

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL
EN SALUD MENTAL COMUNITARIA**

Trabajo de Final de Máster.

**REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN SALUD MENTAL COMUNITARIA
PARA UNA PERSONA CON MÁS DE 65 AÑOS.
RESPETO HACIA SU DECISIÓN**

Autora: María Torrecilla Hernández

Tutor: Jaime Andrés Fernández

Fecha de depósito: 09-10-15



Resumen:

En el presente TFM se ha revisado diferente bibliografía especializada en el campo de la Salud Mental, la transformación en la asistencia a las personas que padecen una enfermedad mental, la Rehabilitación Psicosocial y los principios básicos por los que se debe regir. Siguiendo esos principios se pretende reclamar la necesidad de cumplimentar el Plan Individual de Rehabilitación (PIR) en salud mental comunitaria, para una persona mayor de 65 años; ya que es la edad límite establecida para recibir dicha atención. Esta petición se respalda principalmente en la Declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS, “Empoderamiento del usuario de salud mental”.

Por otro lado se presenta el PIR que está desarrollando la persona sujeto de este estudio en la actualidad, y el cual, tanto ella, como sus familiares y técnicos consideramos que es necesario que ejecute, antes de que se produzca su derivación a un recurso para Mayores (entendido como mayores de 65 años).

Para hallar la bibliografía que respalda la petición de la sujeto se utilizaron portales webs, libros y revistas propias de Salud Mental entre otras fuentes.

Para diseñar su PIR se realizaron entrevistas con la propia persona, con sus familiares y se consultaron informes clínicos aportados por los mismos.

Palabras clave:

Empoderamiento, Rehabilitación Psicosocial, Estrategia en Salud Mental y Plan de Salud.

Abstract

This master's degree final Project has been done doing some research in specialized mental health bibliography, the transformation of assistance given to people with mental illness, the psychosocial rehabilitation and the basic principles that should be followed. Following these principles we aim to claim the necessity of doing the Individual Rehabilitation Plan (IRP) in the mental health community, to people older than 65 years old; because this is the borderline age to receive this attention. This request is mainly supported by "User empowerment in mental health" a statement by the WHO Regional Office for Europe.

On the other hand we have the IRP developed by the human subject of this study nowadays. This IRP as well have its relatives and experts consider that it is necessary to be done before its derivation occurs to a resource for older (understand as over 65).

In order to find bibliography that supports the request of the human subject web portals, books and mental health magazines were used in other resources.

In order to design their IRP interviews with the person, his relatives and clinical reports were consulted provided by the same.

Keywords:

Empowerment, Psychosocial Rehabilitation, Mental Health Strategy and Health Plan.

Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria para una persona con más de 65 años. Respeto hacia su decisión

Relación de la autora con el estudio.

El Trabajo Fin de Máster que presento pretende cumplir con lo establecido en la guía didáctica y normativa académica del Máster Universitario en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria, por la Universidad Jaume I, haciendo referencia al carácter integrador de las competencias formativas, conjugando los intereses personales, los estudios realizados y las experiencias alcanzadas.

Tras acceder al Máster, en la modalidad de orientación profesional y contactar con mi tutor, Jaime Andrés Fernández, acordamos el tema del estudio en función de mi relación con él. Mi relación con el tema del estudio se debe al cargo que desempeño como enfermera en el Centro de día de la Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental del Noroeste (de la Región de Murcia) (AFEMNOR) y en el Centro de día de Mayores “Virgen de las Maravillas” de Cehegín, municipio de la comarca del Noroeste de la Región de Murcia, España.

Debido a mi relación laboral con la población con enfermedad mental y la población anciana, me parecía muy interesante fusionar ambas poblaciones. Me resultó muy fácil la elección final de la temática concreta. El caso único que presento es un caso real y actual; que me abrió la curiosidad de la idoneidad del modo de actuar que debemos seguir según lo estipulado por el Instituto Murciano de Acción Social.

En principio la persona sujeto de este estudio al haber cumplido más de 65 años deberá derivarse a un servicio de atención a mayores, donde el entrenamiento y la rehabilitación de la persona adquieren un carácter distinto de la rehabilitación psicosocial en salud mental comunitaria.

La idea que persigo en el presente Trabajo Fin de Máster es la defensa de la decisión de la persona protagonista de este caso único. Pues afirma que necesita alcanzar su recuperación mediante la continuidad de su Plan Individual de Rehabilitación psicosocial, y que por el momento, no desea que se produzca la derivación.

Yo realizo mi labor como enfermera en ambos ámbitos, conozco la manera de actuar y los fines que se persiguen. En ambos servicios podría integrarse socialmente con facilidad; pero en este caso concreto, por el momento la necesidad que premia en la persona es la de recuperarse mediante su rehabilitación en salud mental.

Estoy de acuerdo y defiendo la necesidad de hacer más flexibles los requisitos para las derivaciones e incorporaciones en los recursos asistenciales. Defiendo la idea de que primero es la persona en su totalidad (su opinión, su interés, su necesidad, etc.), y después los condicionantes más rígidos (como la edad, lugar de residencia, etc.).

En un primer lugar mi intención era poder diseñar o proyectar una vía de actuación para casos similares al expuesto en el presente estudio. Dada la magnitud del propósito y las dificultades que íbamos a hallar en el camino, mi tutor y yo nos centramos en presentarlo como caso único de esta persona en concreto. Aún así mantengo que la idea es necesaria, innovadora, reivindicativa y empoderadora.

Índice

1. Introducción	7
a. Justificación	8
b. Marco Teórico	11
2. Objetivos	16
3. Material y Método.	
a. Material	17
b. Método	50
4. Resultados	51
5. Conclusión	52
6. Agradecimientos	53
7. Referencias bibliográficas	54
8. Anexos	60

Introducción

1. Introducción.

La evolución en la atención en Salud Mental (SM) que se ha experimentado en España, se inició en la década de los ochenta, guiándose del Informe Ministerial para la Reforma Psiquiátrica y de la Ley General de Sanidad de 1986. Años más tarde, tenía lugar en Helsinki, la Conferencia Interministerial convocada por la OMS, la Comunidad Europea y el Ministerio de Salud de Finlandia. La Conferencia entre otros fines, concluyó en un Plan de Acciones, a partir del cual se desarrollaría la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. (Gómez Beneyto, 2007; Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia, s.f. y Fernández de Sevilla Otero, 2014).

A nivel regional, también en la década de los ochenta, cambia la Asistencia a la Salud Mental, desarrollándose una red comunitaria de centros de salud mental y que son constituidos por equipos multidisciplinares. Se publican las “Bases para un Plan de Transformación de la Asistencia Psiquiátrica y Atención a la Salud Mental en la Región de Murcia” (Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia, s.f.).

Por otro lado, fue en esta misma década, cuando surgió la entidad sin ánimo de lucro de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). Producto de la unión de distintas asociaciones del territorio nacional y de la cual Murcia es integrante. (FEAFES, 2012).

Las distintas asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental empiezan a cobrar vida con la desinstitucionalización de las personas con enfermedad mental y su regreso a la comunidad; ya que dicha desinstitucionalización no fue asociada a la creación de recursos comunitarios de atención en salud mental.

La desinformación y el estigma social (e incluso familiar) que rodeaba a estas enfermedades hicieron que las distintas familias se agrupasen y desarrollasen medidas

de afrontamiento a tales situaciones y de apoyo. Ya que la figura de la familia pasó a ser el principal recurso para el cuidado. (Fernández, Touriño, Benítez y Abelleira, 2010).

La importancia que deriva de tal responsabilidad y la gran carga que esto supone, hace de los familiares un agente determinante para la evolución de estas patologías. Suponen un pilar de merecida relevancia para la búsqueda de su colaboración con los servicios de salud mental, y así, desarrollar conjuntamente un plan de rehabilitación, acordado con el paciente y sus cuidadores principales (en su ambiente natural), centrado tanto en las necesidades médicas y psicológicas que presente, como en las necesidades de información, inclusión y reinserción social en su medio más próximo (Gómez Beneyto, Ruiz Rodríguez, Luz Palacios, Freund Llovera y Fernández Liria, 2012; Fernández, et al., 2010).

Esta asistencia no podría darse sin la proliferación de servicios de rehabilitación, que surgió también después de la vuelta a la comunidad de las personas con enfermedad mental. En estos momentos ya no sólo se trataba de controlar los síntomas de la enfermedad, si no que se buscaba proporcionar a dichas personas técnicas de afrontamiento útiles que les concedieran vivir en su entorno natural y de una manera satisfactoria.

1.1. Justificación.

La Rehabilitación Psicosocial permite a las personas con trastorno mental grave (TMG) complementar el tratamiento farmacológico ambulatorio, mediante intervenciones psicológicas y psicosociales basadas en la práctica clínica y la evidencia científica (Fernández, et al., 2010). El objetivo que se persigue con tal rehabilitación es la recuperación del paciente/usuario. Debemos de entender el concepto de una manera más general, ya que lo que implica es el desarrollo de las capacidades de la persona, el fomento de la toma de

decisiones, el autocontrol y la autodeterminación. (Shepherd, Boardman y Slade, 2008).

La idea de recuperación implica una nueva esencia en la rehabilitación de la persona con enfermedad mental, ya que se sustenta en la salud, la fortaleza, el bienestar y la esperanza, para acompañar a la persona en el camino a su “re-descubrimiento” (Fernández, et al., 2010). El proceso de recuperación está ligado al proceso de inclusión social, participando y disfrutando de un rol social con sentido para sí mismo y que le aporte satisfacción. Esto no se consigue solo, y de ahí, la necesidad de caminar a su lado, apoyándole desde la profesionalidad y la empatía. Además requiere un cambio de actitudes y adquisición de destrezas nuevas por parte de los profesionales (Sánchez Pilonieta, 2002; Gómez Beneyto, 2007), para trabajar juntos desde la igualdad y conseguir su empoderamiento y recuperación.

Es un proceso completamente individualizado donde se han tener en cuenta la gran variabilidad de factores que convergen en la vida de la persona. (Fernández, et al., 2010; Shepherd, Boardman y Slade, 2008).

De forma inherente a la vida y, de lo que no nos podemos olvidar en el acompañamiento del camino de nuestros usuarios, es el envejecimiento. Éste forma parte del eje conductor del presente Trabajo Fin de Máster (TFM).

En el mundo una de cada diez personas tiene 60 años o más en la actualidad; y se prevé que para el 2050 se habrá duplicado (e incluso en ciertas zonas el aumento será mayor) como aportan Alvarado García y Salazar Maya (2014) y el documento “Envejecimiento Activo. Libro Blanco” (2011). En Murcia ya en 2015 se estima una esperanza de vida para las personas de 65 años una media de 20,1 años (Consejería de Sanidad y Consumo, 2010). Aunque es

conocido que las personas con enfermedad mental poseen una esperanza de vida menor (Vargas, 2011) es necesario que se tenga en cuenta este aumento de la población para la programación de intervenciones de prevención, promoción de la salud y rehabilitación, que fomente la autonomía de las personas.

En la Región de Murcia, como órgano coordinador de los Servicios Sociales disponemos del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS) que establece el servicio de “prestaciones sociosanitarias para el enfermo mental, cualquiera que sea su edad, condición etc.” (Consejería de Sanidad y Consumo, s.f.) vinculado además al desarrollo de los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental.

Siguiendo estos fines, uno de los dispositivos de atención en Salud Mental de la Región de Murcia son los Centros de día. En la Comarca del Noroeste de la Región, de donde procede la persona sujeto de este estudio, la Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental del Noroeste (AFEMNOR) ofrece sus servicios de rehabilitación Psicosocial como uno de estos Centros de día.

Adriana es usuaria del Centro desde hace dos años y lleva desarrollando una atención en rehabilitación propia a sus necesidades, adaptada a su enfermedad y recibiendo la asistencia psicológica que necesita. Adriana tiene 66 años, ha rebasado el límite de edad establecido en 65 años para la atención en Salud Mental; a pesar de existir documentación que no lo apoye, como se señala a lo largo del presente estudio. En este caso único se demanda (Constitución española, 1978), por parte de Adriana, el que se respete su decisión desde el IMAS de permanecer en un recurso de SM, durante el tiempo

que precise para realizar su Plan Individual de Rehabilitación (PIR), y mientras que su edad no sea la causa principal de su estado de salud. Ya que en la actualidad, debido a los cambios demográficos resulta difícil definir con precisión cuándo se deja de ser adulto y se empieza a ser persona mayor (Envejecimiento Activo. Libro Blanco, 2011).

1.2. Marco Teórico.

A continuación en nuestro Marco Teórico vamos a desarrollar la bibliografía que apoya esta petición. Comenzamos con un nivel más general, que continúa implicando al gobierno regional, con ciertas modificaciones que deben de producirse para conseguir una atención más integral y que empodera a sus ciudadanos. Continuaremos con las recomendaciones de la OMS sobre el empoderamiento de las personas con enfermedad mental y finalizaremos concretando de nuevo sobre el caso único que protagoniza este TFM.

En el enfoque del Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia se reflejan ciertos condicionantes que pueden impactar, de una forma considerable, en el nivel de salud de la ciudadanía. De ellos derivan los objetivos de *reforzar los abordajes transversales* de las patologías crónicas, desarrollando entre otras medidas los niveles asistenciales rehabilitadores; y el objetivo de *promocionar la capacitación e implicación del paciente* y su entorno con su enfermedad, mediante intervenciones individuales y grupales. En ninguno de los objetivos aquí hallados se establecen límites por patologías, ni por sexo, ni por edades, ni por ningún otro tipo.

Además en este mismo documento se expresa que el sistema sanitario murciano, para responder a las expectativas de los ciudadanos y ciudadanas, y

avanzar con la ciencia, debe de modificar sus procedimientos actuales y sus recursos.

Puede servir como mecanismo para que el gobierno regional introduzca cambios en su legislación, como los anteriormente sugeridos, y eliminar los obstáculos sociales, la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de las Naciones Unidas (2006), ya que en dicha Convención se promueve; la eliminación de las barreras existentes para la participación, el ejercicio de sus derechos, promocionar las condiciones para la máxima independencia y desarrollo de su plena capacidad mental y social, entre otras.

Eliminar barreras es un ejercicio constante para el Sistema Sanitario español, centrándonos más concretamente en el ámbito comunitario de la Salud Mental, éste debe guiarse por los principios básicos de *accesibilidad* (incluyendo la edad expresamente), *continuidad y recuperación personal*, entre otros (Gómez Beneyto, 2007). A ellos se deben unir los principios inspiradores de la Estrategia Española sobre Discapacidad aún vigente (Estrategia Española sobre Discapacidad 2012-2020), que son:

- *Igualdad* como ausencia de discriminación directa o indirecta, y el derecho a ser distinto (Envejecimiento Activo. Libro Blanco, 2010);
- *Vida independiente*, ejercer el poder de decisión sobre su propia existencia y el reconocimiento de la autonomía de las personas para poder escoger su proyecto de vida;
- *Participación*;
- *Eficiencia y eficacia*, que debido al gran impacto económico que supondría el fin de este TFM para toda la población, nos limitamos a que se produzca en este caso único;

- *Transversalidad* de las políticas en materia de discapacidad, en donde se tendrán en cuenta las demandas y necesidades; siendo en este caso *compatible* además, ya que en este momento concreto el recurso de rehabilitación AFEMNOR, no dispone de lista de espera; ya hay una continuidad con el caso (pues lleva asistiendo al servicio dos años), y se encuentra integrada y avanzando favorablemente en su plan de rehabilitación individual.

Debido al hecho de que Adriana desea que se respete su decisión de desarrollar su PIR durante el tiempo que necesite para conseguir su “recuperación”, poder llevar a cabo su Proyecto de vida (que más adelante señalaremos) y desenvolverse con autonomía en la comunidad de forma normalizada y satisfactoria para sí misma; el otro eje conductor del presente TFM es el empoderamiento.

El empoderamiento lo podemos definir como un mecanismo, una habilidad, un proceso mediante el cual se persigue el aumento de poder de decisión, control sobre sus propias vidas y actuación para los ciudadanos, las organizaciones y la sociedad en general (Sánchez Pilonieta, 2002; El empoderamiento no es un destino, sino un camino, 2009; Rodríguez Beltrán, 2009 y OMS, 2010). Resaltando que este concepto contextualiza el poder de manera intrínseca en la persona; es decir, el poder sale de dentro (Rodríguez Beltrán, 2009); nadie otorga desde fuera ese poder a otro ser u organización; si no que es propio de sí mismo, nace y se encuentra en el interior de cada uno.

Para que tenga lugar el empoderamiento de las personas con enfermedad mental, o más concretamente, los usuarios de los servicios de salud mental, es preciso deshacernos de las barreras formales e informales que sostienen el

antiguo modelo paternalista y sobreprotector de familiares y profesionales; que también es pro dependencia e incapacitante. Para ello se necesita la transformación de las relaciones de poder entre la persona y lo que ó quien le rodea. Es un proceso de gran envergadura, pues debe ser paralelo y multidimensional, para que tanto a nivel individual como grupal se consiga el conocimiento y control de sus propias vidas. Ya que se trata de romper con la impotencia y fomentar la autodeterminación y la autonomía. De no ser así, los esfuerzos por el empoderamiento serán en balde y el estigma, la discriminación y la marginación seguirán estando presentes y mermando la autoestima y salud de las personas con enfermedad mental.

Empoderar a la persona con enfermedad mental incluye que la persona sea participe en la elección de su tratamiento, que los tratamientos sean efectivos y asequibles; que los pueda rechazar, que se involucre activamente en la planificación y evaluación de los servicios que disfrute; que pueda elegir a sus cuidadores; y diseñen y planifiquen conjuntamente su plan de atención, para alcanzar sus propias metas y objetivos ([El empoderamiento no es un destino, sino un camino], 2010). El empoderamiento “puede actuar como factor de protección en situación de riesgo, incluso cuando el nivel de estrés es elevado” (OMS, 2010).

Dado que en la misma Declaración de Empoderamiento de la OMS ya se refleja la importancia de que, tanto usuarios como familiares, aboguen por su derecho a “servicios accesibles y adecuados”, el presente TFM no busca otro fin, más que se considere la posibilidad de respetar la decisión de (nombre del caso) de seguir desarrollando su PIR y recibir la asistencia que necesita; mediante su continuidad en el servicio que se la viene prestando, aunque sea mayor de 65

años; pues tiene “derecho al reconocimiento como persona ante la ley sin ninguna discriminación” (OMS, 2010).

El Estado empieza a mostrar y asumir progresivamente modos de vida en los que el empoderamiento comienza a tener un valor social e individual significativo. Si adoptamos la bibliografía consultada con optimismo se podría ver una posibilidad para la consecución de los objetivos del presente TFM.

Objetivos

2. Objetivo General.

Empoderar y apoyar a Adriana en el desarrollo de su Plan Individual de Rehabilitación Psicosocial, mediante atención especializada y así, conseguir que vuelva a confiar en sí misma, querer vivir como ciudadana de pleno derecho y hacerlo con la mayor calidad de vida posible.

2.1. Objetivos Específico.

Respaldar mediante bibliografía científica y especializada la petición de Adriana de permanecer en centro de rehabilitación psicosocial en Salud Mental Comunitaria.

2.2. Objetivos Específico.

Desarrollar el Plan Individual de Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental que Adriana necesita para conseguir su estabilización, aunque sea mayor de 65 años.

Material y Método

3. Material.

Estudio observacional de caso único, intervenciones intra caso. Para la selección de la muestra se estableció la condición de que fuese mayor de 65 años. Dentro de la muestra final se seleccionó en función de varios factores:

- Mayor edad, por fecha de nacimiento.
- Riesgo inmediato en el usuario de producirse la derivación a un recurso distinto de los disponibles de Salud Mental.
- Petición expresa del caso y de la familia.

La muestra seleccionada cumple los requisitos establecidos para la elección final. Siendo el riesgo en un futuro inmediato de riesgo de suicidio. Necesita recibir atención en salud mental, en lugar de ser derivada a un servicio de mayores, tal y como lo dispone el límite de edad establecido para los recursos de atención comunitaria a través del IMAS. La persona ha expresado en varias ocasiones su no disposición a cambiarse de servicio, “me cambiarían en contra de mi voluntad”.

A continuación damos paso al desarrollo del PIR como uno de los objetivos específicos propuestos y como elemento esencial para la consecución del fin general del presente TFM.

Para la elaboración inicial del PIR se han realizado numerosas entrevistas con la usuaria sujeto, sus familiares y mediante el aporte de informes clínicos. Continuándose con el seguimiento individual y mediante desarrollo de los objetivos propuestos por Adriana para su proyecto de vida.

Desarrollo del PIR

Plan Individualizado de Rehabilitación

Nombre y apellidos: Adriana

Edad: 65 años.

F.Nacimiento: 24 de Noviembre

Diagnóstico: Episodio Depresivo Grave con Síntomas Psicóticos (F 32.3) y Trastornos del Humor (Afectivos) Persistentes.

Fecha de Ingreso: Diciembre de 2013

1.Motivo de la Derivación y Objetivos.

Mujer con alrededor de 65 años de edad en seguimiento en el Centro de Salud Mental (CSM) desde hace unos 20 años, diagnosticada de Episodio Depresivo Grave con Síntomas Psicóticos y Trastorno del Humor (Afectivo) Persistente. Sólo ha precisado tratamiento (tto) en régimen hospitalario durante los años 2006, 2007 y 2013. Se propone además de tratamiento farmacológico su incorporación al Centro de día para terapia psicológica de apoyo.

2.Clínica- Historia Clínica: Inicio y desarrollo. Tratamientos.

La primera vez que acude a la especialidad de Psiquiatría fue en torno a los 26 años de edad por “crisis leves de depresión”. Tratada con medicación oral se mantuvo estable (con pequeñas rachas de mayor tristeza) hasta 20 años después. Era ama de casa, madre de tres hijos y mantenía buena relación con su familia. Llevaba una vida completamente normalizada.

Durante los siguientes 10 años es tratada por trastorno afectivo con importante componente ansioso; aunque persiste únicamente el tto ambulatorio. Tras el acompañamiento de uno de sus hijos en una hospitalización comienza a sentirse muy ansiosa, inútil, sin ser capaz de mantener la concentración y con la sensación de que iba a recaer. Produce tentativa de suicidio, sin nota de despedida, cuando se encontraba sola. No tenía tentativas previas. Es ingresada por primera vez en Hospital Psiquiátrico (2006).

En 2007 es ingresada de nuevo y es tratada con TEC. Recibe TEC de mantenimiento y es dada de alta por mejoría. Revisiones periódicas en CSM y se mantiene estable durante 5 años, a pesar de vivir acontecimientos muy dolorosos. Se produce un nuevo ingreso por descompensación de origen ansioso, aunque a la observación predomina el cuadro depresivo. Presenta pérdidas de memoria, deambulación dificultosa, tal vez hipersedada por la medicación. Los niveles de ansiedad subjetivos son muy intensos, provocando agobio e impotencia a sus familiares. Tras ajuste farmacológico y tratamiento TEC, mejor anímicamente, cesan las somatizaciones y disminuye la ansiedad. No refiere ideas autolíticas ni heterolíticas al alta.

En 2013 sucesivas descompensaciones con numerosos ingresos. Miedo por volver a hacerse daño. Se suspende tratamiento con TEC por mala respuesta. Se produce un nuevo intento de suicidio, con la necesidad de ingresar de forma urgente en medicina digestiva. Se traslada a Hospital Psiquiátrico donde la culpa y el arrepentimiento indican posible fenómeno disociativo de la esfera psicótica. Un mes después se produce un ingreso voluntario por angustia psíquica, ideas de culpa, autolíticas y rumiación continua en clave negativa. Se suspende medicación contraindicada para la buena realización de TEC y se retoma este tratamiento. Evolución favorable. Presenta amnesia secundaria a TEC, aunque ya la presentaba debido a TEC de mantenimiento. Se reajusta tto farmacológico. Alta por mejoría.

Adriana señala como problemas principales, la ansiedad, sentirse nerviosa y el ser una carga para su familia. Prefiere estar sola para no molestar a nadie y no hacer el ridículo cuando habla con terceros. Le preocupa intensamente la pérdida de memoria que alcanza los dos meses aproximadamente.

En las entrevistas familiares destaca una buena red de apoyo, aunque con uno de los hijos mantiene menos relación y al parecer eso le angustia. Tras los ingresos Adriana siempre pasa una temporada en casa de alguno de sus hijos hasta que pasa un tiempo, observan estabilidad, incluso mayor confianza por ella misma, y entonces vuelve a su domicilio. En esta ocasión no es así; acudiendo una cuidadora durante las tardes (ya que durante las mañanas se encuentra en AFEMNOR) y por las noches se encuentra sola. Esto se debe a que sus familiares más directos viven en otras localidades y se encuentran en un periodo de sobrecarga del cuidador muy elevado en ese momento secundarios a sentimientos de culpa y desazón ante el último (y más grave) intento de suicidio.

Se intenta hacer intervenciones de corte psicoeducativo de conciencia de enfermedad, adherencia al tto y conciencia de lo perjudicial que le resulta su aislamiento y evitación de las relaciones interpersonales. Tras el alta hospitalaria desconfía y abandona el tto psicológico desde su CSM. Se deriva a Centro de día.

A su incorporación al Centro de día Adriana lleva prescrito el siguiente tto farmacológico:

- Imipramina 75mg 1-1-1
- Paroxetina 20mg 1-1-0
- Flurazepam 30mg 0-0-1
- Levomepromazina 25 mg si precisa
- Ketazolam 30 mg 1-0-1
- Sucralfato 1000mg 1-1-1
- Enalapril 10 mg 1-0-0
- Atorvastatina 10mg 0-0-1
- Lansoprazol 30mg 1-0-0

3.Historia Personal y Socio Familiar.

Biografía recogida de entrevistas con Adriana y sus familiares.

Antes de la primera entrevista con Adriana, acude una de sus hijas para pedir información y para hablarnos de su madre; ya que le han derivado desde el Hospital Psiquiátrico pero no conocía el recurso con anterioridad. Según ella Adriana es una mujer muy afable con la gente y cree que se adaptará fácilmente.

Nos cuenta que Adriana tiene alrededor de 65 años, es viuda, vive sola en una casa de tres plantas que es de su propiedad. Es autónoma para moverse por su casa y para hacer pequeñas compras. Necesita ayuda pues presenta ciertas dificultades en las que ella o su otra hermana intervienen. A pesar de vivir en lugares distintos mantienen una buena y activa relación, ya que hablan diariamente por teléfono y le visitan prácticamente todos los fines de semana. Posee como único ingreso una pensión por viudedad, por lo que también le ayudan económicamente en algunas ocasiones.

Conocemos a Adriana y en una de las entrevistas nos narra su Historia de Vida. Su familia la formaban sus dos padres y sus dos hermanas. La mayor murió a los 20 meses de vida por Tifus, por lo que ni la conoció. Seguidamente estaba ella, y ya la menor. Afirma que sus padres eran personas muy reservadas, les gustaba poco participar con la gente del pueblo y eran muy “correctos”. La relación de Adriana con sus padres era buena, aunque tensa (sobre todo con la madre). Con el tiempo se fueron distanciando, debido a que “tenía un carácter muy fuerte” y presentaban intereses distintos. Ambas hermanas fueron escolarizadas. Cuando era adolescente cuenta que tuvo su primer contacto con psiquiatría pues padeció “como un brote” que no sabe narrar (pues le ocultaron la información) y no hay constancia de ello reflejada en ningún informe.

Debido a la situación en la que vivía en casa con sus padres (“estaba desesperada por su forma de vida”) a los 24 años Adriana se fugó con su marido. No les permitían casarse debido a que no aprobaban la relación de noviazgo que tenían. De esta manera, “haciendo un escándalo” ya no le podían seguir impidiendo que se casaran, pues de no hacerlo estarían “deshonrando a sus familias al vivir en pecado”. Se mudaron de localidad para formar su propia familia y rehacer sus vidas.

Al poco tiempo su hermana menor siguió el ejemplo de Adriana. También se fugó de su casa producto de la necesidad de huída.

Al poco tiempo de casarse tuvieron a su primera hija y en menos de diez años, ya eran familia numerosa. Adriana cuenta que esos fueron los mejores años de su vida y los recuerda con mucha nostalgia. A pesar de que fue ahí cuando comenzó a visitar a un Psiquiatra pues sentía ansiedad y tristeza sin motivo aparente. Sabía que necesitaba ayuda, debido a los antecedentes familiares que más adelante detalla.

Llevaba seguimiento ambulatorio desde que comenzó a ir a consulta, aproximadamente a los 26 años; y no tuvo ningún ingreso hospitalario hasta 2006.

Afirma que durante 2007 a 2012 aproximadamente estuvo mejor y se sentía fuerte porque debía cuidar a su marido y de sí misma. Su esposo fue diagnosticado de Cáncer en 2003, primero de faringe y después de pulmón, que finalmente acabó con su vida en 2009. En 2011 ella es diagnosticada de Cáncer de mama, es intervenida en cirugía y se realiza reconstrucción mamaria.

Adriana narra que 2003 fue en año muy duro para ella; pues además del diagnóstico de su marido, perdió a su hermana que padecía Trastorno de Depresión Mayor. A la edad de 55 años murió por defenestración. “Ella estaba más mala que yo”.

Tras la muerte de su hermana menor, la relación de Adriana con su madre fue a peor, pues ésta última empeoró su estado de Salud Mental, negándose a ser tratada, y acusaba de no lamentar la defunción a la persona sujeto de este TFM.

A los años tuve una época muy mala, “sentía que todos estarían mejor si yo no siguiese viviendo”. Aproveché la ocasión que tuvo para realizar la primera tentativa mediante ingesta masiva de fármacos. No lo hablaba con nadie, no carta de despedida, no auxilio. Informé a una familiar de lo sucedido a consecuencia de la insistencia de ésta.

La segunda vez fue en una situación parecida. Necesité ser ingresada en Medicina digestiva tras ingesta de fármacos y productos cáusticos; presentaba heridas incisivas en ambas muñecas.

Información aportada por familiar:

Según su familiar todo lo detallado por Adriana es lo que conoce y puede aportar con informes. Era muy pequeña cuando empezó todo, pero mi madre nos ha ido contando “cosillas” a lo largo de los años.

Durante la enfermedad del padre, Adriana tuvo una época muy estable, ya que él la necesitaba. Pero su muerte fue un proceso muy doloroso.

Pasado un tiempo, mi madre estableció nuevas amistades con vecinas y con un grupo de mujeres bordadoras. Siempre le ha gustado bordar, aunque ya no lo hace y abandonó dichas relaciones. Presentaba aislamiento social intenso desde 2012.

Actualmente vive sola, se encuentra estable desde que empezó a acudir al Centro de día. Está más activa, con ganas de hacer cosas. Queda con frecuencia con otras personas para salir cuando hay algún evento en su localidad. Se preocupa por su imagen. Y desea permanecer en este recurso para continuar con sus metas y su rehabilitación.

La vivencia del transcurso de la enfermedad la definen literalmente como “fatal”. Relacionada con sentimientos de culpa hacia su madre y hacia lo demás (su propia vida), por no “saber hacer” y por abandono. Tras los ingresos Adriana se instalaba temporalmente en casa de sus familiares más próximos, hasta que considerasen por oportuno su vuelta a casa sola. Después del último intento se decidió que volviese a su domicilio con la compañía de una tercera persona y su incorporación inmediata a la rehabilitación psicosocial.

Confiesan que descansaron cuando comprendieron que era producto de la enfermedad y le extrajeron voluntariedad a los acontecimientos sucedidos.

4. Antecedentes Personales y Familiares.

Somáticos: No HTA, ni DM. No AMC. Intervenida de Cáncer de mama hace 4 años. Ingresada hace un año por Neumonía durante un mes en estado grave. Abandona el consumo de tabaco Presenta episodios depresivos recurrentes desde hace más de 20 años con fenómenos de esfera psicótica desde hace unos 10 aproximadamente. Ha tenido varios ingresos desde 2006 hasta 2013. Algunos intentos autolíticos, de diversas formas. Ha recibido TEC, y ha seguido durante un tiempo con mantenimiento.

Familiares: Familiar de 2do grado suicidio por defenestración. Dos familiares de 3er grado suicidio por ahorcamiento. Ambos padres con sospecha de trastorno mental no diagnosticados. Padre fallecido en 2010 y madre con demencia senil.

Psicobiografía: Estudió hasta bachiller. No ha trabajado fuera del hogar. Viuda, madre de tres hijos y tres nietos.

5. Situación Actual.

Exploración Clínica: Abordable, colaboradora con las entrevistas, adaptada y con intención de continuar con su PIR, iniciado en 2014. Correcta adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad. Posee un Grado I, por lo que no ha sido

protegible hasta Julio de 2015 (petición en curso). Se solicita además valoración de discapacidad (también en curso).

Autocuidados: Mantiene su higiene personal de forma autónoma y correcta. Viste de forma adecuada acorde con las actividades a realizar durante el día. Necesita establecer nueva relación con la comida pues tiende a la ingesta de dulces de forma diaria y por rutina. Importante sobrepeso. Sueño estable con medicación.

Actualmente el mayor agente ansioso que le influye es la escasa relación con uno de sus hijos y su familia. Está pasando por un periodo de mayor tensión de lo habitual pues tiene un acontecimiento familiar importante y se muestra más nerviosa de lo habitual. Desconoce si esta parte de su familia asistirá o no y le inquieta. Ha retomado el hábito tabáquico. Comenzó con aproximadamente tres cigarrillos al día hace cuatro meses; ahora fuma entre medio y un paquete diario.

El resto de sus relaciones sociales son totalmente cordiales, mostrándose afable, educada y muy respetuosa con todos. Presenta dificultad en el inicio de conversaciones y temor a hacer el ridículo con sus aportaciones en grupos grandes o en los que desconoce su punto de vista previamente. En estos casos se limita a no intervenir.

Capacidades cognitivas conservadas con limitaciones en memoria a corto y medio plazo. La orientación espacio-temporal comprometida, secundario a TEC.

En cuanto a su Autonomía básica; es autónoma en sus cuidados básicos. Presenta limitación respecto al transporte público, pues afirma utilizar sólo si va acompañada. Maneja su dinero.

Autonomía social: No tiene ninguna actividad de ocio, permanece en casa y sale a dar paseos de una hora aprox. de duración (con el objetivo de adelgazar). Lleva una pequeña temporada que sale con algunos compañeros cuando hay actividades de ocio en su localidad.

Capacidad laboral. Sería capaz, aunque nunca lo ha hecho.

Conciencia de enfermedad adecuada pues conoce sus síntomas, sabe identificarlos, conoce su tratamiento farmacológico y hay correcta adherencia.

Soportes sociales: Buen soporte familiar, pues las partes que sí están implicadas siempre están disponibles. No tiene una red de amigos ajenos al centro. La relación con el vecindario no es significativa. No realiza ninguna actividad de soporte porque afirma estar demasiado cansada fuera del horario del centro y no le apetece. Sí que mantiene gustarle las salidas a pasear.

Formulación del caso

Hipótesis de origen.

Adriana presenta varios antecedentes familiares de depresión y suicidio. Tuvo al parecer un brote psicótico cuando era joven del que no hay constancia en ningún informe. Siendo su primer contacto con Psiquiatría.

Es diagnosticada de Depresión a los 26 años, cuando tenía dos hijos pequeños. Vivía sola con su marido y los niños. Su marido estaba siempre fuera por trabajo, por lo que ella se encargaba tanto del hogar como de la crianza de sus hijos con escaso apoyo.

A lo largo de su vida ha mantenido una relación tensa con la madre, que empeora tras la pérdida de su hermana menor por defenestración; pero la oculta al resto de la familia para evitar otros problemas y/o discusiones. Durante este periodo de tiempo vive otras dificultades intensas como el Cáncer de su marido y realiza tentativa de suicidio, sin nota de despedida, ni reclamo de auxilio. A los años fallece su esposo y ella cae enferma de Cáncer de mama. Tras superarlo vive una época estable y se descompensa, necesitando numerosos ingresos. Realiza otra tentativa; esta vez más grave. Se produce derivación a Centro de día y comienza su rehabilitación psicosocial.

Hipótesis de mantenimiento.

En función del testimonio de Adriana y los datos obtenidos de otras fuentes detectamos como problemas principales en la actualidad el riesgo de tentativa de suicidio por la visión pesimista del futuro reforzado por no comunicar sus necesidades , su ideación (cuando la hay) y no mostrar señales de alarma cuando realiza las tentativas; la escasa o nula relación que mantiene con uno de sus hijos mantenido por la evitación como mecanismo de afrontamiento y reforzado por la negativa por parte del familiar a que se produzca la comunicación entre ellos, cuando Adriana lo ha intentado. Y otra área problema que debemos de trabajar es la escasa relación social que mantiene fuera de su círculo familiar más próximo y del centro, reforzada por su temor a hacer el ridículo cuando interviene con un grupo.

Objetivos e Intervenciones

Objetivos Final de Rehabilitación: Vivir de forma completamente autónoma, en su vivienda, sin necesidad de convivir con terceras personas. Ocupándose del funcionamiento y cuidado de su hogar. Potenciar su autosuficiencia económica mediante la obtención de una pensión no contributiva (PNC).

Objetivo Urgente: Disminuir el riesgo de tentativa de suicidio manifestado por indicadores en instrumentos de medida específicos.

- Acción Urgentes: Continuar con rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria.
- Acción Urgente: Vigilar intensamente el comportamiento de la variable extraña (Comunicación con familiar de escasa relación; ya que es el agente ansiogénico principal en la actualidad).

Necesidades de intervención: Seguimiento ambulatorio intenso; Nula relación que mantiene con uno de sus hijos; y escasa red social de apoyo fuera del entorno familiar y del centro. Potenciar su autosuficiencia económica.

Problema	Objetivos	Acciones	Profesional	Cumpl.	Evaluación
Riesgo de tentativa de suicidio. (Seguimiento Ambulatorio Intensivo)	Evaluar riesgo inmediato de tentativa.	Entrevista individual con Adriana para hallar el riesgo real que presenta mediante instrumentos específicos.	Psicóloga.	SI	Escala de Sad Persons. (Pattersons, 1983). Escala de Plutchick (Rubio et al, 1998)
	Solicitar recurso al incluir al Grado I como protegible.	Informar a los familiares del cambio de situación. Formalizar la petición de recurso.	Trabajador social en coordinación con los familiares.	SI SI	Petición en curso
	Informar a los inspectores del IMAS su necesidad e interés de continuar con rehabilitación psicosocial en Salud Mental.	Aportar interés y necesidad de asignación de plaza en recurso de Salud Mental a pesar de ser mayor de 65 años. Realizar Informe Clínico desde la visión de los profesionales.	Trabajador Social, Psicóloga y Psiquiatra.	SI SI	Información enviada con registro de entrada en Septiembre de 2015
	Acompañar, vigilar y controlar en entorno natural	Intervención familiar. Frecuente contacto con familiares para valoración del estado fuera del centro, y opinión de su estancia cuando	Trabajador Social, Psicóloga y Enfermera (gestora del	SI SI	Entrevista con los familiares, seguimiento telefónico. Observación,

		<p>asiste.</p> <p>Vigilancia y control en entorno natural.</p> <p>Inclusión en Escuela de Familias.</p> <p>Entrenamiento en HH de comunicación para los familiares.</p> <p>Control de la frustración y el sentimiento de culpa.</p> <p>Evaluación de las necesidades de los familiares</p>	<p>caso)</p> <p>Familiares.</p> <p>Psicóloga y Enfermera</p>	<p>SI</p> <p>NO</p> <p>NO</p> <p>NO</p> <p>SI</p>	<p>Autorregistro de niveles de frustración y sentimiento de culpa.</p> <p>Escala de Zarit (1996).</p> <p>CNF-TMG. (Gómez Beneyto, 2012).</p>
	Asistir al Centro	<p>Continuar con la atención personalizada (sin espera de valoración ni resolución): reuniones individuales, promover su participación en talleres de su agrado, elegidos por ella y en pro a su recuperación.</p>	<p>Todos los profesionales.</p>	<p>SI</p>	<p>Observación, entrevista y registro de su estado cuando acude al centro.</p> <p>Autorregistro.</p> <p>Escala de satisfacción. (López, 1995).</p>
	Continuar estabilizada	<p>Reunión individual, exploración de ideación de muerte e intención autolítica.</p> <p>Psicoeducación, TCC,</p> <p>Programa en HHSS,</p> <p>Programa Afrontamiento al estrés,</p>	<p>Psicóloga</p>	<p>En curso</p>	<p>Entrevista y registro.</p> <p>Inventario de Depresión de Beck (Beck et al. 1961).</p> <p>Escala de Autoestima de Rosemberg (Rosemberg, 1965).</p> <p>Escala de Estigma de King et al traducida. (2011).</p>

		<p>Grupo Terapéutico</p> <p>Educación para la Salud, Mantenimiento de la buena adherencia al tto, Relajación,</p> <p>Entrenamiento en AVD, y Rehabilitación Cognitiva-.</p>	<p>Enfermera,</p> <p>Educadora Social y Terapeuta Ocupacional.</p>		<p>Escala BPRS (1962)</p> <p>Escala Multidimensional de Expresión social parte cognitiva y motora (EMES Cy M) (Caballo, 1987).</p> <p>Cuestionario de Modos de Afrontamiento revisada (WOC-R, Lazarus y Folkman, 1984).</p> <p>Observación directa y familiar.</p> <p>Seguimiento familiar;</p> <p>Escala de evaluación Funcionan HoNOS (1999);</p> <p>Autorregistro.</p> <p>Cribado de deterioro Cognitivo- Test de Pfiffer (1975).</p>
Escasos recursos económicos	Conseguir otros ingresos.	Petición de PNC.	Trabajador Social.	NO	
	Lograr independencia económica.	<p>Entrenamiento en AVD Instrumentales</p> <p>Entrenamiento en gestión/economía doméstica.</p>	<p>Terapeuta Ocupacional.</p>	En curso	<p>Índice de Lawton y Brody (1969).</p> <p>Escala de Discapacidad de la OMS (WHO/DAS)</p>

					(1988). Evaluación en gestión con casos supuestos y autorregistro de la realidad. Observación, entrevista con ella y familiar.
Escasa red social	Concienciar de que puede tener relaciones de amistad beneficiosas y sanas	Potenciar las relaciones de amistad establecidas entre los usuarios para salidas en su tiempo libre (Retomar salidas de ocio). Entrenamiento en HHSS y de comunicación. Técnicas expresivas grupales Inclusión en Club Social.	Todos los profesionales Psicóloga Educatora social, Monitora de Ocio y Gestora del caso	En curso	Observación directa, entrevista con ella y otros compañeros, autorregistro de su estado afín con los demás. Role-playing.
	Aumentar su autoestima	Taller de autoestima , Educación para la Salud y Técnicas expresivas grupales para disminuir la sensación de vergüenza de acercarse a	Psicóloga, Enfermera y Educatora Social.	En curso	Escala de Autoestima de Rosemberg (Rosemberg, 1965) Entrevista Medida de IMC cada

		<p>personas extrañas por su imagen.</p> <p>Bajar de peso mediante menú personalizado</p> <p>Plan de ejercicio para tiempo libre</p> <p>Fomentar su participación en actividades deportivas grupales (gimnasia de mantenimiento, grupo senderismo, equipo II baloncesto)</p>	<p>Enfermera</p> <p>Enfermera y Terapeuta ocupacional.</p>		<p>15 días y perímetro abdominal.</p> <p>Seguimiento telefónico con familiares para averiguar conducta fuera del centro.</p>
	<p>Fomento del Ocio sano fuera del entorno de la Asociación (Centro de día y Club Social)</p>	<p>Búsqueda de recursos de ocio de su agrado para la gestión sana de su tiempo libre.</p> <p>Potenciar que retome actividad con su (ex) grupo de bordadoras.</p>	<p>Gestora del caso.</p> <p>Monitora de Ocio y tiempo libre.</p>	<p>Aún no iniciado</p>	<p>Observación directa,</p> <p>Entrevista individual, registro y autorregistro.</p>
<p>Escasa o nula relación con uno de sus hijos.</p>	<p>Aceptar la existencia de que hay cosas que no podemos cambiar</p>	<p>Terapia de Apoyo.</p> <p>Entrenamiento en Aceptación.</p>	<p>Psicóloga</p>	<p>En curso</p>	<p>Seguimiento individual, entrevista, Autorregistro.</p>
	<p>Controlar el nivel de estrés que le causa pensar el posible contacto.</p>	<p>Programa de afrontamiento al estrés y manejo de la frustración.</p> <p>Entrenamiento en otras formas</p>	<p>Psicóloga</p>	<p>En curso</p>	<p>Cuestionario de Modos de Afrontamiento (Lazarus y Folkman,</p>

		de afrontar el estrés (HHSS).			1984).
	Fomentar que hable del tema tanto con técnicos como a sus familiares	Estimular a que hable de la preocupación que le genera la situación con esta persona. Entrenar a la familia en HH de comunicación para manejar tales conversaciones de forma empática	Psicóloga y gestora del caso	En curso Aún no iniciado	Seguimiento individual y registro. Autorregistro. Seguimiento familiar

Las evaluaciones anuales y registro de las mismas se harán por gestora del caso.

Esquema de Priorización de objetivos.

- A. Evaluar el riesgo inmediato de tentativa de suicidio y/o autolisis. Para conocer el riesgo real que presenta Adriana en la actualidad.
- B. Solicitar la Asignación de plaza en recurso de Rehabilitación Psicosocial Comunitario. Este objetivo no se pudo iniciar anteriormente pues el grado I, del que dispone Adriana, no era protegible hasta Julio de 2015. Es prioritario debido al tiempo de demora que presentan las resoluciones de este tipo. No es prioritario para continuar con su asistencia, ya que se seguirá haciendo como de aquí a atrás.
- C. Acompañar, vigilar y observar su conducta en el entorno familiar. Debido a su estado Adriana necesita atención intensiva para evitar el riesgo de un nuevo intento de autolisis.
- D. Informar a los inspectores del IMAS sobre su necesidad e interés por continuar con Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental.
- E. Asistir al centro. Relacionado con la necesidad manifestada en el objetivo anterior, Adriana necesita asistencia intensiva profesional y continuar con su

- rutina. Además le proporciona a su familia descanso y la oportunidad de seguir con su desarrollo funcional de manera normalizada.
- F. Continuar estabilizada. Necesidad manifestada a través de su historia de vida y su interés en recuperarse.
 - G. Conseguir más ingresos. Solicitar la PNC para el aumento de su autosuficiencia y libertad de disposición para sus necesidades.
 - H. Lograr independencia económica. Presenta escasos ingresos económicos lo que le lleva a depender en ciertas circunstancias de sus familiares. Esto le limita a la hora de desarrollar algunas actividades que le gustarían.
 - I. Aumentar su autoestima y autoconcepto. Objetivo necesario para conseguir otras metas que ella misma se propone.
 - J. Concienciar de que puede tener relaciones de amistad sanas y beneficiosas.
 - K. Fomento del ocio sano fuera del entorno de la Asociación (Centro de día y Club Social). Dado que los humanos somos seres sociales, Adriana necesita ampliar su círculo de amistades más allá de las que dispone actualmente (su familia y compañeros del centro) y seguir desarrollándose a nivel social. Se pretende evitar el riesgo de aislamiento social o muy reducido (solo su familia) si la Asociación se disolviese.
 - L. Aceptar la existencia de asuntos que no podemos cambiar relacionado con el trato que mantiene con uno de sus hijos. No hay muestras de que la relación pueda restaurarse a corto ni medio plazo.
 - M. Fomentar que hable de la relación con este familiar con sus familiares más cercanos y técnicos.
 - N. Controlar el nivel de estrés que le causa el posible contacto con este familiar con el que no mantiene relación.

Desarrollo del Caso propuesto.

Problema 1. Riesgo de tentativa de suicidio.

Objetivo 1: Evaluar riesgo inmediato de tentativa.

Acciones:

- a) Entrevista para evaluar riesgo real que presenta mediante instrumentos específicos.

Profesional: Psicóloga y gestora del caso

Evaluación Escala de Plutchick (1998) y Sad Persons (1983):

- b) Mediante la Escala de Plutchick los resultados hallados para el riesgo suicida son de 13 puntos sobre 15 tanto en la valoración de la línea base A como en la B.
- c) Por otro lado Adriana presenta riesgo moderado con una puntuación de cuatro en la Escala SAD PERSONS por lo que necesita un seguimiento ambulatorio intenso.

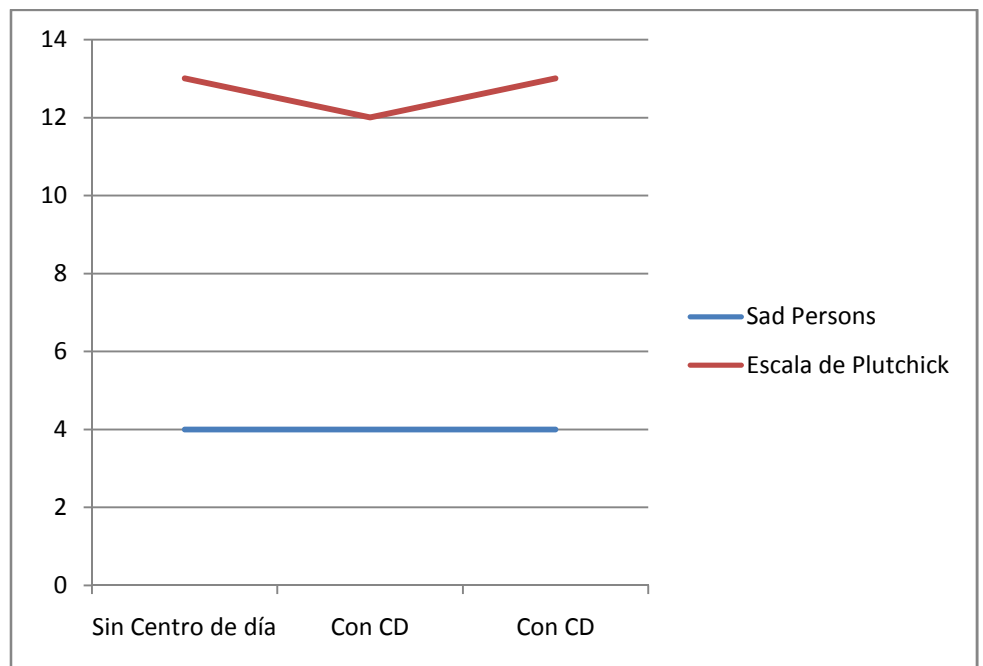


Tabla 1. Escala de Sad Persons (1983) y Escala de Plutchick (1998).

Objetivo 2. Solicitar recurso al incluir el Grado I como protegible.

Acciones:

- a) Informar a los familiares del cambio de la situación.
- b) Formalizar la petición del recurso por parte de los familiares.

Profesional: Trabajador Social y coordinación con los familiares.

Acciones cumplidas.

Evaluación: La petición está en curso. Normalmente estos trámites necesitan gran cantidad de tiempo para ser resueltos.

Objetivo 3. Acompañar, vigilar y observar la conducta de manera intensa de Adriana en su entorno natural debido a que no presenta signos de alarma que puedan predecir un nuevo intento; además de no verbalizar nunca su intención de llevarlo a cabo.

Acciones:

- a) Intervención Familiar
- b) Frecuente contacto con la familia para valoración del estado de Adriana fuera del centro y opinión de su estancia cuando asiste.
- c) Observación directa en su hogar y cuando ella visita a sus familiares.
- d) Inclusión de los familiares en la Escuela de Familias de la Asociación.
- e) Entrenamiento en Habilidades de comunicación para los familiares.
- f) Control de la frustración y el sentimiento de culpa de los familiares.
- g) Evaluación de las necesidades de los familiares.

Profesionales: Psicóloga y enfermera.

Objetivo en curso. Las acciones d), e) y f) aún no se han iniciado, ya que debido al desplazamiento y a la vida laboral de los familiares, por el momento no han podido acudir a los espacios reservados para esos fines con los familiares. Debemos de flexibilizar más aún nuestro horario para familiares en este tipo de circunstancias o investigar nuevas maneras de abordaje.

Evaluación: Entrevista y seguimiento telefónico con los familiares;

Observación; Autorregistro de niveles de frustración y sentimiento de culpa; Escala de Zarit (1996) para valorar la sobrecarga de los cuidadores y el Cuestionario de necesidades de las personas que cuidan a un familiar que padece una enfermedad mental (CNF-TMG) (Gómez Beneyto,2012).

(*) No poseemos los autorregistros de los familiares.

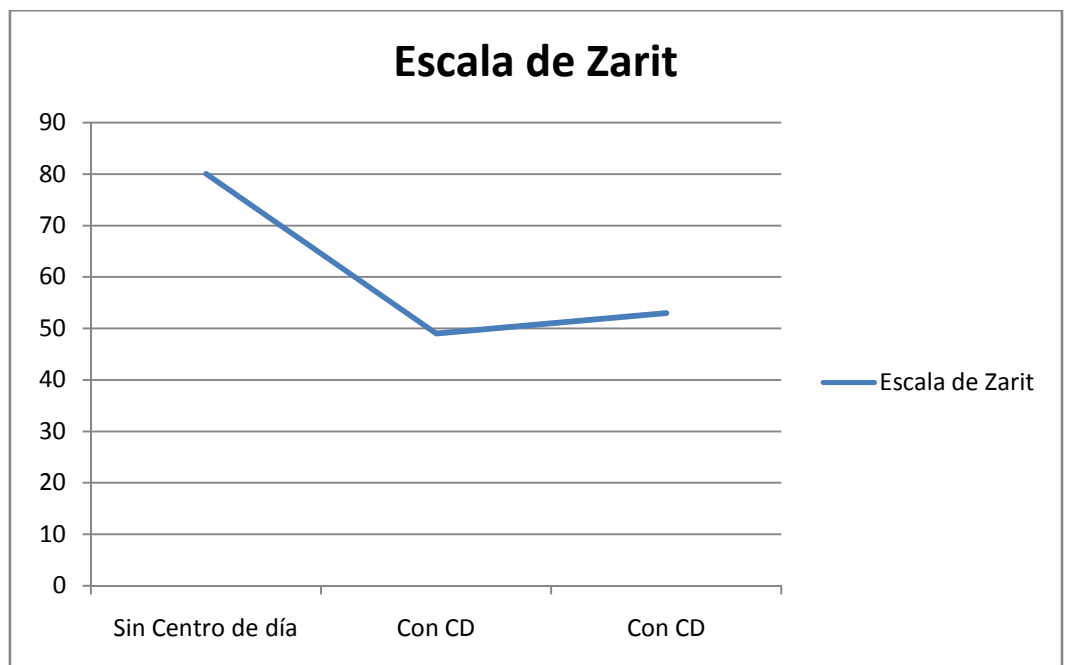


Tabla 2. Escala de Zarit (1996).

El CNF-TMG que se realizó con el cuidador “clave” nos desvela que:

-El 25,93% ha sentido la necesidad y se la han satisfecho.

-El 55,55% ha sentido la necesidad pero no se le han satisfecho.

-Y el 18,52% restante, no ha sentido la necesidad.

Siendo el motivo más frecuente “He preguntado a los profesionales pero nunca me han dado explicaciones claras”.

El cuestionario ha sido realizado una sola vez, por lo que no se puede mostrar ninguna continuidad. Dado los resultados hallados tendremos que flexibilizar más aún nuestro horario de atención a familias o investigar nuevas formas de abordaje para llegar a las personas que por distintas circunstancias justificadas no pueden beneficiarse de las actividades dirigidas propiamente a familiares.

Objetivo 4. Informar a los inspectores del IMAS su necesidad e interés por continuar con su Rehabilitación Psicosocial.

Acciones:

- a) Aportar su interés y necesidad de asignación de plaza en recurso de Salud Mental a pesar de ser mayor de 65 años.
- b) Realizar informe Clínico desde la perspectiva de los profesionales.

Profesionales: Acción a) desarrollada por Trabajador Social. La acción b) ha sido realizada por la Psicóloga del Centro de día y por el Psiquiatra del CSM de referencia de Adriana.

Objetivo cumplido, y a la espera de resolución.

Evaluación: Información enviada y con fecha de registro de Septiembre de 2015.

Objetivo 5. Asistir al Centro.

Acciones:

- a) Continuar con su atención personalizada (sin espera de la valoración, ni resolución); promover su participación en los talleres; Incluir actividades elegidas por ella y en pro a su recuperación.

Profesionales: Actividades a llevar a cabo por todo el equipo, tal y como se venía realizando.

Evaluación mediante observación, entrevista y registro de los cambios de estado de Adriana cuando acude al centro; Autorregistro y Cuestionario de Satisfacción.

Satisfacción con...	Media (0-6)
Con los servicios que presta el Centro	6
Con el/la tutor/a que le atiende	5,75
Con las actividades	6
Con la frecuencia que debe asistir	6
Con la limpieza e higiene	5
Con el nivel de información que recibe	5
Con la temperatura	4
Con los objetivos y metas	6
Con el interés y apoyo de los profesionales	6
Con las instalaciones	5
Con el horario	6
Con los profesionales	5,75
Con el entorno físico, espacio y luminosidad	5
Con el nivel de participación que le permiten	6

Escala de Satisfacción de López (1995). Se ha evaluado anualmente, coincidiendo con el mes de Mayo de 2014 y 2015.

Objetivo 6. Continuar estabilizada.

Acciones:

- a) Reunión individual con Psicóloga, exploración de ideación de muerte e intención autolítica.
- b) Psicoeducación, Programa de HHSS y Afrontamiento al estrés; Grupo Terapéutico; Educación para la Salud, mantenimiento de la correcta adherencia al tto; Relajación; Entrenamiento en AVD y Rehabilitación Cognitiva.

Profesionales: Las actividades b) a realizar por Psicóloga, Enfermera, Educadora social y Terapeuta Ocupacional.

Evaluación: Se realiza mediante distintos instrumentos como la Escala de Autoestima de Rosemberg (1965); el Inventario de Depresión de Beck (1961); la Escala Brief Psychiatric Rating Scale, (BPRS) (1962); la Escala Multidimensional de Expresión social cognitiva y motora (1987); el Cuestionario de Modos de Afrontamiento revisado (1984); la observación, la entrevista, registro y autorregistro; seguimiento telefónico familiar; la Escala de Evaluación Funcionan HoNOS (1999) y el Cribado de deterioro Cognitivo- Test de Pfiffer (1975).

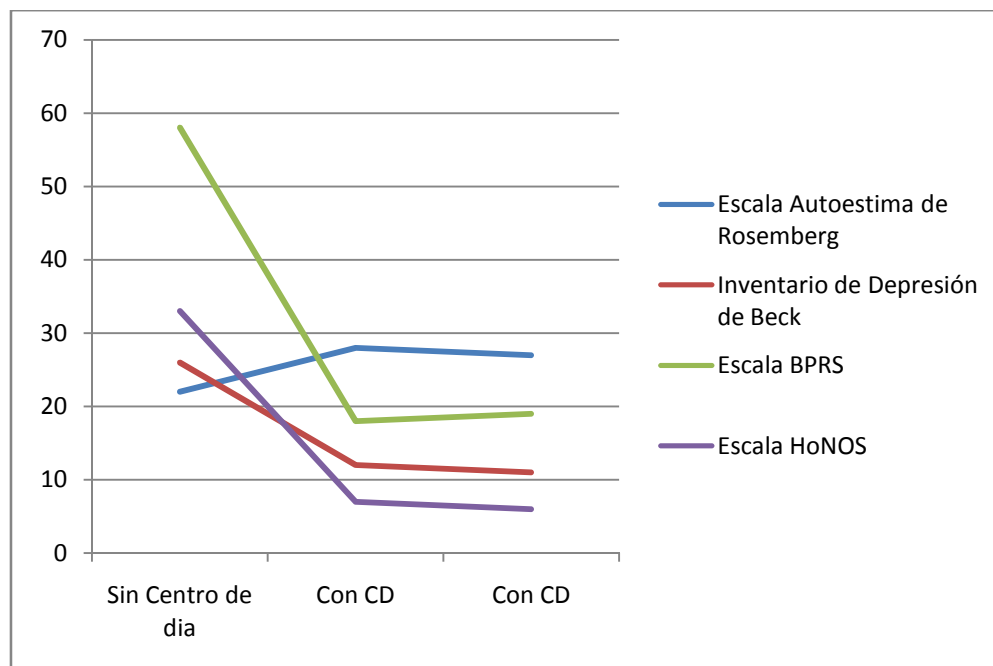


Tabla 3. Escala de Autoestima de Rosemberg (1965), Inventario de Depresión de Beck (1961), Escala BPRS (1962) y Escala de Evaluación Funcionan HoNOS (1999).

Escala de Autoestima de Rosemberg

El primer valor obtenido fue de 22 puntos, lo que nos indicó una autoestima baja. Aumentó su valor en medidas posteriores al incorporarse en el programa de Afrontamiento al estrés-Módulo 2. Autoestima y autoconcepto. Su valor actual es ligeramente inferior, pues descendió de 28 a 27. Ambos valores indican autoestima media.

Escala de Estigma de King et al. (2011).

La puntuación total obtenida en esta escala ha sido de 70. Fijándonos en las tres subescalas que la componen podemos diferenciar que en cuanto a la discriminación percibida por la persona sujeto de este estudio por vivir con una enfermedad mental es baja, siendo de 42 la puntuación hallada. Si nos centramos en la subescala de la divulgación, encontramos un resultado más central en la media, siendo de 25 puntos de entre 2 y 40 posibles. Podemos deducir de aquí que Adriana no encuentra barreras

subjetivas para divulgar que padece una enfermedad mental en función de la situación. Para finalizar con la escala de Estigma de King, nos queda reflejar el resultado de la tercera subescala, los aspectos positivos. El valor sumado es de 5, entre 2 y 19, por lo que nos muestra que la forma en la que ella se percibe como afectada por el estigma, le ha convertido en una persona más comprensiva y fuerte.

A Adriana se le ha dado la opción de no participar en el Módulo VI. Estigma y Autoestigma.

Inventario de Depresión de Beck

El valor que se obtuvo en la primera medida fue de 26 puntos en el inventario reducido de 13 ítems; por lo que nos señalaba Depresión grave. En el resto de medidas se utilizó la versión de 21 ítems. La última medida nos indica Depresión leve con 15 puntos.

Ha avanzado considerablemente con su trabajo y esfuerzo durante estos meses de rehabilitación.

Escala de evaluación funcionan HoNOS.

Los resultados hallados de la evaluación cuando Adriana sufrió una crisis sumó una puntuación total de 33 (severidad global). Si nos centramos en las secciones de la escala podemos diferenciar que en la sección A puntúa 5; en la sección B suma 8 puntos (la máxima posible); en la sección C reúne 12, también la máxima puntuación; y por último en la sección D suma 8 puntos de 16 posibles.

Los resultados obtenidos en la actualidad representan un contexto notablemente distinto. Siendo la puntuación total del test igual a 6. De ellos, 4 pertenecen al ítems 2. Autolesiones no accidentales que nos indica Tentativa seria de suicidio y/o autolesión grave deliberada durante el tiempo evaluado.

Por lo que nos reafirmamos en nuestro objetivo del presente TFM, Adriana necesita continuar con la realización de su PIR hasta que se el riesgo sea menor, o bien, sus circunstancias personales cambien y sea prioritario para su vida, su asistencia en el ámbito de mayores.

Escala BPRS (1962).

La primera vez que se trabaja con esta escala Adriana se encuentra en estado de crisis, es de las primeras ocasiones que acude al centro. La puntuación hallada en esa ocasión fue de 52, por lo que refleja un estado muy grave (Caso cierto).

La última vez que se ha pasado escala la situación ha variado considerablemente, sumando 21 puntos, pero dando mayor valor a los ítems de preocupación somática, ansiedad somática y trastornos del pensamiento.

Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva y Parte Motora (Caballo, 1987).

Evaluado una sola vez en la actualidad. Los resultados han sido para todo el Cuestionario EMES-C una puntuación de 113. Siendo las categorías más influyentes, en orden descendente, la preocupación por la expresión de sentimientos positivos y la iniciación de interacciones con el sexo opuesto; el temor a hacer y recibir peticiones; y con el mismo índice, el temor a hacer y recibir cumplidos. Por último a destacar el temor a la evaluación negativa por parte de los demás al manifestar conductas negativas.

Para la parte motora (EMES-M) el valor total para todo el test es de 107. Y en este caso los ítems más valorados fueron la Expresión de molestia y enfado a los familiares, seguido de expresión de cariño hacia los padres.

La puntuación final es de 220, pero se muestra necesario nuevas valoraciones para poder averiguar el avance en el futuro.

Cuestionario de Modos de Afrontamiento (1984).

La estrategia mantenida de Adriana cuando ha vivido problemas importantes para ella ha sido la evitación. Patrón mantenido en las dos ocasiones investigadas. Esta estrategia es seguida en ambas circunstancias por el autorreproche y la búsqueda de soluciones alternativas. Ambas medidas se han realizado después de su incorporación al Centro y de iniciar el Programa de Afrontamiento al Estrés.

A través de la entrevista Adriana afirma que ahora decide “evitar el tema para no ponerme mala”, pero que lo hace desde una actitud más positiva, y sin sentirse tan responsable como antes.

Cribado de deterioro Cognitivo- Test de Pfeiffer (1975).

El resultado obtenido del test (3) muestra que Adriana se encuentra en el límite de sospecha de deterioro cognitivo. Se deberá evaluar su seguimiento en este aspecto con más frecuencia, para averiguar si las estrategias establecidas para su rehabilitación cognitiva están siendo efectivas o no lo están siendo.

Problema 2. Escasos recursos económicos.

Objetivo 7. Conseguir otros ingresos.

Acciones: Petición de la Pensión No Contributiva.

Profesional: Trabajador Social.

Este objetivo aún no se ha llevado a cabo, pues no había sido investigado el aspecto económico de Adriana. Sus familiares y ella no lo habían mencionado.

Objetivo 8. Lograr independencia económica.

Acciones:

- a) Entrenamiento de AVD (Instrumentales)
- b) Entrenamiento en gestión/economía doméstica.

Profesional: Terapeuta Ocupacional.

Objetivo en curso.

Evaluación mediante el Índice de Lawton y Brody (1969); Escala de Discapacidad de la OMS en el periodo actual (WHO/DAS); Evaluación en gestión de casos supuestos y autorregistro de la realidad; Observación y entrevista con ella y con sus familiares (con y sin la usuaria presente).

Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud en el periodo actual. (WHO/DAS) (1988). Áreas Específicas de Funcionamiento:

- Periodo evaluado: Al inicio de su PIR (2014) y en mayo de 2015.
- Duración de la Discapacidad desconocido.
- Capacidades específicas: Bordado y buena apariencia.

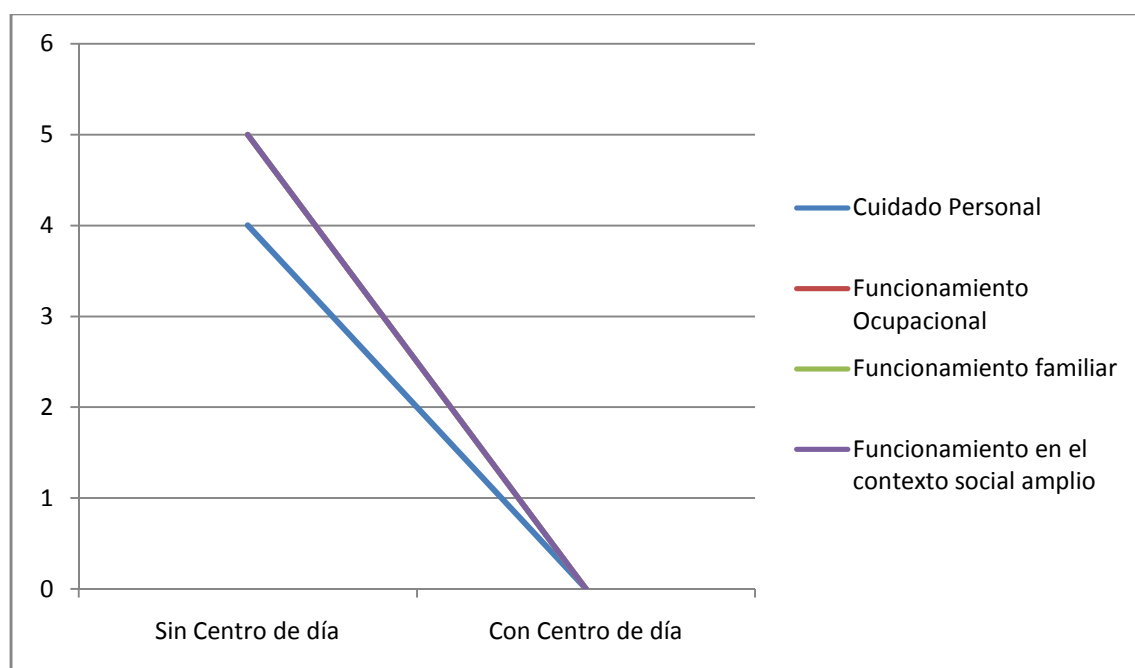


Tabla 4. Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO/DAS) (1988).

Escala de Lawton y Brody

Puntuación total de 7. Es independiente mayoritariamente para sus Actividades Instrumentales de la Vida diaria aunque precisa de ayuda para otras. Al vivir

sola, posee herramientas para su autocuidado y funcionalidad. Se ha trabajado con ella en este aspecto y se continúa haciendo.

Para las actividades básicas no presenta problemas; o no se han detectado.

Problema 3. Escasa red Social.

Objetivo 9. Aumentar su Autoestima.

Acciones:

- a) Taller de Autoestima (Módulo II. Autoestima y Autoconcepto)
- b) Educación para la Salud,
- c) Técnicas expresivas grupales para reducir la sensación de “vergüenza” que refiere tener ante personas y circunstancias nuevas.
- d) Reducción de peso e IMC mediante menú personalizado y plan de ejercicios para su tiempo libre.
- e) Fomentar que continúe participando en las actividades grupales (gimnasia de mantenimiento, grupo senderismo y equipo II de baloncesto).

Profesionales. La acción a) es llevada a cabo por la psicóloga del centro; las acciones b), c) y d) por la enfermera; junto con la anterior, la educadora social realiza la acción c); y por último enfermera, educadora y terapeuta ocupacional la acción e).

Este objetivo se encuentra en curso.

Su evaluación se realiza mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), (Ver Tabla 3); Entrevista; Medida de peso, IMC y perímetro abdominal cada 15 días; Seguimiento telefónico con

familiares para averiguar su conducta con la alimentación fuera del centro.

Objetivo 10. Concienciar de que puede tener relaciones de amistad sanas y beneficiosas.

Acciones:

- a) Potenciar las relaciones de amistad establecidas entre los usuarios para salidas en su tiempo libre.
- b) Entrenamiento en HHSS y de comunicación. Realizado por psicóloga.
- c) Técnicas Expresivas grupales e inclusión a Club social.

Profesionales: Todos los profesionales intervienen en la primera acción, siendo las acciones c) propias de la Educadora Social, monitora de ocio y gestora del caso.

La evaluación se realiza mediante la observación directa, la entrevista con ella y con otros compañeros; Autorregistro de su estado afín con los demás y Role-playing.

Objetivo 11. Fomentar el Ocio sano fuera del entorno de la Asociación.

Acciones:

- a) Búsqueda de recursos de ocio de su agrado para la gestión sana de su tiempo libre, sin influencia de la Asociación. Con la finalidad añadida de evitar el riesgo de aislamiento social si la Asociación se disolviese.
- b) Potenciar que retome el contacto y/o actividad con su grupo de “ex bordadoras”, pues en el pasado ese era su círculo social.

Se le ha planteado retomar el contacto durante los últimos meses, pero Adriana afirma que por el momento no le apetece quedar con ellas; aunque sostiene que son un grupo amable, acogedor y que se integraría de nuevo fácilmente.

Se llevan a cabo por Monitora de ocio y gestora del caso.

Se evalúan mediante la observación, entrevista, registro y autorregistro de cómo se encuentra.

Problema 4. Escasa o nula relación con uno de sus hijos.

Objetivo 12. Aceptar la existencia de circunstancias que no podemos cambiar.

Acciones: Terapia de Apoyo y entrenamiento en la Aceptación.

Realizado por Psicóloga.

Este objetivo se mantiene en curso y se evalúa mediante seguimiento individual y registro.

Objetivo 13. Fomentar que hable del tema tanto con sus familiares como con los técnicos.

Acciones:

- a) Estimular que hable de la preocupación que le genera esta persona en las reuniones individuales.
- b) Entrenar a la familia en HH de comunicación para manejar tales conversaciones

Ambos objetivos son abordados por la psicóloga del centro y gestora del caso.

Por el momento sólo se ha iniciado la acción a).

Se evalúa mediante el seguimiento individual y registro. La acción b) se evaluará mediante autorregistro de Adriana y de sus familiares, y mediante seguimiento familiar.

Como último Objetivo del PIR de Adriana nos hemos propuesto el controlar el nivel de estrés que le causa pensar en el posible contacto telefónico/reencuentro, ya que hace 10 meses que no se ven en persona, y solamente han hablado por teléfono en tres ocasiones; siendo llamadas “muy cortas”, pero cordiales.

Acciones: Programa de afrontamiento al estrés y Programa de manejo de la frustración (por no restablecer el contacto).

Acciones llevadas a cabo por la psicóloga del centro.

Y evaluadas por el Cuestionario de Modos de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984).

Proyecto de vida de Adriana

Con el desarrollo de su Proyecto de Vida Adriana busca mantenerse estabilizada, sentirse útil y querida por sus más allegados. Intentar hacer feliz a su familia es su fin principal y su energía motivadora.

Quiere realmente cumplir con su PIR porque busca sentirse realizada y volver a respetarse así misma.

A pesar de que la vida trae muchas preocupaciones y sufrimientos, ver a su familia (en especial a sus nietos), como crecen y la felicidad que le transmiten, le infunde valor. “Son muchas las penas que llevo sufridas pero tenemos que tirar para adelante”.

No podíamos incluir el Proyecto de Vida como un objetivo más o como parte del PIR, porque para ella es algo que debe ser inherente a la vida. Sin un principio determinado ni un final al que aspirar; sino más bien, que sea un

trabajo interno constante, aceptando el ser acompañada con agrado, firmeza y empatía, por aquellos que le importan y que quieren lo mejor para ella.

4. Método.

Se han consultado bases de datos específicas psicología y de ciencias de la salud, como por ejemplo Scielo. Se ha buscado documentación también en las páginas webs de los colegios oficiales de psicología y enfermería. Se consultó el portal MurciaSalud para la extracción de las Estrategias y Planes de Salud propios de la Región de Murcia, así como la documentación específica del IMAS. Por otro lado se han revisado artículos de revistas especializadas en la temática de la Salud Mental como son Punto de Encuentro y la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Y para finalizar se han conseguido gran parte de los instrumentos utilizados en el PIR de la persona sujeto de este TFM a través de la página web de la Universidad Complutense de Madrid.

Resultados

Los resultados del estudio de diseño de caso único AB o línea base-tratamiento realizado nos revelan la estabilidad y manejo de su enfermedad que realiza Adriana. Debe de continuar con su rehabilitación, pero los datos hallados, su testimonio, el de sus familiares, la evaluación mediante los instrumentos utilizados durante su rehabilitación y la mera observación por parte de los profesionales nos muestran el avance en su PIR.

Dado que las variables independientes de vivir sola y la escasa relación con uno de sus hijos no han cambiado; pero sí ha cambiado su patrón de conducta y actitud en el afrontamiento a las situaciones estresantes; se muestran como favorables los resultados que se están obteniendo mediante la continuidad de su plan.

Tan solo poseemos una medida pre-tto en los distintos instrumentos pues son la toma inicial en cada uno de ellos, al comenzar su inclusión al centro de día. Los resultados de dichas tomas se ven apoyados por el testimonio de los familiares y la persona sujeto del estudio, así como de los profesionales que le atendían desde su CSM.

Somos conscientes de que posee poca validez interna debido a la limitación del control de la variable extraña del contacto del hijo con la persona sujeto del estudio. Éste es el principal factor que influye en su estado ansioso, pues aunque el contacto sea escaso, no cesa la esperanza por parte de Adriana, de que se retome de nuevo la comunicación entre ellos.

En cuanto a la validez externa de los resultados del plan individual no los podemos generalizar, pues es un caso particular y alrededor de cada ser influyen variables dependientes diferentes y en distinta medida.

Conclusiones

Adriana demanda la continuidad en su plan de intervención ajustándose a la bibliografía investigada y respaldándose en ella.

A partir de la bibliografía consultada y del desarrollo de su Plan Individual de Rehabilitación se muestra y se justifica la posibilidad de atender a su demanda durante el tiempo que se precise para alcanzar los objetivos propuestos, o bien, mientras que sus problemas derivados por su edad no prevalezcan ante los expuestos en el presente TFM.

Lo que se solicita no va más allá del mero interés de una persona que reclama la ayuda que necesita en función de su estado de salud real.

No se pretende perjudicar a terceros ni entorpecer el quehacer diario de los recursos que le pueden prestar servicio; sino que se respete su decisión de cumplir con el tratamiento que necesita antes de realizar los cambios burocráticos en su vida sujetos a su edad.

Agradecimientos

Quisiera expresar de forma breve la gratitud que tengo hacia todas aquellas personas que me han ayudado, apoyado y animado durante estos últimos meses en la realización del presente TFM.

Especialmente quería agradecerse a la persona sujeto de este estudio, por cederme su Historia de Vida, por haber sido tan atenta y participativa durante la realización de las numerosas entrevistas; al igual que a su familia, por estar siempre disponibles para lo que he necesitado y con la amabilidad que lo han hecho.

También quiero darles las gracias a Alejandro y a toda mi familia por todo el apoyo y cariño que me regalan a diario. El estrés puede ser muy dañino, pero con ellos a mí alrededor, puedo con todo.

No puedo dejar de mencionar a mis Centros de día. Me hacen sentirme realizada en mi trabajo y crecer como persona. Estar ahí día tras día, me daba muchas fuerzas para seguir adelante con el TFM. Realmente lo he realizado sobre un tema que para mí, merece mucho la pena.

Por último, y no por ello menos importante, a la Universidad Jaume I por ofrecer este Máster Universitario en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria y a Jaime Andrés Fernández, mi tutor, por su comprensión, disposición y paciencia.

A todos muchas gracias.

Referencias bibliográficas

Alvarado García, A.M. y Salazar Maya, A.M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. 25, 2, 57-62.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh. J. (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4, 561-571.

Boletín Oficial del Estado. (2013). I. Disposiciones Generales. Núm.65, Sec. I, 21441.

Caballo, V.E. (1997). Escala Multidimensional de Expresión Social Parte-Motora (EMES-M) y Parte-Cognitiva (EMES-C). Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DE%20ANSIEDAD/FOBIA%20SOCIAL/ESCALA%20MULTIDIMENSIONAL%20DE%20EXPRESSION%20SOCIAL/EMES_F.pdf

Centro de escritura Javeriano (Ed.). (2013). Normas APA. Cali, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de: <http://portales.puj.edu.co/ftpcentroescritura/Recursos/Normasapa.pdf>

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). (2012). *Plan Estratégico 2012- 2016 Versión reducida*.

Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia (Ed.) (s.f.). *Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2010-2013*. Recuperado de: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/175419-Anteproyecto_PlanSalud_Mental_2010_2013_b.pdf

Constitución Española. (1978). Título 1.De los derechos y deberes fundamentales. Capítulo Segundo, Sec. I, Art. 29. Congreso de los Diputados. (2003).

[El empoderamiento no es un destino, sino un camino]. (2010). *Encuentro*, 4, 6-9.

Envejecimiento Activo. Libro Blanco. (2011). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Secretaría General de Política Social y Consumo, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Ed.).

Estrategia Española sobre Discapacidad 2012-2020. (s.f.). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Fernández de Sevilla Otero, J.P. (coord.) (2014). *Guía Partisam: promoción de la participación y autonomía en Salud Mental*. Madrid: *Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)*.

Fernández, J.A., Touriño, R., Benítez, N. y Abelleira, C. (Edi) (2010). *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial* (pp. 289, 305). Valladolid: FEARP.

Flores Reynoso, S., Medina Dávalos, R. y Robles García, R. (2011). Estudio de traducción al español y evaluación psicométrica de una escala para medir el estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales graves. *Salud Mental*, 34 (4), 333-339. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58221317006>

Gabinete del Consejo. (2011). *Implantación de la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia en la Región de Murcia*. Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración.

Gómez Beneyto, M. (coord.). (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Estrategia Aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de diciembre de 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Gómez Beneyto, M. (coord.). (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Gómez Beneyto, M., Ruiz Rodríguez, A., Luz Palacios, M., Freund Llovera, N. y Fernández Liria, A. (2012). *Construcción y fiabilidad de un cuestionario para evaluar*

las necesidades familiares de personas con trastorno mental grave. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 32, 461-479.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). Ways of Coping Inventory (Escala de Modos de Afrontamiento Revisada), Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica, Ficha Técnica. Universidad Complutense Madrid. Recuperado de:
http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/VALORACION%20DEL%20ESTRES/WOC-R/WOC-R_F.PDF

Lawton, M.P. y Brody E.M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186.
Recuperado de:
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT4_EscLawtonBrody.pdf

Lee, C. (2012). Missing pieces: How to write and APA Style reference even without all the information. *Apa Style*. Recuperado de
<http://blog.apastyle.org/apastyle/2009/10/how-to-cite-a-speech-in-apa-style.html>.

López, A.E. (1995). Cuestionario de Satisfacción Global (CSG-VP). Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.

Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L.C., Rico, J.M., Lanz y Taussing, M.I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6, 338-346.

Martínez Carazo, P.C. (s.f.). El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y Gestión*, 20.

Organización Mundial de la Salud (OMS), Oficina Regional para Europa. (2010). Empoderamiento del usuario en salud mental. Madrid: Organización Mundial de la Salud Europa (OMS), Oficina Regional para Europa.

Overall, J. E., Gorham, D. R. (1962) The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*. 10, 799-812.

Patterson, W.M.; Dohn, H.H. y otros (1983). Evaluation of suicidal patients. *Psychosomatics*.

Pfiffer, E.A. (1975). Cribado de deterioro Cognitivo- Test de Pfiffer versión española. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de salud. Recuperado de: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/test_de_pfeiffer_version_espanola.pdf

Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia. (2010). Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo. Recuperado de: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/185877-Plan_salud_2010-2015.pdf

Procesos Constitucionales de Protección de los Derechos Fundamentales en España (Versión provisional). (2013). Cartagena de Indias.

Rodríguez Beltrán, M. (2009). Empoderamiento y promoción de la Salud. *Red de Salud* 14, 20-31.

Rodríguez Beltrán, M. (2009). Salud mental y empoderamiento. *Punto de Encuentro*, 22, 6-11.

Rosemberg, M. (1965). Escala de Autoestima de Rosemberg. Recuperado de: <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/Escala%20Rosenberg.pdf>

Roussos, A.J. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16, 261-270.

Rubio, G., Montero, I., Jáuregui, J., Villanueva, R., Casado, MA., Marín, J.J. y Santo Domingo J. (1998). Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol*, 61, 143-52.

Sánchez Pilonieta, A. (2002). Dispositivos de empoderamiento para el desarrollo psicosocial. *Universitas Psychologica*, 1, 39-48. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64701206>

Shepherd, G., Boardman, J. y Slade, M. (2008). *Hacer de la recuperación una realidad: edición en castellano* (pp. 1-7). Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.

Uriarte, J.J., Beramendi, V., Medrano, J., Wing, J.K., Beevor, A.S., Curtis, R. (1999). Traducción al Castellano de la Escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales). Vizcaya.

Vargas, M. (2014). La esperanza de vida es entre 20 y 25 años menos en el caso de las personas con enfermedad mental. En XVII Congreso de FEAFES. Valladolid, España.

WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS). (1988). Genève: WHO.

Anexos

Anexo 1. Traducción al español de la Escala de Estigma de King et al. (Flores Reynoso et al., 2011).

ANEXO 1
Escala de Estigma de King et al. Versión en español

Instrucciones: Lea cuidadosamente los siguientes enunciados y elija en qué proporción está de acuerdo o en desacuerdo con que esto le sucede a usted

Enunciado	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1 He sido discriminado en mi vida escolar (primaria, secundaria, preparatoria o profesional), debido a mis problemas de salud mental.					
2 Algunas veces siento que se me da por mi lado debido a mis problemas de salud mental.					
3 El haber tenido problemas de salud mental me ha convertido en una persona más comprensiva.					
4 No me siento mal por haber tenido problemas de salud mental.					
5 Me preocupa decirle a la gente que recibo tratamiento psicológico.					
6 Algunas personas con problemas de salud mental son peligrosas.					
7 La gente ha sido comprensiva con mis problemas de salud mental.					
8 He sido discriminado por la policía debido a mis problemas de salud mental.					
9 He sido discriminado por mis patrones o jefes en el trabajo debido a mis problemas de salud mental.					
10 Mis problemas de salud mental me han convertido en alguien que acepta mejor a los demás.					
11 Con mucha frecuencia me siento solo debido a mis problemas de salud mental.					
12 Me asusta cómo reaccionarán los demás si se enteran que tengo problemas de salud mental.					
13 Habría tenido mejores posibilidades en la vida si no tuviese problemas de salud mental.					
14 No me preocupa que la gente de mi vecindario sepa que he tenido problemas de salud mental.					
15 Diría que he tenido problemas de salud mental cuando estoy solicitando un trabajo o empleo.					
16 Me preocupa decirle a la gente que tomo medicamentos o tabletas para mis problemas de salud mental.					
17 Las reacciones de la gente hacia mis problemas de salud mental me hacen callarme cosas para mi mismo.					
18 Estoy enojado con la manera en que la gente ha reaccionado a mis problemas de salud mental.					
19 No he tenido ningún problema con los demás debido a mis problemas de salud mental.					
20 He sido discriminado por profesionales de la salud debido a mis problemas de salud mental.					
21 La gente me ha evitado debido a mis problemas de salud mental.					
22 La gente me ha insultado debido a mis problemas de salud mental.					
23 Haber tenido problemas de salud mental me ha convertido en una persona más fuerte.					
24 No me siento avergonzado debido a mis problemas de salud mental.					
25 Evito decirle a la gente acerca de mis problemas de salud mental.					
26 Haber tenido problemas de salud mental me hace sentir que la vida es injusta.					
27 Siento la necesidad de esconder a mis amigos mis problemas de salud mental.					
28 Se me hace difícil decirle a la gente que tengo problemas de salud mental.					

Anexo 2. Escala de Sobrecarga del Cuidador – Test de Zarit- (Martín et al., 1996).

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR - TEST DE ZARIT

Indicación: Medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de ancianos afectados de trastornos mentales.

Codificación proceso: 00061 Cansancio en el desempeño del rol de cuidador (NANDA).

Administración: consta de 22 ítems relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuidan a otra persona, cada uno de los cuales se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1 (nunca) a 5 (casi siempre). Autoadministrada.

Interpretación:

- <47: No sobrecarga
- 47 a 55: Sobrecarga leve
- >55: Sobrecarga intensa

Reevaluación: Cuando la situación del paciente cambie o se sospeche aparición de sobrecarga en el cuidador. De forma genérica con carácter anual.

Propiedades psicométricas: Se ha estudiado la validez de concepto y la validez de constructo. La consistencia interna de la escala es de 0,91 y la fiabilidad test-retest es de 0,86.

TEST DE ZARIT - ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
¿Se siente enojado cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
¿Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
TOTAL	

OPCIONES

1= Nunca 2= Rara vez 3= Algunas veces 4=Bastantes veces 5=Casi siempre

Anexo 3. Cuestionario sobre las Necesidades de las personas que cuidan a un familiar que padece una enfermedad mental (Gómez Beneyto, 2012).

Anexo 1

CUESTIONARIO SOBRE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS QUE CUIDAN A UN FAMILIAR QUE PADECE UNA ENFERMEDAD MENTAL.

¿Vive usted con un familiar enfermo mental? SI NO

¿Qué edad tiene su familiar? 0- 25 25-50 50-65 Más de 65

¿Cuántos años lleva su familiar enfermo? _____

¿Cual es el sexo de su familiar? Hombre Mujer

¿Que relación tiene con el? Madre/padre Hermano/hermana Otra

¿Con que frecuencia atiende a las necesidades de su familiar?

Todos los días	Casi todos los días	Una vez por semana	Menos de una vez por semana
----------------	---------------------	--------------------	-----------------------------

A continuación encontrará unas preguntas sobre las necesidades que usted puede haber sentido en relación con el cuidado de su familiar enfermo. Contéstelas rodeando con un círculo la respuesta que mejor refleje su opinión.

1. Cómo encarar las crisis causadas por la enfermedad (amenaza de suicidio, agitación, violencia, etc.) de mi familiar enfermo.

HE SENTIDO ESTA NECESIDAD Y ME LA HAN SATISFECHO	HE SENTIDO ESTA NECESIDAD PERO NO ME LA HAN SATISFECHO	NO HE SENTIDO ESTA NECESIDAD
--	--	------------------------------

2. Cómo reaccionar ante las conductas poco razonables de mi familiar enfermo (los delirios, las alucinaciones, el abandono, la negligencia)

HE SENTIDO ESTA NECESIDAD Y ME LA HAN SATISFECHO	HE SENTIDO ESTA NECESIDAD PERO NO ME LA HAN SATISFECHO	NO HE SENTIDO ESTA NECESIDAD
--	--	------------------------------

3. Conocer la causa, el diagnóstico, los síntomas y el pronóstico de la enfermedad que padece mi familiar.

HE SENTIDO ESTA NECESIDAD Y ME LA HAN SATISFECHO	HE SENTIDO ESTA NECESIDAD PERO NO ME LA HAN SATISFECHO	NO HE SENTIDO ESTA NECESIDAD
--	--	------------------------------

4. Saber si la enfermedad que padece mi familiar enfermo es hereditaria

HE SENTIDO ESTA NECESIDAD Y ME LA HAN SATISFECHO	HE SENTIDO ESTA NECESIDAD PERO NO ME LA HAN SATISFECHO	NO HE SENTIDO ESTA NECESIDAD
--	--	------------------------------

5. Saber para que sirve la medicación y cuales son sus efectos secundarios.

HE SENTIDO ESTA NECESIDAD Y ME LA HAN SATISFECHO	HE SENTIDO ESTA NECESIDAD PERO NO ME LA HAN SATISFECHO	NO HE SENTIDO ESTA NECESIDAD
--	--	------------------------------

6. Saber qué hacer para evitar que se produzca un abandono de la medicación y cómo reaccionar si se produce.

HE SENTIDO ESTA NECESIDAD Y ME LA HAN SATISFECHO	HE SENTIDO ESTA NECESIDAD PERO NO ME LA HAN SATISFECHO	NO HE SENTIDO ESTA NECESIDAD
--	--	------------------------------

7. Saber que es la psicoterapia y para que sirve

HE SENTIDO ESTA NECESIDAD Y ME LA HAN SATISFECHO	HE SENTIDO ESTA NECESIDAD PERO NO ME LA HAN SATISFECHO	NO HE SENTIDO ESTA NECESIDAD
--	--	------------------------------

8. Saber que es la rehabilitación y para que sirve

HE SENTIDO ESTA NECESIDAD Y ME LA HAN SATISFECHO	HE SENTIDO ESTA NECESIDAD PERO NO ME LA HAN SATISFECHO	NO HE SENTIDO ESTA NECESIDAD
--	--	------------------------------

9. Cómo será la vida de mi familiar enfermo en el futuro (si podrá llevar una vida independiente, si podrá formar o mantener una familia propia).

HE SENTIDO ESTA NECESIDAD Y ME LA HAN SATISFECHO	HE SENTIDO ESTA NECESIDAD PERO NO ME LA HAN SATISFECHO	NO HE SENTIDO ESTA NECESIDAD
--	--	------------------------------

10. Estar informado de aspectos legales, jurídicos y administrativos relacionados con la enfermedad de mi familiar

HE SENTIDO ESTA NECESIDAD Y ME LA HAN SATISFECHO	HE SENTIDO ESTA NECESIDAD PERO NO ME LA HAN SATISFECHO	NO HE SENTIDO ESTA NECESIDAD
--	--	------------------------------

11. Tener información sobre los servicios disponibles para ayudarme como cuidador cuando mi familiar enfermo tenga que ingresar urgentemente y en contra de su voluntad en el hospital.

HE SENTIDO ESTA NECESIDAD Y ME LA HAN SATISFECHO	HE SENTIDO ESTA NECESIDAD PERO NO ME LA HAN SATISFECHO	NO HE SENTIDO ESTA NECESIDAD
--	--	------------------------------

12. Tener información sobre los servicios disponibles para ayudarme como cuidador cuando mi familiar enfermo resida en casa

HE SENTIDO ESTA NECESIDAD Y ME LA HAN SATISFECHO	HE SENTIDO ESTA NECESIDAD PERO NO ME LA HAN SATISFECHO	NO HE SENTIDO ESTA NECESIDAD
--	--	------------------------------

13. Saber cómo compensar los gastos relacionados con el cuidado de mi familiar (prestaciones económicas, becas, descuentos, etc).

HE SENTIDO ESTA NECESIDAD Y ME LA HAN SATISFECHO	HE SENTIDO ESTA NECESIDAD PERO NO ME LA HAN SATISFECHO	NO HE SENTIDO ESTA NECESIDAD
--	--	------------------------------

14. Estar informado de cómo y dónde presentar una queja si no estoy conforme con el tratamiento.

HE SENTIDO ESTA NECESIDAD Y ME LA HAN SATISFECHO	HE SENTIDO ESTA NECESIDAD PERO NO ME LA HAN SATISFECHO	NO HE SENTIDO ESTA NECESIDAD
--	--	------------------------------

ORIGINALES Y REVISIONES

15. Estar informado de cómo y dónde presentar una queja en caso de discriminación y acoso.

HE SENTIDO ESTA NECESIDAD Y ME LA HAN SATISFECHO	HE SENTIDO ESTA NECESIDAD PERO NO ME LA HAN SATISFECHO	NO HE SENTIDO ESTA NECESIDAD
--	--	------------------------------

16. Recibir información sobre el movimiento asociativo y los servicios que presta a los cuidadores

HE SENTIDO ESTA NECESIDAD Y ME LA HAN SATISFECHO	HE SENTIDO ESTA NECESIDAD PERO NO ME LA HAN SATISFECHO	NO HE SENTIDO ESTA NECESIDAD
--	--	------------------------------

17. Consultar con un profesional (psiquiatra, psicólogo, enfermero) a causa del estrés que me causa cuidar de mi familiar

HE SENTIDO ESTA NECESIDAD Y ME LA HAN SATISFECHO	HE SENTIDO ESTA NECESIDAD PERO NO ME LA HAN SATISFECHO	NO HE SENTIDO ESTA NECESIDAD
--	--	------------------------------

18. Que los profesionales me escuchen y que cuenten con mi opinión a la hora de evaluar a mi familiar enfermo

HE SENTIDO ESTA NECESIDAD Y ME LA HAN SATISFECHO	HE SENTIDO ESTA NECESIDAD PERO NO ME LA HAN SATISFECHO	NO HE SENTIDO ESTA NECESIDAD
--	--	------------------------------

19. Que los profesionales me escuchen y que cuenten con mi opinión cuando advierto sobre los "síntomas de alarma"

HE SENTIDO ESTA NECESIDAD Y ME LA HAN SATISFECHO	HE SENTIDO ESTA NECESIDAD PERO NO ME LA HAN SATISFECHO	NO HE SENTIDO ESTA NECESIDAD
--	--	------------------------------

20. Que los profesionales me escuchen y que cuenten con mi opinión para planificar el tratamiento y la rehabilitación de mi familiar

HE SENTIDO ESTA NECESIDAD Y ME LA HAN SATISFECHO	HE SENTIDO ESTA NECESIDAD PERO NO ME LA HAN SATISFECHO	NO HE SENTIDO ESTA NECESIDAD
--	--	------------------------------

21. Que los profesionales me hablen con palabras que yo pueda comprender y en mi propio idioma

HE SENTIDO ESTA NECESIDAD Y ME LA HAN SATISFECHO	HE SENTIDO ESTA NECESIDAD PERO NO ME LA HAN SATISFECHO	NO HE SENTIDO ESTA NECESIDAD
--	--	------------------------------

22. Que los profesionales consideren el derecho de la familia a no asumir responsabilidades que no le corresponden

HE SENTIDO ESTA NECESIDAD Y ME LA HAN SATISFECHO	HE SENTIDO ESTA NECESIDAD PERO NO ME LA HAN SATISFECHO	NO HE SENTIDO ESTA NECESIDAD
--	--	------------------------------

23. Recibir ayuda para sustituirme en el cuidado de mi familiar enfermo cuando yo no pueda hacerlo

HE SENTIDO ESTA NECESIDAD Y ME LA HAN SATISFECHO	HE SENTIDO ESTA NECESIDAD PERO NO ME LA HAN SATISFECHO	NO HE SENTIDO ESTA NECESIDAD
--	--	------------------------------

24. Recibir atención especializada, especialmente programas de intervención familiar.

HE SENTIDO ESTA NECESIDAD Y ME LA HAN SATISFECHO	HE SENTIDO ESTA NECESIDAD PERO NO ME LA HAN SATISFECHO	NO HE SENTIDO ESTA NECESIDAD
--	--	------------------------------

25. Necesidad de sentir la compañía de otras personas que tengan el mismo problema que yo

HE SENTIDO ESTA NECESIDAD Y ME LA HAN SATISFECHO	HE SENTIDO ESTA NECESIDAD PERO NO ME LA HAN SATISFECHO	NO HE SENTIDO ESTA NECESIDAD
--	--	------------------------------

26. Necesidad de sentir la solidaridad de la gente, que me respeten, que me apoyen y que comprendan mi situación

HE SENTIDO ESTA NECESIDAD Y ME LA HAN SATISFECHO	HE SENTIDO ESTA NECESIDAD PERO NO ME LA HAN SATISFECHO	NO HE SENTIDO ESTA NECESIDAD
--	--	------------------------------

Construcción y fiabilidad de un cuestionario para evaluar las necesidades familiares...

477

ORIGINALES Y REVISIONES

27. Necesidad de descansar y de reducir la sensación de responsabilidad en el cuidado de mi familiar enfermo

HE SENTIDO ESTA NECESIDAD Y ME LA HAN SATISFECHO	HE SENTIDO ESTA NECESIDAD PERO NO ME LA HAN SATISFECHO	NO HE SENTIDO ESTA NECESIDAD
--	--	------------------------------

Repase ahora las necesidades que ha sentido pero que no han sido satisfechas ¿Cuál ha sido el motivo por el que no ha podido satisfacerlas? Marque con una cruz uno de los siguientes motivos, aquel que ha sido el más frecuente:

- Los profesionales con los que me he relacionado no tienen la costumbre de dar explicaciones a la familia
- No he tenido interés en hablar con los profesionales, no creo que puedan aportarme nada útil
- No he pedido nada a los profesionales ya que ellos están para ayudar solamente a los pacientes y no a los familiares
- He preguntado a los profesionales pero nunca me han dado explicaciones claras

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva y Parte Motora (EMES-Cy M) (Caballo, 1987)

Cuestionario de Modos de Afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984).

Cuestionario de Satisfacción Global. Versión pacientes (López, 1995).

No se han reproducido estas escalas pues de donde se han extraído para su uso son documentos protegidos.

Disculpen las molestias.

Anexo 4. Escala de Sad Persons (Patterson et al., 1983).

Tabla 8. Escala SAD PERSONS

<i>Sex</i>	Género masculino
<i>Age</i>	< 20 o > 45 años
<i>Depression</i>	Presencia de depresión
<i>Previous Attempt</i>	Intento de suicidio previo
<i>Ethanol abuse</i>	Abuso de alcohol
<i>Rational thinking loss</i>	Ausencia de pensamiento racional
<i>Social support lacking</i>	Apoyo social inadecuado
<i>Organized plan for suicide</i>	Plan elaborado
<i>No spouse</i>	No pareja
<i>Sickness</i>	Problemas de salud
0-2: bajo riesgo 3-4: riesgo moderado, seguimiento ambulatorio o valorar ingreso 5-6: riesgo alto, se recomendando ingreso, especialmente si presenta ausencia de apoyo social 7-10: precisa ingreso	

Fuente: Patterson et al., 1983 (89)

Anexo 5. Inventario de Depresión de Beck 1961. Versión 21 ítems (y abreviada, 13)

(Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961).

5.3. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

1

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo
 - Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
 - No me encuentro triste
 - Me siento algo triste y deprimido
 - Ya no puedo soportar esta pena
 - Tengo siempre como una gema encima que no me la puedo quitar

2. Pesimismo
 - Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
 - Creo que nunca me recuperaré de mi pena
 - No soy especialmente pesimista, sé que las cosas me van a ir mal
 - No espero nada bueno de la vida
 - No estoy nada desanimado. Esto no tiene remedio

3. Sentimientos de fracaso
 - He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo profesional, etc.)
 - He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
 - Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
 - No me considero fracasado
 - Veo mi vida llena de fracasos

4. Insatisfacción
 - Ya nada me llena
 - Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
 - Ya no me divierte lo que antes me divertía
 - No estoy especialmente insatisfecho
 - Estoy harto de todo

5. Sentimientos de culpa
 - A veces me siento despreciable y mala persona
 - Me siento bastante culpable
 - Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
 - Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
 - No me siento culpable

6. Sentimientos de castigo
 - Presiento que algo malo me puede suceder
 - Siento que merezco ser castigado
 - No pienso que esté siendo castigado
 - Siento que me están castigando o me castigarán
 - Quiero que me castiguen

7. Odio a sí mismo
 - Estoy descontento conmigo mismo
 - No me aprecio
 - Me odio (me desprecio)
 - Estoy asqueado de mí
 - Estoy satisfecho de mí mismo

8. Autoacusación
 - No creo ser peor que otros
 - Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
 - Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
 - Siento que tengo muchos y muy graves defectos
 - Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

9. Impulsos suicidas
 - Tengo pensamientos de hacirme daño, pero no llegaría a hacerlo
 - Siento que estaría mejor muerto
 - Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
 - Tengo planes decididos de suicidarme
 - Me mataría si pudiera
 - No tengo pensamientos de hacirme daño

10. Períodos de llanto
 - No lloro más de lo habitual
 - Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo
 - Ahora lloro contrariamente. No puedo evitarlo
 - Ahora lloro más de lo normal

5.3. Inventario de Depresión de Beck
(Beck Depression Inventory, BDI)

2

<p>11. Irritabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No estoy más irritable que normalmente <input type="radio"/> Me irrito con más facilidad que antes <input type="radio"/> Me siento irritado todo el tiempo <input type="radio"/> Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba
<p>12. Aislamiento social</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto <input type="radio"/> Me intereso por la gente menos que antes <input type="radio"/> No he perdido mi interés por los demás <input type="radio"/> He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos
<p>13. Indecisión</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ahora estoy inseguro de mí mismo y pretendo evitar tomar decisiones <input type="radio"/> Tomo mis decisiones como siempre <input type="radio"/> Ya no puedo tomar decisiones en absoluto <input type="radio"/> Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
<p>14. Imagen corporal</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado <input type="radio"/> Me siento feo y repulsivo <input type="radio"/> No me siento con peor aspecto que antes <input type="radio"/> Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)
<p>15. Capacidad laboral</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Puedo trabajar tan bien como antes <input type="radio"/> Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa <input type="radio"/> No puedo trabajar en nada <input type="radio"/> Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo <input type="radio"/> No trabajo tan bien como lo hacía antes
<p>16. Trastornos del sueño</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Duermo tan bien como antes <input type="radio"/> Me despierto más cansado por la mañana <input type="radio"/> Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir <input type="radio"/> Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche <input type="radio"/> Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardó en volver a dormirme <input type="radio"/> Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas <input type="radio"/> Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas <input type="radio"/> No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas
<p>17. Cansancio</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Me canso más fácilmente que antes <input type="radio"/> Cualquier cosa que hago me fatiga <input type="radio"/> No me canso más de lo normal <input type="radio"/> Me canso tanto que no puedo hacer nada
<p>18. Pérdida de apetito</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> He perdido totalmente el apetito <input type="radio"/> Mi apetito no es tan bueno como antes <input type="radio"/> Mi apetito es ahora mucho menor <input type="radio"/> Tengo el mismo apetito de siempre
<p>19. Pérdida de peso</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No he perdido peso últimamente <input type="radio"/> He perdido más de 2,5 kg <input type="radio"/> He perdido más de 5 kg <input type="radio"/> He perdido más de 7,5 kg
<p>20. Hipocondría</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas <input type="radio"/> Estoy preocupado por dolores y trastornos <input type="radio"/> No me preocupa mi salud más de lo normal <input type="radio"/> Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro
<p>21. Libido</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Estoy menos interesado por el sexo que antes <input type="radio"/> He perdido todo mi interés por el sexo <input type="radio"/> Apenas me siento atraído sexualmente <input type="radio"/> No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

5.3. Inventario de Depresión de Beck
(Beck Depression Inventory, BDI)

1

Instrucciones: Ésta es un cuestionario en el que hay grupos de afirmaciones. Por favor, lee íntegro el grupo de afirmaciones de cada apartado y escija la afirmación de cada grupo que mejor describa el modo en que se siente hoy, es decir, actualmente. Haga una cruz en el círculo de la afirmación que haya escogido.

- 1 No me encuentro triste
 Me siento triste o melancólico
 Constantemente estoy más averillado triste y no puedo separarlo
 Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo

- 2 No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro
 Me siento desanimado respecto al futuro
 No tengo nada que esperar del futuro
 No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar

- 3 No me siento fracasado
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
 Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos
 Creo que como persona soy un completo fracasado (padre, marido, esposo)

- 4 No estoy particularmente descontento
 No disfruto de las cosas como antes
 No encuentro satisfacción en nada
 Me siento descontento de todo

- 5 No me siento particularmente culpable
 Me siento malo o indigno muchas veces
 Me siento culpable
 Hanzo que soy muy malo e indigno

- 6 No me siento decepcionado conmigo mismo
 Estoy decepcionado conmigo mismo
 Estoy disgustado conmigo mismo
 Me odio

- 7 No tengo pensamientos de dañarme
 Creo que estaría mejor muerto
 Tengo planes precisos para suicidarme
 Me mataría si tuviera ocasión

- 8 No he perdido el interés por los demás
 Estoy menos interesado en los demás que antes
 He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos
 He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto

- 9 Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes
 Trata de no tener que tomar decisiones
 Tengo grandes dificultades para tomar decisiones
 Ya no puedo tomar decisiones

- 10 No creo que mi aspecto haya empeorado
 Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo
 Creo que mi aspecto empeora constantemente quedándome atractivo
 Siento que mi aspecto es feo y repulsivo

- 11 Puedo trabajar igual de bien que antes
 Me cuesta un esfuerzo especial comenzar a hacer algo
 Hebo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
 No puedo realizar ningún trabajo

- 12 No me canso más que antes
 Me canso más fácilmente que antes
 Me canso por cualquier cosa
 Me canso demasiado por hacer cualquier cosa

- 13 Mi apetito no es peor de lo normal
 Mi apetito no es tan buena como antes
 Mi apetito es ahora mucha peor
 He perdido el apetito

Anexo 6. Escala de Riesgo Suicida de Plutchick (Rubio et al. 1998).

ESCALA DE PLUTCHICK

Se trata de un cuestionario **autoadministrado**

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que Vd. ha sentido o hecho. Por favor conteste cada pregunta simplemente con un "SI" o "NO".

	SI	NO
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?		
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?		
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		
8. ¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9. ¿Está deprimido/a ahora?		
10. ¿Está Vd. separado/a, divorciado/a o viudo/a?		
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?		
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

Anexo 7. Escala de Lawton y Brody. Actividades Instrumentales de la Vida diaria (Lawton y Brody, 1969).

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA - ESCALA LAWTON Y BRODY-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** que consta de 8 ítems. No tiene puntos de corte. A mayor puntuación mayor independencia, y viceversa. El rango total es 8.

	Puntos
Capacidad de usar el teléfono	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números, etc	1
Es capaz de marcar bien algunos números conocidos	1
Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	1
No utiliza el teléfono en absoluto	0
Ir de compras	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
Preparación de la comida	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí mismo/a adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y le sirvan las comidas.	0
Cuidado de la Casa	
Mantiene la casa solo/a o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas domésticas ligeras, como lavar los platos o hacer las	1
Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	0
No participa en ninguna labor de la casa	0
Lavado de la ropa	
Lava por sí mismo/a toda su ropa	1
Lava por sí mismo/a pequeñas prendas (aclarar medias, etc)	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
Uso de medios de transporte	
Viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros	0
No viaja en absoluto	0
Responsabilidad respecto a su medicación	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1
Toma su medicación si se le prepara con anticipación y en dosis	0
No es capaz de administrarse su medicación.	0
Manejo de asuntos económicos	
Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco) recoge y conoce sus	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes	1
Incapaz de manejar dinero.	0
PUNTUACIÓN TOTAL	

Anexo 8. Cribado de Deterioro Cognitivo-Test de Pfeiffer (Pfeiffer, 1975).

CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO -TEST DE PFEIFFER VERSIÓN ESPAÑOLA-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** que consta de 10 ítems. El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.

Ítems	ERRORES
¿Qué día es hoy? -día, mes, año-	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Cuál es su nº de teléfono?	
¿Cuál es su dirección? –preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-	
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Anexo 9. Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS) (Overall y Gorham, 1962).

Escala:

1. Preocupación somática	0	1	2	3	4
2. Ansiedad psíquica	0	1	2	3	4
3. Barreras emocionales	0	1	2	3	4
4. Desorganización conceptual (incoherencia)	0	1	2	3	4
5. Autodesprecio y sentimientos de culpa	0	1	2	3	4
6. Ansiedad somática	0	1	2	3	4
7. Alteraciones motoras específicas	0	1	2	3	4
8. Autoestima exagerada	0	1	2	3	4
9. Humor depresivo	0	1	2	3	4
10. Hostilidad	0	1	2	3	4
11. Suspiciousidad	0	1	2	3	4
12. Alucinaciones	0	1	2	3	4
13. Enlentecimiento motor	0	1	2	3	4
14. Falta de cooperación	0	1	2	3	4
15. Trastornos del pensamiento	0	1	2	3	4
16. Embotamiento o trastornos afectivos	0	1	2	3	4
17. Agitación psicomotriz	0	1	2	3	4
18. Desorientación y confusión	0	1	2	3	4

Anexo 11. Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO/DAS) (1988).

Escala:

1. PERIODO CUBIERTO POR LA VALORACIÓN (marcar en cuadro apropiado)
 actual último mes último año otro periodo (especifico) _____

2. ÁREAS ESPECÍFICAS DE FUNCIONAMIENTO (marcar con un círculo la cifra apropiada)

A) Cuidado personal Se refiere a la higiene personal, forma de vestirse, forma de alimentarse, etc.	0	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/> funcionamiento con ayuda					
B) Funcionamiento ocupacional Se refiere al funcionamiento esperado en actividades remuneradas, estudios, labores domésticas, etc.	0	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/> funcionamiento con ayuda					
C) Funcionamiento familiar Se refiere a la interacción esperada con el cónyuge, los padres, los hijos, y otros familiares. Al puntuar, prestar especial atención a lo que realiza el paciente en el contexto en el que vive.	0	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/> funcionamiento con ayuda					
D) Funcionamiento en el contexto social amplio Se refiere a las actividades que se espera que realice el enfermo como miembro de una comunidad, su participación en el ocio, y en otras actividades sociales.	0	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/> funcionamiento con ayuda					

3. DURACIÓN TOTAL DE LA DISCAPACIDAD (marcar el recuadro apropiado)
 menos de un año un año o más desconocida

4. CAPACIDADES ESPECÍFICAS
 Algunos pacientes pueden tener una alta puntuación de discapacidad en una o más de las áreas arriba mencionadas, y, sin embargo, pueden presentar habilidades específicas que son importantes para el manejo y el cuidado del funcionamiento del individuo en la comunidad o en la familia. Ejemplos de ello pueden ser: la habilidad para tocar un instrumento musical, la buena apariencia, la fuerza física, sentirse cómodo en reuniones sociales, etc.

marcar aquí si existen habilidades específicas y describirlas

Anexo 12. Escala de Autoestima de Rosemberg (Rosemberg, 1965).

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Codificación proceso: 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE-α).

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				