida diaria que les produzca estrés y la ansiedad y así reducirlo.

En algunas sesiones también se realizarán grupos de discusión, debates o lluvia de ideas donde los familiares pueden compartir sus experiencias, dudas y recibir retroalimentación de los otros miembros del grupo. Además, se realizarán puestas en escena o puestas en práctica para ayudar a los familiares a comprender y manejar mejor los contenidos impartidos.

Por último, también se realizará una evaluación inicial en la primera sesión la cual será la misma a entregar en la última sesión, para así ver el cambio en los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas. Además, se entregarán evaluaciones al final de cada sesión para valorar si se han integrado las herramientas y habilidades impartidas, y en la última sesión se incluirá un cuestionario de satisfacción para conocer la opinión y calificación de los familiares de las sesiones impartidas y la utilidad final del proyecto educativo.

5.4.5 Contenidos de cada sesión

Tabla 8: Sesión 1: Conociendo al paciente con PEP.

CONTENIDOS	OBJETIVOS	MÉTODO – TÉCNICA	DURACIÓN	RECURSOS
Presentación del taller y de los asistentes	- Dar a conocer los objetivos. - Fomentar la participación y comprometida.	Técnica del ovillo: cada familiar se irá presentando ante los demás y expondrá una razón por la cual se ha animado a acudir al proyecto.	15 minutos	Recursos humanos: El director del proyecto y el personal de enfermería encargado de dirigir la actividad. Recursos materiales/organizativos: - Ovillo - Aula orientada en círculo
Evaluación inicial de conocimientos: 10 minutos (Anexo 5)				
Evaluación inicial de habilidades: 10 minutos (Anexo 6)				
Evaluación inicial de actitudes: 10 minutos (Anexo 7)				
Descanso: 5 minutos				
Conociendo al paciente con PEP	- Educar a la familia acerca de la enfermedad y de cómo puede impactar en la dinámica familiar. - Fomentar la comprensión y empatía.	Método o técnica expositiva: charla-coloquio: El enfermero encargado de impartir las sesiones dará teóricamente un marco teórico acerca del PEP.	20 minutos	Recursos humanos: El personal de enfermería encargado de dirigir la actividad. Recursos materiales/organizativos: - Aula orientada hacia la pizarra - Pizarra y diapositivas
Debate de lo aprendido en la sesión	- Dar a conocer las experiencias. - Sensibilizar a las familias acerca de la psicosis y sus efectos en las demás familias.	Método o técnica de análisis: debate: Los familiares opinarán acerca de la teoría impartida y debatirán si conocían alguna información dada o si lo expuesto guarda similitud con la realidad.	10 minutos	Recursos humanos: El personal de enfermería encargado de dirigir la actividad y el tiempo de turno de palabra de cada familiar. Recursos materiales/organizativos: - Aula orientada hacia la pizarra
Evaluación de la sesión: 10 minutos (Anexo 9)				

Tabla 9: Sesión 2: El impacto de la familia en el desarrollo de la enfermedad.

CONTENIDOS	OBJETIVOS	MÉTODO – TÉCNICA	DURACIÓN	RECURSOS
El impacto de la familia en el desarrollo de la enfermedad	- Fomentar la importancia de cuidar de uno mismo. - Enfatizar en la importancia de la comunicación abierta y honesta en la familia.	Método o técnica de investigación en el aula: tormenta de ideas: El enfermero antes de exponer los contenidos a dar irá realizando preguntas para conocer la opinión de las familias y contrastar si esto coincide con la teoría que dará después de cada tormenta de ideas Método o técnica expositiva: charla - coloquio El enfermero encargado de impartir las sesiones dará teóricamente el impacto de la familia en el desarrollo de la enfermedad.	45 minutos	Recursos humanos: El director del proyecto y el personal de enfermería encargado de dirigir la actividad y el tiempo de turno de palabra de cada familiar. Recursos materiales/organizativos: - Aula orientada hacia la pizarra - Pizarra y tiza
Descanso: 5 minutos				
Debate de lo aprendido en la sesión	- Dar a conocer las experiencias. - Sensibilizar a las familias acerca de la psicosis y sus efectos en las demás familias. - Comparar lo expuesto en el video con lo dado en la sesión.	Método o técnica expositiva: Video: El enfermero mostrará un video donde se habla del tema abordado de forma más visual (41). Método o técnica de análisis: debate: Los familiares opinarán acerca de la teoría impartida y el video expuesto y debatirán si conocían alguna información dada o si lo expuesto guarda similitud con la realidad.	30 minutos	Recursos humanos: El personal de enfermería encargado de dirigir la actividad y los tiempos de turno de palabra de cada participante. Recursos materiales/organizativos: - Aula orientada hacia la pizarra
Evaluación de la sesión: 10 minutos (Anexo 10)				

Tabla 10: Sesión 3: Técnicas de relajación.

CONTENIDOS	OBJETIVOS	MÉTODO – TÉCNICA	DURACIÓN	RECURSOS
Técnicas de relajación	- Proporcionar las herramientas y estrategias necesarias para manejar el estrés y la ansiedad. - Desarrollar habilidades para incorporar las técnicas de relajación en la vida diaria.	Método o técnica de desarrollo de habilidades: aprendizaje práctico: a la vez que los familiares realizan las distintas técnicas de relajación, el enfermero explica cómo ejecutar cada una.	45 minutos	Recursos humanos: El personal de enfermería encargado de dirigir la actividad y los familiares. Recursos materiales/organizativos: - Aula orientada en círculo.
Descanso: 5 minutos				
Debate de lo aprendido en la sesión	- Dar a conocer las experiencias.	Método o técnica de análisis: debate: Los familiares opinarán acerca de qué les han parecido los ejercicios y si les han sido útiles.	30 minutos	Recursos humanos: El personal de enfermería encargado de dirigir la actividad y los tiempos de turno de palabra de cada participante. Recursos materiales/organizativos: - Aula orientada en círculo.
Evaluación de la sesión: 10 minutos (Anexo 11)				

Tabla 11: Sesión 4: Comunicación con el enfermo.

CONTENIDOS	OBJETIVOS	MÉTODO – TÉCNICA	DURACIÓN	RECURSOS
Comunicación con el enfermo	- Mejorar la calidad de la comunicación entre el paciente y los familiares. - Establecer una comunicación abierta. - Fortalecer la relación entre el paciente y los familiares.	Método o técnica expositiva: charla – coloquio: El enfermero se encargará de presentar el contenido y realizará preguntas abiertas estimulando los comentarios.	45 minutos	Recursos humanos: El personal de enfermería encargado de dirigir la actividad y el tiempo de turno de palabra de cada familiar. Recursos materiales/organizativos: - Aula orientada hacia la pizarra. - Pizarra.
Descanso: 5 minutos				
Role – playing	- Desarrollar las habilidades de comunicación. - Mejorar la toma de decisiones. - Promover el aprendizaje activo.	Método o técnica de desarrollo de habilidad: role – playing: Un familiar voluntario simulará un escenario ficticio donde deberá actuar conforme a su juicio.	10 minutos	Recursos humanos: El personal de enfermería encargado de dirigir la actividad y el familiar voluntario. Recursos materiales/organizativos: - Aula orientada hacia la pizarra.
Debate acerca del role - playing	- Dar a conocer las distintas opiniones acerca de role – playing anterior. - Aclarar dudas.	Método o técnica de análisis: debate: Los familiares opinarán acerca de qué les han parecido los ejercicios y si les han sido útiles.	20 minutos	Recursos humanos: El personal de enfermería encargado de dirigir la actividad y los tiempos de turno de palabra de cada participante. Recursos materiales/organizativos: - Aula orientada hacia la pizarra.
Evaluación de la sesión: 10 minutos (Anexo 12)				

Tabla 12: Sesión 5: Psicoterapia familiar.

CONTENIDOS	OBJETIVOS	MÉTODO – TÉCNICA	DURACIÓN	RECURSOS
Psicoterapia familiar	- Identificar los problemas y beneficios que se pueden tratar con psicoterapia. - Conocer los beneficios y limitaciones de la psicoterapia familiar.	Método o técnica expositiva: charla – coloquio: El enfermero se encargará de presentar el contenido y realizará preguntas abiertas estimulando los comentarios.	45 minutos	Recursos humanos: El personal de enfermería encargado de dirigir la actividad y el tiempo de turno de palabra de cada familiar. Recursos materiales/organizativos: - Aula orientada hacia la pizarra. - Pizarra.
Descanso: 5 minutos				
Debate acerca del vídeo	- Dar a conocer las distintas opiniones acerca del vídeo anterior.	Método o técnica expositiva: video: El enfermero mostrará un video donde se habla del tema abordado de forma más visual (42). Método o técnica de análisis: debate: Los familiares opinarán acerca de qué les ha parecido el vídeo didáctico y si les ha sido útil.	30 minutos	Recursos humanos: El personal de enfermería encargado de dirigir la actividad y los tiempos de turno de palabra de cada participante. Recursos materiales/organizativos: - Aula orientada hacia la pizarra.
Evaluación de la sesión: 10 minutos (Anexo 13)				

Tabla 13: Sesión 6: La familia y la enfermería.

CONTENIDOS	OBJETIVOS	MÉTODO – TÉCNICA	DURACIÓN	RECURSOS
Debate acerca del vídeo	- Dar a conocer las distintas opiniones acerca del vídeo anterior.	Método o técnica expositiva: video: El enfermero mostrará un video donde se habla del tema abordado de forma más visual (43). Método o técnica de análisis: debate: Los familiares opinarán acerca de qué les ha parecido el vídeo didáctico y si les ha sido útil.	40 minutos	Recursos humanos: El personal de enfermería encargado de dirigir la actividad y los tiempos de turno de palabra de cada participante. Recursos materiales/organizativos: - Aula orientada hacia la pizarra.
Descanso: 5 minutos				
La familia y la enfermería	- La función de la enfermería en la salud mental. - Comprender la importancia de la relación enfermera – familia. - Identificar los roles y responsabilidades de la enfermera en la relación con la familia. - Promover la importancia del apoyo y la colaboración entre las familias y el personal sanitario.	Método o técnica de investigación en el aula: lluvia de ideas: Las familias propondrán ideas acerca de cómo creen que se relacionan la enfermería y la familia y qué beneficios pueden sacar de ello.	35 minutos	Recursos humanos: El personal de enfermería encargado de dirigir la actividad y el tiempo de turno de palabra de cada familiar. Recursos materiales/organizativos: - Aula orientada hacia la pizarra. - Pizarra y tiza.
Evaluación de la sesión: 10 minutos (Anexo 14)				

Tabla 14: Sesión 7: Cuidados enfermeros.

CONTENIDOS	OBJETIVOS	MÉTODO – TÉCNICA	DURACIÓN	RECURSOS
Cuidados enfermeros	- Aprender acerca del cuidado que pueden ofrecerle a su familiar. - Promoción de un estilo de vida saludable para la familia. - Consolidar una balanza entre la salud de la familia y la suya propia.	Método o técnica expositiva: charla – coloquio: El enfermero se encargará de presentar el contenido y realizará preguntas abiertas acerca del estilo de vida en la familia estimulando los comentarios.	35 minutos	Recursos humanos: El personal de enfermería encargado de dirigir la actividad. Recursos materiales/organizativos: - Aula orientada hacia la pizarra.
Descanso: 5 minutos				
Role – playing	- Comprender la importancia de los cuidados enfermeros. - Identificar los cuidados básicos que deben ofrecerles. - Entender la importancia de la comunicación efectiva entre personal y la familia.	Método o técnica de desarrollo de habilidades: role – playing: Un familiar voluntario creará junto con el enfermero un escenario ficticio consolidando así lo aprendido.	15 minutos	Recursos humanos: El personal de enfermería encargado de dirigir la actividad y el familiar voluntario. Recursos materiales/organizativos: - Aula orientada hacia la pizarra.
Debate acerca del role - playing	- Dar a conocer las distintas opiniones acerca del role – playing. - Aclarar dudas.	Método o técnica de análisis: debate: Los familiares opinarán acerca de qué les ha parecido el role - playing y si les ha sido útil.	25 minutos	Recursos humanos: El personal de enfermería encargado de dirigir la actividad y los tiempos de turno de palabra de cada participante. Recursos materiales/organizativos: - Aula orientada hacia la pizarra.
Evaluación de la sesión: 10 minutos (Anexo 15)				

Tabla 15: Sesión 8: ¿Qué hacer en un brote de emergencia?

CONTENIDOS	OBJETIVOS	MÉTODO – TÉCNICA	DURACIÓN	RECURSOS
¿Qué hacer en un brote de emergencia?	- Identificar los síntomas de un brote. - Conocer las opciones de tratamiento disponible. - Manejar la situación de emergencia.	Método o técnica expositiva: charla – coloquio: El enfermero se encargará de presentar el contenido y realizará preguntas abiertas estimulando los comentarios. Método o técnica expositiva: video: El enfermero mostrará un video donde se habla del tema abordado de forma más visual (44).	40 minutos	Recursos humanos: El personal de enfermería encargado de dirigir la actividad. Recursos materiales/organizativos: - Aula orientada hacia la pizarra. - Pizarra y tiza.
Descanso: 5 minutos				
Role – playing	- Mejorar la capacidad de toma de decisiones rápidas y efectivas. - Reforzar lo aprendido.	Método o técnica de desarrollo de habilidades: role – playing: Un familiar voluntario creará junto con el enfermero un escenario ficticio consolidando así lo aprendido.	15 minutos	Recursos humanos: El personal de enfermería encargado de dirigir la actividad y el familiar voluntario. Recursos materiales/organizativos: - Aula orientada hacia la pizarra.
Debate acerca del role - playing	- Dar a conocer las distintas opiniones acerca del role – playing. - Aclarar dudas.	Método o técnica de análisis: debate: Los familiares opinarán acerca de qué les ha parecido el role - playing y si les ha sido útil.	20 minutos	Recursos humanos: El personal de enfermería encargado de dirigir la actividad y los tiempos de turno de palabra de cada participante. Recursos materiales/organizativos: - Aula orientada hacia la pizarra.
Evaluación de la sesión: 10 minutos (Anexo 16)				

Tabla 16: Sesión 9: Recursos, servicios y grupos de apoyo en el PEP.

CONTENIDOS	OBJETIVOS	MÉTODO – TÉCNICA	DURACIÓN	RECURSOS
Recursos, servicios y grupos de apoyo en el PEP	- Identificar los recursos disponibles para el PEP. - Enseñar como acceder a los recursos. - Explicar los beneficios de los recursos. - Resaltar la necesidad de buscar ayuda profesional y apoyo comunitario - Destacar la importancia de la educación y la información para las personas con psicosis y sus familias	Método o técnica expositiva: charla – coloquio: El enfermero se encargará de presentar el contenido y realizará preguntas abiertas estimulando los comentarios.	15 minutos	Recursos humanos: El personal de enfermería encargado de dirigir la actividad. Recursos materiales/organizativos: - Aula orientada hacia la pizarra. - Pizarra y tiza.
Dudas: 20 minutos				
Evaluación de la sesión: 10 minutos (Anexo 17)				
Descanso: 5 minutos				
Evaluación final de conocimientos: 10 minutos (Anexo 5)				
Evaluación final de habilidades: 10 minutos (Anexo 6)				
Evaluación final de actitudes: 10 minutos (Anexo 7)				
Cuestionario de satisfacción: 10 minutos (Anexo 18)				

Tabla 17: Sesión 10: Charlas con el enfermero y la psicóloga clínica.

CONTENIDOS	OBJETIVOS	MÉTODO – TÉCNICA	DURACIÓN	RECURSOS
Charla con el enfermero especializado	- Consolidar los cuidados enfermeros aprendidos. - Realizar una revisión del proyecto. - Proporcionar retroalimentación - Presentar logros.	Método o técnica expositiva: charla – coloquio: El enfermero se encargará de presentar el contenido y realizará preguntas abiertas estimulando los comentarios.	25 minutos	Recursos humanos: El personal de enfermería y la psicóloga clínica encargados de dirigir las actividades. Recursos materiales/organizativos: - Aula orientada en círculo.
Descanso: 5 minutos				
Charla con la psicóloga clínica	- Identificar los problemas emocionales y psicológicos. - Desarrollar técnicas para abordar los problemas. - Identificar y cambiar patrones de pensamiento y comportamiento negativos.	Método o técnica expositiva: charla – coloquio: El enfermero se encargará de presentar el contenido y realizará preguntas abiertas estimulando los comentarios	60 minutos	Recursos humanos: El personal de enfermería y el personal de Psicología Clínica encargados de dirigir las actividades. Recursos materiales/organizativos: - Aula orientada en círculo.

5.5 Evaluación

5.5.1 Evaluación de la estructura y el proceso

Para medir el número de los asistentes al taller, se llevará a cabo una evaluación cuantitativa (Anexo 8) mediante el registro de los nombres de los familiares presentes y los ausentes, esto permitirá obtener una idea precisa de la captación del evento.

Se realizarán preguntas en el cuestionario de satisfacción acerca de la adecuación del lugar de la intervención, es decir, el aula del Centro de Salud, midiéndose así de forma cuantitativa (Anexo 18).

En cuanto a la idoneidad y la calidad de los educadores, esto se medirá también en el cuestionario de satisfacción (Anexo 18) impartiendo preguntas acerca de la efectividad de su labor, midiéndose también de forma cuantitativa.

Las fechas, horarios, número de sesiones, la calidad de los materiales utilizados, la participación de los discentes y los contenidos y técnicas educativas con respecto a los objetivos educativos, es decir, la adecuación del programa, se medirán de forma cuantitativa en el cuestionario de satisfacción (Anexo 18).

5.5.2 Evaluación de resultados

Para evaluar los objetivos educativos planteados en el área del conocimiento, habilidad y actitud en el desarrollo de cada taller, se realizará en cada sesión de forma sistemática: role – playings para que desarrollen habilidades; debates en grupo y meditación para desarrollar la actitud, y al final de cada sesión se realiza una evaluación final con el fin de medir el aprendizaje y como refuerzo de lo aprendido para los participantes tras cada sesión. (Anexos 9-17) para comprobar que los familiares han captado la información, midiendo así los conocimientos, habilidades y actitudes que puedan desarrollar en cada sesión.

Acerca de la evaluación a medio plazo de los objetivos educativos y los objetivos generales: se realizará una evaluación cuantitativa final, la cual es igual a la evaluación inicial (Anexos 5-7), para así ver los cambios que se han producido en los conocimientos, habilidades y actitudes de los familiares. Estos resultados medirán si se han cumplido estos objetivos.

Por último, en cuanto a la evaluación a largo plazo de los objetivos educativos y los objetivos generales, se verán de forma cualitativa con la auto observación de comportamientos (Anexo

19) que se desarrollarán en la última sesión con el profesional de Psicología Clínica, la cual será impartida con un margen mayor que las demás sesiones educativas para así poder evaluarlo posteriormente a lo aprendido, cuyo plazo será de 6 semanas después de la penúltima sesión.

6 Bibliografía

- (1) Torales J, Barrios I, García Franco O, López Ruiz RD, Torales J, Barrios I, et al. Características de pacientes con diagnóstico de primer episodio psicótico internados en un hospital universitario. *Rev virtual Soc Parag Med Int*. 2020; 09/7(2):34-40.
- (2) Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría. Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. 2014.
- (3) Brunozi NA, Souza SS, Sampaio CR, Oliveira Maier SRd, Silva LCVG, Sudré GA. Grupo terapéutico en salud mental: intervención en la estrategia salud de la familia. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019 -10-28;40.
- (4) Vallejo Ruiloba J, Bulbena Vilarrasa A, Menchón Magriña JM. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Elsevier; 2011.
- (5) Usán PB, Calvo MG, Belarre JCA, Español PT, Navarro MI, Iguaz AG. Eficacia de un programa de psicoeducación para familiares de personas con trastorno mental grave para reducir su sobrecarga. *Rev Esp Enferm salud ment*. 2020(14):1.
- (6) Ibáñez Rojo V. La intervención temprana en psicosis. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2018;38(133).
- (7) Fusar-Poli P. The Clinical High-Risk State for Psychosis (CHR-P), Version II. *Schizophr Bull*. 2017 -01;43(1):44-47.
- (8) Palaniyappan L. Inefficient neural system stabilization: a theory of spontaneous resolutions and recurrent relapses in psychosis. *J Psychiatry Neurosci*. 2019;44(6):367-383.
- (9) López MDI, Rivera MJC. Esquizofrenia. Fases, etiología, factores de riesgo y diagnóstico. E-IDEA 4.0 *Rev Multidiscip Faceten*. 2023;5(14):12-21.
- (10) Gutiérrez López M^a, Sánchez Muñoz M, Trujillo Borrego A, Sánchez Bonome L. Terapia cognitivo-conductual en las psicosis agudas. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2012;32(114):225-245.
- (11) Arango C, Bernardo M, Bonet P, Cabrera A, Crespo-Facorro B, Cuesta MJ, et al. When the healthcare does not follow the evidence: The case of the lack of early intervention programs for psychosis in Spain. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2017;10(2):78-86.
- (12) Comisión consultiva de cuidados de enfermería. Manual de procedimientos de enfermería de Salud Mental. 2nd. ed. Madrid. 2021.
- (13) National Institute of Mental Health, (NIMH). La esquizofrenia. 2021; Available at: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia>. Accessed Jan 17, 2023.
- (14) Beltrán Ramírez I, Galindo Osma G, Grandal E, López Gómez A, Ríos Solsona A. Aparición de un primer brote psicótico en la familia: aproximación desde el modelo sistémico. *Trab Soc Hoy*. 2017(81):83-102.
- (15) Andreu Pascual M, Vilaplana Pérez A, Pedrós Roselló A, Martínez Mollá P. Insight, sintomatología y funcionamiento neurocognitivo en pacientes con psicosis. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2018;38(134):491-508.
- (16) Jongsma HE, Gayer-Anderson C, Lasalvia A, Quattrone D, Mulè A, Szöke A, et al. Treated Incidence of Psychotic Disorders in the Multinational EU-GEI Study. *JAMA Psychiatry*. 2018 -01-01;75(1):36-46.

- (17) Movimiento REthinking, Alianza Otsuka-Lundbeck. Libro blanco de la intervención temprana en psicosis en España. 1st. ed. Madrid; 2018.
- (18) Román Avezuela N, Esteve Díaz N, Domarco Manrique L, Domínguez Longás A, Miguélez Fernández C, Portugal Ed, et al. Diferencias de género en el trastorno delirante. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2015;35(125):37-51.
- (19) Tizón JL, Artigue J, Parra B, Sorribe M, Ferrando J, Pérez C, et al. Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿Es posible realizar una detección preventiva? *Clin Salud.* 2008 05;19(1):27-58.
- (20) Sala A. Psicoterapia multifamiliar en la psicosis incipiente: Un enfoque interdisciplinar y comunitario. *Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.* 2020(241):63-83.
- (21) Zheng W, Zhang Q, Cai D, Ng CH, Ungvari GS, Ning Y, et al. Neurocognitive dysfunction in subjects at clinical high risk for psychosis: A meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2018 -08; 103:38-45.
- (22) Kimelman M. Apego normal, apego patológico y psicosis. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2019;57(1):43-51.
- (23) Carter P. Identifying patients at risk of psychosis. *Br J Gen Pract* 2021;71(704):108.
- (24) Üçok A. Treatment Principles of First-Episode Psychosis. *Noro Psikiyatr Ars.* 2021;58(Suppl 1): S12-S16.
- (25) Pérez Escudero A, Gil Molina S, Pina Camacho L, García-Cabeza I. Psicofarmacología de la Psicosis: Elección del Fármaco, Adherencia al Tratamiento y Nuevos Horizontes. *Clínica y Salud.* 2010 00;21(3):271-283.
- (26) Prado J, Gordillo M. Manual de urgencias psiquiátricas. 2nd. ed. Madrid. SEDUP; 2022.
- (27) Gómez-Revuelta M, Pelayo-Terán JM, Juncal-Ruiz M, Vázquez-Bourgon J, Suárez-Pinilla P, Romero-Jiménez R, et al. Antipsychotic Treatment Effectiveness in First Episode of Psychosis: PAFIP 3-Year Follow-Up Randomized Clinical Trials Comparing Haloperidol, Olanzapine, Risperidone, Aripiprazole, Quetiapine, and Ziprasidone. *Int J Neuro. Psycho. Pharmacol* 2020 -04-23;23(4):217-229.
- (28) Thibaudeau E, Raucher-Chéné D, Lecardeur L, Cellard C, Lepage M, Lecomte T. [Psychosocial Interventions for People with a First-Episode Psychosis: A Narrative and Critical Review]. *Sante Ment Que* 2021;46(2):217-247.
- (29) Lecomte T, Potvin S, Samson C, Francoeur A, Hache-Labelle C, Gagné S, et al. Predicting and preventing symptom onset and relapse in schizophrenia-A metareview of current empirical evidence. *J Abnorm Psychol.* 2019;128(8):840-854.
- (30) Gálvez Galve JJ. Revisión de evidencias científicas de la terapia cognitivo-conductual. *Medicina Natur.* 2009;3(1):13-19.
- (31) Fullana MA, Fernández L, Bulbena A, Toro J. Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Rev Med Clin.* 2012;138(5):215-219.
- (32) Garay Arostegui M, Pousa Rodríguez V, Pérez Cabeza L. La relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo y el autoestigma con la experiencia de recuperación de las personas con enfermedad mental grave. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2014 00;34(123):459-475.

- (33). Palma C, Gomis O, Farriols N, Frías Á, Gregorio M, Palacio A, et al. La Intervención Familiar Domiciliaria en Psicosis: Análisis Cualitativo de los Cambios Observados tras la Psicoterapia. Clin Salud. 2013;30(3):147-154.
- (34) Santos-Morocho J, Narbajo YG, Quiroz FR, Muirragui DL. Efectos psicológicos y emocionales en familias con un integrante esquizofrénico. Psique Mag. 2020;9(1):48-62.
- (35) Vega RZ. Psicología y familia. Cinco enfoques sobre la familia y sus implicancias psicológicas. Av en Psicol Latinoam. 2021;29(2):277-278.
- (36) Martínez Pizarro S, Martínez Pizarro S. Síndrome del cuidador quemado. Rev Clin Med Fam. 2020 00;13(1):97-100.
- (37) Ribé Buitrón JM, Pérez Téstor C, Muros Guijarro R, Nofuentes García C. Consideraciones acerca de la interpretación de la escala de Zarit en cuidadores de pacientes con esquizofrenia. Aten Primaria. 2018;50(7):443-444.
- (38) Gomis O, Palma C, Farriols N. Intervención domiciliaria y comunicación familiar en pacientes psicóticos. Psi Ara; 2019
- (39) Consuegra LD, López YS. La salud mental, la ética y los cuidados de enfermería. Medi Sur. 2022;21(1).
- (40) Salud Mental [Internet]. Comunidad de Madrid. 2017 [citado el 23 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/salud-mental>
- (41) Mental RVP. La Enfermedad Mental en tu Familia. Voz Pro-Salud Mental [Internet]. Youtube; 2016 [citado el 20 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=ezieSU5E5QE>.
- (42) Psicoterapia F. Psicoterapia de Familia. ¿Cómo puede ayudarte la Psicoterapia de Familia? [Internet]. Youtube; 2017 [citado el 20 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=RKJgevHtSwA>.
- (43) López S. La familia como unidad de cuidados de enfermería LEO 12 [Internet]. Youtube; 2018 [citado el 20 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=eHMrAbC_zU8.
- (44) Humana M. ¿Qué es un brote psicótico? Te lo explico [Internet]. Youtube; 2018 [citado el 20 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=uOauLheGGNc>.

Anexos

Anexo 1: Correo para el director del centro

Buenos días, mi nombre es Yarely Ramirez Castañeda, soy enfermera y le escribía para anunciarle que estoy trabajando en la parte teórica de un proyecto educativo sobre los cuidados enfermeros dirigidos a los familiares con un miembro con primer brote psicótico. Este proyecto cuenta con 10 sesiones para instruir a los familiares acerca de conocimientos básicos del primer episodio y fomentar habilidades para poder reducir así su estrés y sobrecarga. Con esta idea propongo que los enfermeros especialistas del Centro de Salud Mental impartan este proyecto dirigido a los familiares. Para ello, se necesita un aula del centro de salud equipada con proyector y lo suficientemente grande para realizar los talleres con 14 personas. Estaría muy agradecida si se llevase a cabo este proyecto en su centro de salud, ya que creo que es una oportunidad para educar a los familiares y prevenir un empeoramiento de su salud, y creo que su centro es el ideal para poder realizar este taller. Si está dispuesto a llevarlo a cabo, le enviaría los folletos que he diseñado para la reclutación de los enfermeros de su centro que estén interesados en impartir las sesiones, y otros folletos para repartir a los familiares que cumplan con los criterios de inclusión y estén interesados, así como la ficha necesaria para la inscripción.

Muchas gracias de antemano y un saludo.

En Madrid, a 21 de marzo de 2023.

yarely@hotmail.com

Anexo 2: Folleto destinado a los enfermeros del centro



CUIDADOS DE ENFERMERÍA DIRIGIDOS A FAMILIARES DE PACIENTES CON UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

CONOCIMIENTO, PREVENCIÓN Y RESPONSABILIDAD

DEL 9 DE OCTUBRE AL 15 DE ENERO DE 2023

SI ESTÁS INTERESADO ESCRÍBENOS A:
YARELLY@HOTMAIL.COM



MI NOMBRE ES YARELLY RAMÍREZ CASTAÑEDA Y SOY ENFERMERA.

HE DISEÑADO UN PROYECTO EDUCATIVO DIRIGIDO A LOS FAMILIARES DE PERSONAS CON UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO, EL CUAL CONSIDERO RELEVANTE IMPARTIR DESDE LA FIGURA DEL ENFERMERO ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL, POR LO QUE ESTARÍA INTERESADA EN VUESTRA PARTICIPACIÓN.

LA EJECUCIÓN DE ESTE PROYECTO APORTARÍA AL PACIENTE UNA MEJORA EN LA CALIDAD DE SU CUIDADO Y LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS. POR OTRO LADO, A LOS FAMILIARES LES APORTARÍA UNA DOTACIÓN DE CONOCIMIENTOS, HABILIDADES, HERRAMIENTAS Y ACTITUDES ACERCA DE LA ENFERMEDAD DE SU FAMILIAR.





EL PROYECTO CONSTA DE 10 SESIONES CON LAS SIGUIENTES FECHAS Y TEMAS A ABORDAR:

PROGRAMACIÓN

09 DE OCTUBRE	CONOCIENDO AL PACIENTE CON PEP
16 DE OCTUBRE	EL IMPACTO DE LA FAMILIA EN EL DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD
23 DE OCTUBRE	TÉCNICAS DE RELAJACIÓN
30 DE OCTUBRE	COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO
06 DE NOVIEMBRE	PSICOTERAPIA FAMILIAR
13 DE NOVIEMBRE	LA FAMILIA Y LA ENFERMERÍA
20 DE NOVIEMBRE	CUIDADOS ENFERMEROS
27 DE NOVIEMBRE	¿QUÉ HACER EN UN BROTE DE EMERGENCIA?
04 DE DICIEMBRE	RECURSOS, SERVICIOS Y GRUPOS DE APOYO EN EL PEP
15 DE ENERO	TERAPIA CON ENFERMERO ESPECIALISTA Y PSICÓLOGO CLÍNICO

SI DESEA AMPLIAR INFORMACIÓN PUEDE CONTACTAR CON EL EMAIL QUE APARECE EN LA CARÁTULA, Y A TRAVÉS DE ESTE, CONFIRMAR SI DESEA PARTICIPAR.



Anexo 3: Folleto destinado a los familiares interesados

CUIDA TU SALUD MENTAL Y LA DE TU FAMILIA



PROYECTO EDUCATIVO DESTINADO A FAMILIAS CON
MIEMBROS CON UN PRIMER BROTE PSICÓTICO



LUNES 06 DE NOVIEMBRE
AL 11 DE DICIEMBRE
DE 16:00 - 19:00 H



CENTRO DE SALUD MENTAL
AV DE LOS ÁNGELES, 53
28903, GETAFE, MADRID



YARELLY@HOTMAIL.COM



916823012

PROGRAMACIÓN

09 DE OCTUBRE	CONOCIENDO AL PACIENTE CON PEP
16 DE OCTUBRE	EL IMPACTO DE LA FAMILIA EN EL DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD
23 DE OCTUBRE	TÉCNICAS DE RELAJACIÓN
30 DE OCTUBRE	COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO
06 DE NOVIEMBRE	PSICOTERAPIA FAMILIAR
13 DE NOVIEMBRE	LA FAMILIA Y LA ENFERMERÍA
20 DE NOVIEMBRE	CUIDADOS ENFERMEROS
27 DE NOVIEMBRE	¿QUÉ HACER EN UN BROTE DE EMERGENCIA?
04 DE DICIEMBRE	RECURSOS, SERVICIOS Y GRUPOS DE APOYO EN EL PEP
15 DE ENERO	TERAPIA CON ENFERMERO ESPECIALISTA Y PSICÓLOGO CLÍNICO



SI ESTAS INTERESADO, PÍDENOS LA HOJA
DE INSCRIPCIÓN Y ENTRÉGASELO A TU
ENFERMERO DE REFERENCIA. TAMBIÉN
PUEDES ESCANEAR ESTE CÓDIGO QR
PARA MÁS INFORMACIÓN:



Anexo 4: Ficha de inscripción al proyecto

FICHA DE INSCRIPCIÓN

Desde el Centro de Salud Mental de Getafe queremos invitarle a ser partícipe del proyecto educativo "Cuidados enfermeros a familiares con miembros con un primer brote psicótico". Para ello es importante que rellene la ficha que se adjunta con sus datos, así como otro componente de la unidad familiar, si lo desea. Es importante que ambos familiares sean los cuidadores principales del familiar enfermo, para que así sea de utilidad. Una vez rellena, por favor, entréguela a su enfermero de referencia.

En todos los casos, el paciente que recibe el seguimiento en el centro de salud tiene que autorizar a que se invite a la familia al proyecto, la negativa implicará la imposibilidad de participar en el proyecto.

Si necesita mas información nuestro número de teléfono es 916823012. También podéis enviar un correo electrónico a yarely@hotmail.com , y se os contestará lo antes posible.

Nombre y Apellidos _____

Dirección: _____

E-mail: _____

Teléfonos: _____ / _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

OTRO MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR:

Nombre y Apellidos _____

E-mail: _____

Teléfonos: _____ / _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos lo sujeto participantes, se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

En cualquier momento podrá solicitar que los datos sean eliminados enviando un correo electrónico a yarely@hotmail.com

Fecha y firmas de lo familiares:

Firma del paciente:

_____/_____

Anexo 5: Evaluación inicial y final del desarrollo de conocimientos

EVALUACIÓN INICIAL Y EVALUACIÓN FINAL

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

1. SEÑALE CUAL DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS NO PERTENECE AL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO:

- a. Debe durar entre un día y un mes.
- b. La fase prodrómica es la fase más importante.
- c. Las alucinaciones auditivas son las más comunes.
- d. No cumplir con el tratamiento farmacológico no aumenta las exacerbaciones.

2. SEÑALA LA MANIFESTACIÓN CLÍNICA QUE NO SE ENCUENTRA ENTRE LOS SÍNTOMAS DE LA PSICOSIS:

- a. Delirios persecutorios.
- b. Dificultad en atender.
- c. Dificultad en comunicarse.
- d. Disminución del círculo social.

3. ¿QUÉ MEDICAMENTOS PUEDEN ESTAR INDICADOS PARA LA PSICOSIS?:

- a. Antipsicóticos, benzodiacepinas y antidepresivos.
- b. Benzodiacepinas, anticoagulantes y antidepresivos.
- c. Antipsicóticos, benzodiacepinas y heparina.
- d. Antidepresivos, anticoagulantes y heparina.

4. SEÑALA LA FALSA:

- a. Tener a un familiar enfermo aumenta los niveles de estrés y sufrimiento.
- b. Tener a un familiar enfermo puede producir sobrecarga.
- c. Tener a un familiar enfermo puede producir un aumento de la calidad de vida del cuidador.
- d. Es importante centrarse en las repercusiones físicas y psicológicas del enfermo y cuidador.

5. LA EMOCIÓN EXPRESADA:

- a. Es un término que muestra la relación entre la actitud de los cuidadores hacia el familiar y el ambiente emocional del paciente.
- b. Es un indicativo de la calidad de la relación entre familia y enfermero.
- c. Una alta emoción expresada está relacionada con diálogos abiertos y comentarios positivos.
- d. Una baja emoción expresada está relacionada con un mayor riesgo de recaídas y de cronicidad.

6. ACERCA DE LA FAMILIA ES FALSO QUE:

- a. La familia es la principal responsable de las conductas que aprendemos en la infancia.
- b. Existen ciertas dinámicas familiares que se mantienen a lo largo de nuestra vida.
- c. Las dinámicas se deben examinar y cambiar para ayudar al confrontamiento de la enfermedad.
- d. La familia no es responsable de las conductas que aprendemos en la infancia.

7. NO AYUDA A DISMINUIR LA SOBRECARGA:

- a. No acudir a grupos de apoyo.
- b. Favorecer la salud física, emocional y social.
- c. Buscar actividades de ocio.
- d. Enseñar a poner límites.

8. ES FALSO QUE LA PSICOTERAPIA:

- a. Mejora los vínculos familiares.
- b. Transmite desprotección.
- c. Ofrece técnicas para gestionar las crisis que puedan suceder.
- d. Persevera el tratamiento.

9. EN LA PSICOTERAPIA INCENTIVAN:

- a. El diálogo cerrado.
- b. La monofonía.
- c. La intolerancia a la incertidumbre.
- d. La elaboración de nuevas narrativas.

10. NO ES UN FACTOR COMÚN EN LAS FAMILIAS CON UN FAMILIAR CON PSICOSIS:

- a. Desgaste emocional, físico y psicológico.
- b. Frustración.
- c. Relaciones sociales abundantes.
- d. Estigma social.

CORRECCIÓN DEL TEST	
1.	D
2.	C
3.	A
4.	C
5.	A
6.	D
7.	A
8.	B
9.	D
10.	C

Anexo 6: Evaluación inicial y final del desarrollo de habilidades

Nombre y apellidos _____
¿Cómo puede ayudar a su familiar a manejar los síntomas?
¿Cómo debe actuar ante un episodio psicótico de emergencia?
¿Cómo puede ayudar a su familiar a lidiar con la ansiedad o el miedo que acompaña su enfermedad?
¿Cómo puede comunicarse con su familiar de manera efectiva durante un episodio psicótico?
¿Cómo puede buscar ayuda profesional para su familiar y para usted como cuidador?

Anexo 7: Evaluación inicial y final del desarrollo de actitudes.

TEST DE ACTITUD

A CONTINUACIÓN, TE PRESENTAMOS UNA TABLA CON DIFERENTES AFIRMACIONES. DEBES DETERMINAR LA FRECUENCIA EN LA QUE TE OCURRE LO QUE INDICAN CADA UNA DE ELLAS.						
NOMBRE Y APELLIDOS: _____						
N.º	ÍTEM	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	Me afecta la enfermedad de mi familiar.					
2	La enfermedad de mi familiar afecta en mi vida cotidiana.					
3	La enfermedad de mi familiar afecta en la dinámica de mi familia.					
4	La enfermedad de mi familiar ha afectado en nuestra relación.					
5	La enfermedad de mi familiar ha afectado en mi relación con mis amigos.					
6	He buscado apoyo emocional y/o terapéutico para mí.					
7	He buscado apoyo emocional y/o terapéutica para mi familia.					
8	Me siento preocupado/a por el bienestar de mi familiar con brote psicótico.					
9	Me siento abrumado/a o triste por la situación de mi familiar.					
10	Me siento frustrado/a con la enfermedad de mi familiar.					
11	Me siento cansado/a o agotado/a por cuidar a mi familiar.					
12	Me siento estresado/a por las demandas de cuidado que implica la enfermedad de mi familiar.					
13	Me siento confiado/a en mi capacidad para ayudar a mi familiar a lidiar con su enfermedad.					
14	Me siento esperanzado/a en cuanto a la evolución de la situación de mi familiar.					
15	Me siento seguro/a de que mi familia y yo podemos superar los desafíos que presenta la enfermedad de nuestro familiar.					
16	Me siento apoyado/a por el equipo médico que trabaja con mi familiar.					
17	He hablado con otros miembros de mi familia sobre cómo me siento con relación a la enfermedad de mi familiar.					
18	He hablado con mis amigos de la enfermedad de mi familiar.					
19	Me siento agradecido por los recursos y apoyo que he recibido en relación con la enfermedad de mi familiar.					
20	He sentido que necesito más información o apoyo emocional para lidiar con la situación de mi familiar.					

Anexo 8: Registro de asistencia

Nº	Apellidos y Nombre	Sesión										Firma
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												

Anexo 9: Evaluación de la sesión 1

SESIÓN 1: CONOCIENDO AL PACIENTE CON PEP

Nombre y apellidos _____

ÁREA DE CONOCIMIENTOS
1. ¿Qué tratamiento farmacológico puede recibir una persona con PEP?
ÁREA DE HABILIDADES
2. ¿Qué le dirías a tu familiar si te manifiesta que ve cosas que tu no ves, es decir, tiene alucinaciones visuales?
ÁREA DE ACTITUDES
3. ¿Cómo describirías tu actitud hacia tu familiar en esa situación?

Anexo 10: Evaluación de la sesión 2

SESIÓN 2: EL IMPACTO DE LA FAMILIA EN EL DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD

Nombre y apellidos_____

ÁREA DE CONOCIMIENTOS
1. ¿En qué se basa la comunicación abierta?
ÁREA DE HABILIDADES
2. ¿Si estás teniendo una conversación con un familiar y no fluye de manera efectiva, y comienzan a discutir, ¿cómo manejarías la situación y qué consejo le darías a tu familiar?
ÁREA DE ACTITUDES
3. ¿Cómo le expresarías a tu familiar que una situación te ha sobrepasado?

Anexo 11: Evaluación de la sesión 3

SESIÓN 3: TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

Nombre y apellidos _____

ÁREA DE CONOCIMIENTOS
1. ¿Cuánto tiempo tiene que durar el intervalo de inspiración-espiración para relajarnos?
ÁREA DE HABILIDADES
2. Si estas en casa y se produce una situación que te genera estrés, ¿cómo empezarías con la técnica de relajación profunda?
ÁREA DE ACTITUDES
3. ¿Cómo puede adoptar una actitud positiva hacia la práctica de técnicas de relajación, incluso si al principio parece difícil o incómodo?

Anexo 12: Evaluación de la sesión 4

SESIÓN 4: LA COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO

Nombre y apellidos _____

ÁREA DE CONOCIMIENTOS
1. ¿Cuál es el primer paso para establecer una comunicación abierta con su familiar?
ÁREA DE HABILIDADES
2. Si en algún momento su familiar en una discusión se pone agresivo, ¿Cómo actuaría?
ÁREA DE ACTITUDES
3. ¿Cómo puede adoptar una actitud empática y comprensiva hacia su familiar a pesar de los desafíos que puedan presentarse en su relación?

Anexo 13: Evaluación de la sesión 5

SESIÓN 5: PSICOTERAPIA FAMILIAR

Nombre y apellidos _____

ÁREA DE CONOCIMIENTOS
1. Nombra 3 beneficios de la psicoterapia familiar.
ÁREA DE HABILIDADES
2. Describe al menos una habilidad de comunicación adquirida durante la sesión de psicoterapia y cómo la aplicas a una situación cotidiana que suceda con su familiar.
ÁREA DE ACTITUDES
3. ¿Cuál es tu actitud hacia la psicoterapia familiar? ¿Estás abierta/o a participar en ella para apoyar a tu familiar y mejorar la dinámica familiar? Si es así, ¿cómo podrías adoptar una actitud positiva y colaborativa durante la terapia familiar para lograr el mejor resultado posible para tu familiar y tu familia en general?

Anexo 14: Evaluación de la sesión 6

SESIÓN 6: LA FAMILIA Y LA ENFERMERÍA

Nombre y apellidos _____

ÁREA DE CONOCIMIENTOS
1. Nombra 3 roles que la enfermera puede adoptar en relación con la familia.
ÁREA DE HABILIDADES
2. ¿Qué harías para comunicarte de manera efectiva con la enfermera, brindar información relevante sobre el estado de su familiar y colaborar en el cuidado y tratamiento de su ser querido?
ÁREA DE ACTITUDES
3. ¿Crees que la enfermera puede ser un recurso valioso y un apoyo en el proceso de recuperación de su familiar?

Anexo 15: Evaluación de la sesión 7

SESIÓN 7: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Nombre y apellidos _____

ÁREA DE CONOCIMIENTOS
1. ¿Cómo puede llevar a cabo un estilo de vida saludable para su familia? Di 3 ejemplos.
ÁREA DE HABILIDADES
2. ¿En qué áreas del cuidado (actividades básicas o instrumentales de la vida diaria) de tu familiar eres capaz de ejercer un apoyo para su desempeño?
ÁREA DE ACTITUDES
3. ¿De qué manera podrías estar dispuesto a escuchar y valorar la opinión de la enfermera que brinda atención a su familiar, reconociendo su experiencia y formación en el cuidado de personas con esta condición, para que así puedas colaborar con ella en el cuidado de su ser querido y mejorar su bienestar?

Anexo 16: Evaluación de la sesión 8

SESIÓN 8: ¿QUÉ HACER EN UN BROTE DE EMERGENCIA?

Nombre y apellidos _____

ÁREA DE CONOCIMIENTOS
1. Nombra 3 signos que muestran que su familiar pueda manifestar en un nuevo brote.
ÁREA DE HABILIDADES
2. ¿Qué harías si tu familiar empieza a mostrar una alteración del lenguaje?
ÁREA DE ACTITUDES
3. ¿Eres capaz de reconocer la condición de tu familiar y aceptar que estos síntomas son parte de su enfermedad? ¿Qué estrategias utilizas para mantener la calma y la paciencia mientras ayudas a tu familiar a lidiar con los síntomas?

Anexo 17: Evaluación de la sesión 9

SESIÓN 9: RECURSOS, SERVICIOS Y GRUPOS DE APOYO EN EL PEP

Nombre y apellidos _____

ÁREA DE CONOCIMIENTOS
1. Nombra 3 beneficios de los recursos, servicios o grupos de apoyo para familiares con personas con PEP.
ÁREA DE HABILIDADES
2. ¿Cómo contactarías con los recursos, servicios o grupos de apoyo para familiares de personas con psicosis?
ÁREA DE ACTITUDES
3. ¿Estás familiarizado/a con los recursos y servicios de emergencia que están disponibles en tu comunidad?

Anexo 18: Cuestionario de satisfacción

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

INTRUCCIONES: VALORE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES CON UNA ESCALA DEL 1 AL 5, EN EL QUE 1 CORRESPONDE A “TOTALMENTE EN DESACUERDO” Y 5 A “TOTALMENTE DE ACUERDO”.

N.º	ÍTEM	PUNTUACIÓN				
		1	2	3	4	5
1	Las sesiones se han llevado a cabo con puntualidad.					
2	Los contenidos han sido suficientes para mejorar mis conocimientos.					
3	Los contenidos han sido los suficientes para mejorar mis habilidades.					
4	Estoy satisfecho con la organización de los contenidos.					
5	La estructura del programa ha sido satisfactoria.					
6	El dominio de los educadores del tema tratado ha sido el adecuado.					
7	Me han gustado los medios utilizados (técnicas, vídeos y material).					
8	El aula donde se han impartido las sesiones era de fácil acceso, cómoda, segura y mantenía privacidad.					
9	Las fechas y el horario de las sesiones era la adecuada.					
10	El número de sesiones ha sido el idóneo.					
11	Las prácticas estaban relacionadas con los conceptos teóricos.					
12	Estoy satisfecho con las prácticas realizadas.					
13	He adquirido nuevos conocimientos, habilidades y competencias con respecto al tema tratado.					
14	El proyecto ha despertado mi interés por el tema.					
15	La comunicación entre el docente y los alumnos ha sido satisfactoria.					
16	Las sesiones han motivado mi participación en las clases.					
17	Las sesiones han mejorado mi capacidad para tratar con mi familiar.					
18	La asistencia a las sesiones me ha permitido comprender mejor los contenidos.					
19	Valoración global de las sesiones.					
20	Recomendaría este proyecto a personas que estén pasando por la misma situación.					

Anexo 19: Evaluación a largo plazo del proyecto educativo

Nombre del familiar	Cuestión 1	Cuestión 2	Cuestión 3	Cuestión 4	Cuestión 5
1:					
2:					
3:					
4:					
5:					
6:					
7:					
8:					
9:					
10:					
11:					
12:					
13:					
14:					

Escala de la evaluación:

- 1: No ha interiorizado esa competencia/habilidad
- 2: Ha comprendido la cuestión
- 3: Ha interiorizado y domina la competencia/habilidad

Cuestiones:

1. Identifica situaciones de riesgo que conducen a una posible descompensación de la enfermedad.
2. Reconoce la relevancia de demostrar y cultivar empatía hacia la enfermedad de su ser querido.
3. Comprende la relevancia de mantener una comunicación efectiva.
4. Comprende la importancia de la familia y otras personas cercanas al paciente en su situación actual.
5. Es capaz de lograr un estado de relajación tras una situación con su familiar que le produce estrés.

