

Treball de final de Grau / Màster / Trabajo de Final de Grado / Máster
Máster universitario en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria

¿Qué es empoderarse? Un estudio cualitativo con residentes en una vivienda tutelada.

Autor/a / Autor/a: Adriana Sanz Beltrán

Director/a / director/a: Mikel Munárriz Ferrandis

Tutor/a o supervisor/a / Tutor/a o supervisor/a: Mikel Munárriz Ferrandis

Data de lectura / Fecha de lectura: 2 de Octubre de 2019

Resum / Resumen:

El empoderamiento de los pacientes con enfermedad mental desempeña un papel crucial en sus procesos de recuperación y rehabilitación psicosocial.

El presente trabajo pretende conocer qué favorece el empoderamiento de los usuarios de las viviendas tuteladas para personas con enfermedad mental grave, así como conocer cuánto repercute la estancia en una vivienda tutelada en la adquisición de herramientas para favorecer la autonomía.

Paraules clau / Palabras clave:

Empoderamiento, viviendas tuteladas, rehabilitación psicosocial, salud mental, recuperación, tratamiento asertivo comunitario, trastorno mental grave.

Lista de abreviaturas:

- TMG: Trastorno Mental Grave. Definición según INSALUD en colaboración con FEARP
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- CEEM: Centro Específico para personas con Enfermedad Mental
- AFDEM: Asociación de Familiares de Enfermos Mentales
- CRIS: Centro de Rehabilitación e Integración Social
- UME: Unidad de Media Estancia
- SERVEF: Servicio Autonómico de Empleo de la Comunidad Valenciana

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Página
1. Objetivos.....	5
2. Introducción.....	6 – 10
3. Metodología.....	11 – 13
4. Resultados.....	14 – 20
5. Análisis.....	21 – 26
6. Conclusiones.....	27 – 28
7. Consideraciones finales.....	29 – 31
8. Anexos.....	32 – 35
8.1 Modelo Consentimiento informado.....	32 – 33
8.2 Solicitud Permiso estudio.....	34
8.3 Permiso estudio.....	35
9. Referencias bibliográficas.....	36 – 37

1. OBJETIVOS

- Conocer la experiencia subjetiva de la vivencia de la enfermedad mental y su impacto sobre la autonomía personal por parte de los usuarios de las viviendas tuteladas
- Conocer qué favorece el empoderamiento de las personas usuarias de las viviendas tuteladas
- Describir que papel tienen las viviendas tuteladas en la toma de empoderamiento de los usuarios

2. INTRODUCCIÓN

En la segunda mitad del siglo XX se empezó a instaurar un modelo comunitario de atención a la enfermedad mental, consistente en que el marco adecuado para el tratamiento de los trastornos mentales era la comunidad y no una institución cerrada.

La atención comunitaria, en términos organizativos, implica contar con redes integradas de servicios basado en equipos multiprofesionales; y en términos funcionales implica garantizar la continuidad de cuidados y favorecer en los profesionales enfoques rehabilitadores contando con la participación de usuarios, familiares y otros grupos sociales (1).

En esta nueva visión de la atención, la rehabilitación psicosocial tiene un papel fundamental ya que es el conjunto de intervenciones cuyo objetivo es ayudar a la persona con enfermedad mental a recuperar o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para el desarrollo de una vida cotidiana en comunidad de la manera más autónoma y digna, así como en el desempeño y manejo de las diferentes funciones sociales y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse (2).

Por lo tanto, la rehabilitación psicosocial tiene como objetivo ayudar a las personas con enfermedades mentales graves a desarrollar las habilidades intelectuales, sociales y emocionales que precisen para vivir, aprender y trabajar en comunidad con el menor apoyo profesional posible (3).

Los nuevos enfoques terapéuticos apuestan por el paradigma de la recuperación (recovery) y bienestar (well – being).

Desde finales del siglo pasado, el concepto de recuperación del TMG se ha convertido en un concepto dominante en el sistema de cuidado de salud (4).

La definición de recuperación según Liberman, 2003 consiste en:

- Remisión sostenida de síntomas psicóticos
- Participación en una actividad constructiva

- Vivir sin la supervisión de la familia u otros cuidadores, de tal forma que las necesidades cotidianas como la gestión económica y la autoadministración de la medicación recae sobre el individuo
- Participación en relaciones sociales

¿Qué ocurre en la vida de una persona cuando irrumpe la enfermedad mental?

En primer lugar se produce un cambio en la vida cotidiana de la persona, ante la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad la persona se siente extraña y desconcertada.

Generalmente, el primer contacto con los servicios de salud mental ocurre cuando la persona experimenta una crisis, aquí aparecen sentimientos de desconfianza, miedo e inseguridad. Ante el diagnóstico la persona puede vivir un rechazo y entrar en un proceso de negación motivado muchas veces por el estigma que acompaña a la enfermedad mental, también el desconocimiento de la significación del diagnóstico y de qué manera afectará a su vida. Cuando los síntomas de la enfermedad reaparecen puede experimentar sentimientos como el desamparo o el miedo.

Finalmente, cuando la persona encuentra el recurso adecuado donde acudir, en muchas ocasiones, no sabe cuanto tiempo permanecerá allí y en qué beneficiará a su vida (5).

La aparición de la enfermedad mental provoca inevitablemente un cambio en el proyecto de vida de la persona, por eso es necesario que la persona misma, con ayuda, tome las riendas de su vida y reconstruya su propio proyecto vital.

Uno de los factores fundamentales de la recuperación es la esperanza y ésta se adquiere en la medida en que la persona va asumiendo un mayor control sobre su vida. “La recuperación implica desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida, a la vez que la persona crece mas allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental” (6).

Los componentes del proceso de recuperación, son (7):

- Encontrar la esperanza y mantenerla
- Re – establecimiento de una identidad positiva
- Construir una vida con sentido (dar sentido a la propia vida a pesar de la enfermedad)
- Asumir la responsabilidad y control (sentir que se controla la enfermedad y la vida)

Para lograr todos ellos es necesario favorecer el empoderamiento de la persona con enfermedad mental.

Actualmente, la institución psiquiátrica ya no es la vivienda habitual de la mayoría de las personas con TMG, pero lo cierto es que la falta de recursos residenciales adecuados hace que con frecuencia se prolonguen los ingresos psiquiátricos o se produzcan los denominados “ingresos sociales”.

Una mayor estabilidad en la vivienda correlaciona con tiempos inferiores de hospitalización psiquiátrica (8).

La estabilidad en la vivienda puede tener un valor pronóstico ya que elimina el estrés asociado tanto con la búsqueda de una nueva vivienda como con la adaptación a un sitio, lo que puede exacerbar la sintomatología y producir recaídas (9).

De ahí la importancia de las viviendas tuteladas en el proceso de rehabilitación y recuperación de las personas con TMG.

Las viviendas tuteladas son viviendas conformadas como hogares funcionales, insertadas en el entorno comunitario, en las que conviven, de forma estable en el tiempo, personas con una enfermedad mental grave con necesidades de apoyo intermitente o limitado, en régimen de funcionamiento parcialmente autogestionado (10).

Las personas con enfermedad mental no solo presentan necesidades sanitarias sino también psicosociales, de integración social y laboral.

Existen varios factores que demuestran la necesidad de las viviendas tuteladas para personas con trastorno mental grave.

Por un lado, las personas con enfermedad mental grave y crónica presentan un deterioro de habilidades generado por el trastorno psiquiátrico, que dificulta, entre otras cosas, el proceso de búsqueda, acceso y mantenimiento de un alojamiento. Por otro lado, nos encontramos con que los esfuerzos de los servicios de salud mental y los servicios sociales para ofrecer entrenamiento y apoyo que los enfermos mentales crónicos necesitan para mantenerse en una vivienda adecuada son insuficientes. El estigma y la discriminación también actúan como barreras que dificultan y limitan las opciones de alojamiento disponibles para estas personas. Y, por último, los insuficientes ingresos económicos de la mayoría de las personas con enfermedad mental grave se agudiza con la escasez de viviendas disponibles.

Los pisos tutelados se presentan como un programa alternativo a la institucionalización psiquiátrica, cuyo objetivo es atender a las necesidades sociales específicas de las personas que padecen una enfermedad mental grave. Son recursos de alojamiento orientados a favorecer y apoyar la integración social de estas personas, en los que conviven personas con enfermedad mental que cuentan con un nivel mínimo de autonomía y que presentan dificultad para cubrir de modo independiente su necesidad de residencia.

Con ello, se pretende ofrecer una alternativa estable y normalizada de alojamiento y soporte a través de una supervisión flexible llevada a cabo por un equipo terapéutico que da apoyo tanto en el funcionamiento doméstico y en la convivencia dentro de la vivienda, como en la adaptación e integración comunitaria.

Las viviendas tuteladas suponen un cambio cualitativo en la calidad de vida hacia la normalización, ya que se fomenta la autonomía e independencia del usuario con el fin de facilitarle la posibilidad de desempeñar roles sociales valorados y normalizados que promuevan su integración comunitaria.

Estas viviendas favorecen el empoderamiento de la persona con enfermedad mental, algo crucial en sus procesos de recuperación y rehabilitación psicosocial.

La OMS define el empoderamiento como “el grado de elección, influencia y control que los usuarios de los servicios de salud mental pueden ejercer en los acontecimientos que se producen en sus vidas” (11).

El término “empowerment” se traduce generalmente como potenciación o fortalecimiento (12).

El empoderamiento es un proceso de toma de control y responsabilidad de las actuaciones que tienen como propósito alcanzar la totalidad de su capacidad y consta de cuatro dimensiones que son:

- Autoconfianza
- Participación en las decisiones
- Dignidad y respeto
- Pertenencia y contribución a una sociedad más plural.

Mejorar el empoderamiento de los usuarios de salud mental produce beneficios en el aspecto biológico, psicológico y social lo que incluye aumento de la autoestima, un mayor sentido de conexión con los grupos sociales locales y una implicación significativa en la sociedad (13).

La OMS considera que el empoderamiento es un concepto esencial de la promoción de la promoción de la salud. La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud y la Declaración de Alma – Ata (14) reconocen su importancia para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Uno de los seis puntos clave para la guía de actuaciones que aparecen en la Estrategia Europea de Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles (15) establece que “las personas deben ser empoderadas para promocionar su propia salud, para interactuar con los servicios sanitarios y participar activamente en la gestión de su enfermedad”. Así también, la declaración de Salud Mental para Europa (16), el Plan de Acción en Salud Mental para Europa y el Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar (17) reconocen que el empoderamiento de las personas con problemas de salud mental y de sus cuidadores es prioritario en las próximas décadas.

En definitiva, el enfoque del empoderamiento fomenta el reconocimiento y el desarrollo de las fortalezas, recursos y habilidades del usuario (18).

3. METODOLOGÍA

Estudio cualitativo y descriptivo basado en la realización de un grupo focal formado por 5 usuarios de las viviendas tuteladas pertenecientes al Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.

Un grupo focal es una técnica de recogida de información de corte cualitativo. Consiste en la realización de reuniones de grupos de entre 4 y 12 personas, seleccionadas todas ellas con criterios determinados, con la finalidad que mantengan una conversación espontánea acerca de temas propuestos por el conductor de la investigación. La conducción de los grupos es deliberadamente no directiva para permitir que afloren contenidos que normalmente no se reflejan en los cuestionarios estandarizados. Con este objetivo también se diseña la composición del grupo, el lugar de realización y la guía de conducción para facilitar la aparición de un discurso espontáneo sobre el tema seleccionado. En general se siguió el procedimiento descrito por MA. Prieto Rodríguez, JC. March Cerdá (19) con algunas modificaciones.

Se pretende explorar de una manera previa el significado del empoderamiento en este colectivo. Para ello se realizaron dos grupos, el primero versó sobre tres temas (Anexo 8) donde los usuarios respondieron de manera espontánea a cada uno de ellos, y el cual tuvo una duración de 1 hora y 15 minutos.

El segundo grupo se realizó dos meses después, teniendo como finalidad corroborar si los resultados obtenidos se correspondían con lo que los participantes habían expresado.

La selección de los usuarios se llevó a cabo por la coordinadora de la vivienda tutelada de hombres y se basó en criterios como estabilidad clínica, capacidades de socialización mínimas y capacidad para mantener una conversación, así como tener un diagnóstico de enfermedad mental de largo recorrido.

El primer grupo focal fue realizado el día 1 de Julio de 2018 en un local neutral cedido por AFDEM y tuvo una duración de 1 hora y 15 minutos. El segundo grupo se realizó el día 10 de Septiembre con el objetivo de corroborar las conclusiones extraídas del primer grupo focal.

En el estudio participaron 3 usuarios de la vivienda tutelada de hombres y 2 mujeres de la vivienda tutelada de mujeres. Los datos demográficos de los asistentes al grupo fueron:

GÉNERO	EDAD	DIAGNÓSTICO	TIEMPO ESTANCIA EN VIVIENDA TUTELADA
Hombre	44	Esquizofrenia paranoide	2 años
Hombre	31	Esquizofrenia paranoide	3 años
Hombre	37	Esquizofrenia desorganizada	6 años
Mujer	43	Trastorno esquizoafectivo	1 año
Mujer	44	Esquizofrenia paranoide	1 año y 4 meses

La primera sesión tuvo una duración de 1 hora 15 minutos, fue codirigida por un psiquiatra con experiencia en el manejo de grupos y la autora del estudio (Adriana Sanz Beltrán).

En primer lugar, se hizo una explicación sobre el grupo focal, características, utilidad y finalidad, aclarando que el estudio formaba parte del trabajo final del máster en rehabilitación psicosocial. En segundo lugar se explicó que se trataba de averiguar qué les ayudaba a los usuarios de las viviendas tuteladas a tener más empoderamiento, es decir, a ser más autónomos.

Una vez firmado el consentimiento, los conductores presentaron las temáticas a trabajar en el grupo focal:

- Qué ha supuesto en tu vida la aparición de una enfermedad mental
- Qué te ha ayudado en tu proceso de recuperación
- Qué es para ti la vida autónoma

Las preguntas se planteaban al grupo de manera abierta. Los conductores evitaban intervenir excepto en los casos en que alguno de los participantes monopolizara las intervenciones. Cuando no aparecían más temas nuevos en relación a una pregunta se pasaba a la siguiente.

Al final del grupo se plantea una pregunta final de validación consistente en que cada participante hace un resumen personal de lo más relevante hablado en el grupo.

Los grupos focales fueron grabados en medio digital, previa firma del consentimiento informado por parte de cada usuario (Anexo 8.1). Dichos audios fueron transcritos de manera textual. Tras una lectura y escucha repetida de los contenidos, éstos se agrupan en una serie de temas o categoría que se repiten y que constituyen el principal resultado de este trabajo.

Con el fin de validar los resultados se celebró el segundo grupo en el cual los conductores compartieron con los mismos participantes las principales conclusiones del primer grupo con el fin de que las confirmaran, ampliaran o aclararan.

El presente estudio adolece de las limitaciones de todos los estudios cualitativos en cuanto se refiere a los aspectos de fiabilidad y de representatividad.

Dentro de los criterios de bondad de los estudios cualitativos, las conclusiones de este trabajo pueden estar sesgadas por diferentes factores. Los participantes conocían a los conductores por interacciones en los entornos clínicos y también se conocían entre ellos. Esto puede restar espontaneidad a algunas intervenciones, por una tendencia a decir lo que los profesionales quieren escuchar.

En cuanto a la agrupación de las categorías, se han intentado localizar los fragmentos de discurso con contenidos similares para agruparlos bajo los mismos epígrafes. En este sentido, es necesario señalar que para interpretar los resultados del grupo focal he recurrido al sentido común y a mi experiencia profesional. En general, el contenido de las transcripciones es muy rico, pero solo se han usado los fragmentos de texto que hacen referencia a los objetivos del estudio.

A fin de incrementar la validez de los resultados se han trasladado al texto de este trabajo las frases literales extraídas de las transcripciones de los audios del grupo focal. Una estrategia adicional que refuerza la validez de los resultados es la celebración de un segundo grupo de validación por parte de los mismos participantes de los resultados extraídos por los investigadores. En este sentido, los miembros del grupo son también autores de este TFM.

4. RESULTADOS (LOS CONTENIDOS DE LA DISCUSIÓN GRUPAL)

A continuación, se procede a hacer una descripción de los hallazgos encontrados durante la sesión grupal, divididos en cinco bloques y extrayendo como ejemplos frases textuales de los usuarios:

1. Qué supuso la aparición de la enfermedad mental

- **Los usuarios expresan que la aparición de la enfermedad mental supuso un corte en su proyecto de vida**
 - Hombre (37 años) *“De momento me encuentro con muchos obstáculos, no quería hablar, no quería hacer cosas como cuidar mi higiene personal, estar con mi familia y me aislaba, había estudiado y tenía trabajo, pero lo tuve que dejar”*
 - Hombre (31 años) *“Yo estaba estudiando bachiller y empecé a notarme raro, no hablaba, me aislaba, dejé de estudiar”*
 - Hombre (44 años) *“A veces entraba en trance, cogía el coche y aparecía en cualquier sitio, los brotes eran continuos y tuve que dejar de trabajar, yo tenía proyectos, tenía prácticamente el futuro organizado y cuando apareció la enfermedad se fue todo al traste”*
 - Mujer (44 años) *“Me diagnosticaron a los 14 años, mi familia me sobreprotegió hasta el punto que yo no sabía hacer nada por mi misma”*
 - Mujer (43 años) *“Lo mío fue después de un accidente que tuve, y ya no volví a trabajar”*

- **Ante el diagnóstico, los usuarios recalcan la importancia del apoyo y la comprensión por parte de los familiares**
 - Hombre (31 años) *“Yo lo que he vivido es que me detectaron esquizofrenia paranoide a los 18 años, no sabía lo que era, iba solo al médico y mi padre no comprendía lo que me pasaba”*
 - Mujer (44 años) *“He estando yendo de un médico a otro porque mis padres pensaban que no acertaban la medicación, me llevaron a un médico de Murcia que me dijo que yo tenía trastorno esquizoafectivo y no esquizofrenia, yo no se si*

es lo mismo...Después me llevaron a un homeópata que me quitó la medicación psiquiátrica de golpe y tuve un brote muy fuerte”

- Hombre (37 años) *“Mis padres sabían que pasaba algo raro pero cuando el médico nos dijo que tenía esquizofrenia pensaron que era mi culpa por haber salido tanto de fiesta y haber probado las drogas”*

2. Qué ha obstaculizado su proceso de recuperación

- **Los usuarios manifiestan que lo que más ha obstaculizado su proceso de recuperación es el estigma asociado con la enfermedad mental**
 - Hombre (44 años) *“En cuanto apareció la enfermedad mental mis amigos me dejaron de lado y me sentí solo”*
 - Hombre (37 años) *“Mis padres pensaban que la culpa de tener una enfermedad mental era mía porque había salido mucho de fiesta”*
 - Hombre (31 años) *“Lo que más me dolió después del diagnóstico fue la incompreensión por parte de mi familia”*
 - Mujer (44 años) *“Me rechazaron mis amigos y mi familia, me quedé sola, me han menospreciado por estar enferma”*

- **Los usuarios reconocen como un obstáculo en su proceso de rehabilitación la falta de información por parte de los médicos**
 - Hombre (37 años) *“No me explicaron en qué consistía mi enfermedad, me daba pastillas pero tampoco me decía para qué eran, yo no entendía nada y mis padres tampoco”*
 - Mujer (44 años) *“A mi me afectaron mucho los continuos cambios de medicación, ir de un médico a otro y nadie me explicaba qué era mi enfermedad”*

3. Qué ha ayudado en su proceso de recuperación

- **En cuanto a qué es lo que más les está ayudando en su proceso de recuperación, los usuarios afirman que los dos factores más importantes han sido la toma de medicación y el establecimiento de una rutina con actividades productivas**
 - Mujer (44 años) *“Lo que más me está ayudando es tomar la medicación y llevar una rutina de tareas del piso y las actividades que hago en el CRIS”*
 - Hombre (37 años) *“Tener confianza en los educadores del piso y sentirme aceptado por mis compañeros me ayuda a tener la cabeza libre de pensamientos y que pueda hacer actividades con las que disfruto. Tomar bien la medicación y ser consciente de la enfermedad que tengo, antes de estar en piso no me la tomaba siempre y cada dos por tres estaba mal”*
 - Hombre (44 años) *“Lo que me ayuda es estar ocupado, desde que estoy en el piso llevo una rutina, me levanto y tengo actividades y tareas que hacer y eso me ayuda”*
 - Hombre (31 años) *“Me está ayudando que crean en mi y me apoyen, yo pensaba que ya no sería capaz de estudiar y lo estoy haciendo, también tomar la medicación, soy consciente de mi enfermedad y vivo con ella”*

- **Los usuarios coinciden en que la estancia en la vivienda les ayuda en su proceso de rehabilitación**
 - Mujer (44 años) *“A mí me ayuda mucho estar en el piso tutelado porque me he dado cuenta que la sobreprotección de mi madre no me ayudaba, no me dejaba evolucionar, ahora empiezo a hacer las cosas por mi misma”*
 - Hombre (44 años) *“Me ayuda estar en el piso porque, entre otras cosas, me han ayudado los talleres que hacemos a conocer mi enfermedad y a ser consciente de que necesito tomar la medicación”*
 - Hombre (31 años) *“He conseguido estar estable en la enfermedad desde que estoy en la vivienda, después de pasar por varios ingresos en el hospital y de estar en un CEEM ahora estoy estable”*

4. Qué aporta la vivienda tutelada

- **Todos los usuarios manifiestan que han empezado a adquirir autonomía desde que están en la vivienda tutelada**

- Hombre (31 años) *“He aprendido a relacionarme con la gente, especialmente con mi padre, en el piso me han enseñado habilidades sociales y he aprendido a ser responsable de mis asuntos como las citas con los médicos, preparar papeles para hacer cursillos, y también he aprendido a gestionar mi dinero”*
- Hombre (37 años) *“He aprendido a hacer las tareas de la casa, llevar correctamente las citas con los médicos, hago cursillos del SERVEF e incluso he tenido algún trabajo temporal”*
- Mujer (44 años) *“En mi caso, mi familia me ha protegido tanto por la enfermedad que no me han dejado madurar, me refiero que no he podido crecer como persona, si cuando estás enferma te protegen y no te dejan hacer las cosas por ti misma, no vas bien, por eso ahora que estoy en el piso voy mejor, he aprendido a responsabilizarme de las tareas del hogar, a hacer el pastillero yo sola, a hacer tramites de papeleo...”*

- **Los usuarios expresan que la vivienda tutelada les aporta estabilidad y seguridad**

- Mujer (44 años) *“Me ayuda relacionarme con compañeros que tienen la misma enfermedad que yo, que llegue el fin de semana y hacer actividades en grupo donde disfruto”*
- Hombre (37 años) *“El piso es un sitio donde me puedo resguardar, los compañeros tienen mas o menos mi edad y compartimos cosas, somos como una familia. Estar en casa con mis padres me provocaba mucho estrés porque estaban todo el día encima de mi y ahora estoy tranquilo”*
- Hombre (44 años) *“En el piso he conseguido una estabilidad en la enfermedad, he aprendido a conocerla, también me ayuda tener una rutina y hacer actividades, me siento útil”*
- Hombre (31 años) *“En el piso me siento protegido y cuidado, se que puedo contar con los educadores y eso me da tranquilidad”*

- **Los usuarios coinciden que la estancia en la vivienda tutelada ha reforzado el sentimiento de utilidad y de capacidad**
 - Hombre (44 años) *“En el piso me siento útil y siento que soy de ayuda para los demás, por ejemplo cocino para mis compañeros y he aprendido a hacerlo bien y eso me hace sentir que sirvo”*
 - Hombre (31 años) *“Yo estaba en un CEEM y pensaba que no saldría de allí, pensaba que no era capaz de hacer nada y ahora hago tareas en el piso, gestiono mi dinero, he hecho cursillos y hasta he conseguido un trabajo”*
 - Mujer (44 años) *“Antes de estar en el piso yo era incapaz de hacer una cosa tan simple como ir de compras, ahora voy sola y disfruto, veo que puedo hacer cosas de las que me creía incapaz”*
 - Mujer (43 años) *“Me ayuda aprender a hacer las cosas por mi misma y ver que voy avanzando. También me siento útil porque puedo ayudar a mis compañeros”*

- **Los usuarios expresan encontrarse a gusto en la vivienda, a pesar de que inicialmente no sabían muy bien en qué consistiría su estancia en ella**
 - Hombre (37 años) *“Cuando apareció la posibilidad de ir a un piso tutelado dije que si, en casa no estaba bien, no sabía qué haría allí pero ahora estoy a gusto, el piso es mi casa y he aprendido a manejarme por mi mismo”*
 - Hombre (44 años) *“Pasé de estar ingresado en la UME a la vivienda tutelada, no sabía muy bien que haría allí y ahora me noto descansado, llevo tiempo sin ningún brote, ayuda mucho tener educadores para hablar con ellos”*
 - Hombre (31 años) *“Yo estoy contento, voy viendo que si uno hace las cosas que le mandan y va acostumbrándose a llevar una vida normal, puede hacer cada vez mas. Cuando llegué al piso pensé que no podría volver a estudiar y mucho menos trabajar, que estaría allí y ya está, y ahora veo que he podido hacer cursos e incluso prácticas en una empresa”*
 - Mujer (44 años) *“Me siento tranquila, tener psicólogos y educadores en el piso a tu disposición ayuda mucho porque puedes hablar de lo que te pasa, desahogarse es fundamental”*

5. Vida autónoma

- **En cuanto a la posibilidad de llevar una vida autónoma expresan tener miedo de recaer en la enfermedad**
 - Mujer (44 años) *“No me veo bien sola, solo me planteo la posibilidad de estar en un piso supervisado, pero siempre con un mínimo de control. También pienso que deberían haber mas trabajos protegidos, porque necesitaría dinero para alquilar un piso, pero no podría trabajar en un trabajo con mucha presión porque me pondría mal”*
 - Hombre (44 años) *“Yo necesito que me supervisen las tareas, me da miedo estar solo y volver a recaer en la enfermedad”*
 - Mujer (43 años) *“Creo que tendrían que haber mas trabajos protegidos, porque con nuestras pensiones es muy difícil poder alquilar una vivienda y vivir de manera independiente”*
 - Hombre (31 años) *“Me veo que he mejorado mucho, pero me da miedo tener un bajón y recaer en la enfermedad, ahora en el piso siempre tengo educadores para hablar y que me pueden ayudar”*
 - Mujer (43 años) *“No me veo viviendo sola, me da miedo enfrentarme a una situación que no sepa gestionar y fracasar”*
 - Hombre (37 años) *“La enfermedad es muy dura y a veces vuelven ideas, hay recaídas, es necesario que la gente que te ayuda te de esperanza y que los profesionales te guíen, te digan qué hacer y como hacerlo”*

- **Los usuarios coinciden en que la estancia en la vivienda les ha ayudado a crear un nuevo proyecto de vida**
 - Hombre (37 años) *“Yo, según la evolución que he tenido si me veo en un piso supervisado, aunque creo que me falta trabajar algunas cosas, por ejemplo ahora estoy tranquilo por que sé que si se me olvida la cita con el médico el educador me lo recuerda”*
 - Mujer (44 años) *“Yo sola no me veo, pero en un piso supervisado con alguna compañera si, aunque aún dependo mucho de los educadores sobretodo para realizar trámites de papeleo...”*
 - Hombre (31 años) *“Mi proyecto de vida se rompió cuando apareció la enfermedad, después de tantos ingresos y de estar en el CEEM pensé que ya no*

haría nada más. Ahora tengo un proyecto de vida diferente, he hecho cursos y he conseguido un trabajo y tengo ilusión de poder llegar a ser más independiente”

- *Mujer (43 años) “Yo tenía pareja y cuando apareció la enfermedad se rompió la relación y todos mis proyectos de futuro se esfumaron, la gente me rechazó, me decían que estaba loca y yo pensaba que ya no valía para nada; ahora estando en el piso tengo esperanza porque veo que voy mejorando en cosas y creo que podré estar en un piso supervisado siendo mas independiente”*
- *Hombre (44 años) “Yo se que no volveré a trabajar porque el primer brote que tuve fue en el trabajo, vivía para trabajar y cuando apareció la enfermedad y lo tuve que dejar me derrumbé, ahora tengo un proyecto de vida diferente, el piso me ha hecho sentirme útil y aunque no vuelva a trabajar puedo hacer otras cosas y tengo ilusión”*

5. ANÁLISIS (LOS PASOS DE LA RECUPERACIÓN)

El presente estudio, procura describir la experiencia subjetiva de las personas con enfermedad mental usuarias de las viviendas tuteladas sobre la adquisición de empoderamiento, conociendo cómo vivieron la aparición de la enfermedad mental y la repercusión en sus proyectos de vida, cómo ha sido su proceso de rehabilitación y qué les aporta a este proceso su estancia en una vivienda tutelada. En este apartado cotejaremos los resultados de nuestro análisis con los diferentes momentos del proceso de recuperación.

Las personas con TMG presentan una serie de restricciones como consecuencia de la enfermedad, agrupadas en las siguientes (20):

a.) Restricciones para la actividad:

Las personas con TMG se enfrentan a dificultades en su funcionamiento normal en la sociedad en áreas como:

- Autocuidados: cuidado de la higiene, vestuario, así como otros elementos que afectan a la salud y a la imagen social.
- Autonomía personal: capacidad de gestionar adecuadamente la vivienda, la economía, la alimentación y otras actividades cotidianas de la vida diaria.
- Control de la conducta: en situaciones de estrés social o en relación con sus síntomas, pueden comportarse de manera socialmente inapropiada.
- Capacidad de iniciativa y motivación: presentan dificultad para construir y desarrollar un proyecto vital viable y encuentran dificultades para su implicación en proyectos colectivos.

b.) Restricciones en la participación:

Son la consecuencia de la interacción de la persona con TMG con el entorno

- Relaciones interpersonales: carecen de una red social adecuada y sus relaciones sociales tienden a ser escasas.
- Dificultades para gestionar adecuadamente su tiempo libre.
- Funcionamiento laboral: dificultad de acceso y mantenimiento de empleo.

- Acceso a servicios sanitarios, sociales, de atención al ciudadano.
- Participación asociativa, política.

Los usuarios coinciden en que, antes de su estancia en la vivienda, se veían incapaces de llevar una vida normalizada.

- Hombre (37 años) *“Antes de estar en el piso no llevaba una higiene adecuada, vivía con mis padres y no salía prácticamente de casa, no tenía motivación ni ilusión por nada. Ahora soy capaz de llevar unos horarios, de hacer actividades, de responsabilizarme de mis tareas, tengo ilusión”*
- Hombre (31 años) *“Yo pensaba que no podría volver a estudiar, tampoco me relacionaba con gente, y desde que estoy en la vivienda he hecho varios cursos, me relaciono con la gente y he empezado a trabajar”*
- Mujer (44 años) *“Yo me veía incapaz de todo, no sabía hacer nada por mi misma. He aprendido a gestionar mi dinero, voy sola al médico y le pregunto dudas, llevo una vida ordenada”*

La persona con TMG pasa por una serie de momentos biográficos asociados a vivir con la enfermedad.

En primer lugar aparece el periodo de evolución previo a la detección y al diagnóstico, donde la persona percibe que ocurre algo pero no sabe el que y aparecen sentimientos de desconcierto y preocupación, por eso es muy importante la detección precoz.

- Mujer (44 años) *“tengo la sensación de haber perdido muchos años de mi vida yendo de un médico a otro, me hubiera ayudado que un profesional me hubiera diagnosticado correctamente al principio de mi enfermedad”*

Cuando se desencadena la enfermedad, en muchas ocasiones es necesario recurrir a la hospitalización, ya que suele parecer en un ambiente de confusión, alarma, descompensación y crisis. Es un periodo traumático, y suele representar un momento de ruptura en la situación vital de la persona, inferir o interrumpir el periodo de formación profesional, escolar o profesional.

- Hombre (37 años) *“De momento me encuentro con muchos obstáculos, no quería hablar, no quería hacer cosas como cuidar mi higiene personal, estar con mi familia y me aislaba, había estudiado y tenía trabajo, pero lo tuve que dejar”*
- Hombre (31 años) *“Yo estaba estudiando bachiller y empecé a notarme raro, no hablaba, me aislaba, dejé de estudiar”*
- Hombre (44 años) *“A veces entraba en trance, cogía el coche y aparecía en cualquier sitio, los brotes eran continuos y tuve que dejar de trabajar”*

Más tarde aparece la instauración del tratamiento. Es importante considerarlo como el comienzo de un proceso de rehabilitación enfocado a la recuperación. Muchos pacientes o bien no aceptan el diagnóstico y por ende abandonan el tratamiento, desconocen el significado del diagnóstico y sus consecuencias.

- Hombre (37 años) *“No me solía tomar la medicación y cada vez estaba peor”*
- Mujer (44 años) *“Me dijeron que tenía esquizofrenia, me dieron un tratamiento, yo no sabía lo que era”*

Por último, encontramos la entrada en el sistema de rehabilitación psicosocial. El objetivo de los programas y procedimientos de rehabilitación es la recuperación de las personas afectadas. Recuperación significa alcanzar una forma de vida en que es posible sobreponerse a los efectos de la enfermedad, de manera que ésta se asume y se logra definir una expectativa de vida más allá de los efectos de la enfermedad.

Se suele definir la recuperación de dos maneras:

- Definiciones cualitativas: definen la recuperación como “un único y profundo proceso de crecimiento personal más allá de la catástrofe de una enfermedad mental severa” (21).
- Definiciones operativas: consideran la recuperación como “una situación de remisión sintomática (hasta niveles soportables para el paciente), funcionamiento ocupacional (al menos media jornada en un sector competitivo durante dos años), vida independiente sin supervisión diaria y el mantenimiento espontáneo de relaciones sociales” (22).

- Mujer (43 años) *“Estando en el piso tutelado y yendo al CRIS he aprendido a conocer mi enfermedad, saber cuando me estoy empezando y a poner mal y ponerle remedio”*
- Hombre (31 años) *“Cuando llegué al piso tutelado pensaba que no podría hacer nada y ahora estoy haciendo cursos, he hecho prácticas en empresas...”*

- Hombre (37 años) *“Si conoces bien la enfermedad puedes detectar cuando va a venir un brote, por eso ayuda estar en un piso e ir al CRIS, porque te ayudan a aceptar tu enfermedad y vivir con ella”*

Una mayor estabilidad en la vivienda correlaciona con tiempos inferiores de hospitalización psiquiátrica (8).

- Hombre (44 años) *“Desde que estoy en el piso no he tenido ningún ingreso en el hospital, antes eran muy a menudo, ahora conozco la enfermedad y estoy estable”*
- Hombre (31 años) *“No he vuelto a ingresar, a veces tengo pensamientos como que la gente habla de mi, pero los comunico al educador y se me pasan”*
- Mujer (44 años) *“Ahora se que cosas me pueden poner peor de la enfermedad, como por ejemplo el estrés y me ayudan a controlarlo, voy a mi psiquiatra del centro de salud peor no he tenido ninguna recaída en un año”*

En cuanto al papel de la familia, los usuarios reconocen que hubiera sido de gran ayuda en su proceso de recuperación la comprensión y el apoyo familiar.

- Hombre (37 años) *“Mis padres nunca han entendido mi enfermedad, durante mucho tiempo pensaron que era culpa mía por haber salido tanto de fiesta”*
- Hombre (44 años) *“Me hubiera ayudado que mis padres me comprendieran, cuando apareció la enfermedad me sentí muy solo”*
- Mujer (44 años) *“Creo que es importante explicar a los padres lo que es la enfermedad para que sepan como tratarnos”*

El usuario es capaz de intervenir directamente en su proceso de recuperación *“teniendo voz en su tratamiento y en la atención que reciben”* (OMS, 2010). Y esto es necesario para que pueda retomar el control de su vida.

El empoderamiento está dirigido a dotar de autonomía a la persona, y para crecer en autonomía es necesaria la adquisición de habilidades para desenvolverse de manera autónoma, así como ganar en autoestima y en dignidad.

Cuando no existe empoderamiento aparece la dependencia y la sumisión, por eso no se puede lograr el proceso de recuperación de una persona si ésta no participa activamente en él.

La OMS (2010) plantea las condiciones necesarias para que la persona retome el control de su vida:

- Esperanza y respeto
- Reclamación de la propia vida
- Sentimiento de conexión con los demás
- Entender que las personas tienen derechos
- Desarrollo de aptitudes que la propia persona defina como importantes
- Crecimiento y cambio continuo

El empoderamiento, es también, el proceso por el cual las personas, organizaciones y comunidades adquieren control y dominio de sus vidas (23) Es un proceso que tiene cuatro niveles de actuación:

- Social
- Provisión de servicios y desarrollo profesional
- Comunitario
- Individual

El proceso de empoderamiento de la persona consta de cuatro dimensiones (24):

- Autoconfianza
 - Participación en las decisiones
 - Dignidad y respeto
 - Pertenencia y contribución a una sociedad más plural
- Hombre (37 años) *“Tengo confianza en mi mismo porque me veo capaz de hacer cosas, veo que he ido evolucionando”*
 - Mujer (43 años) *“Me veo mas autónoma y eso me hace sentirme mejor, tener mas autoestima, yo sentía que no valía para nada y ahora hago cosas por mi misma, como ir a comprar, decidir qué quiero estudiar y hacerlo...”*

Algunos estudios indican que la recuperación está vinculada con los valores de participación e inclusión social, participación en su proceso de recuperación, adquisición de habilidades para manejar la enfermedad y aumento de confianza para poder tomar decisiones sobre su vida y su enfermedad de forma independiente.

Se podría decir que la recuperación se relaciona con el empoderamiento individual y social de las personas con enfermedad mental (25).

- Hombre (31 años) *“Me siento dentro de la sociedad, llevo una vida normal, voy al médico y tomo medicación pero tengo un trabajo y soy responsable con mis cosas”*
- Hombre (44 años) *“He aprendido a manejar la enfermedad, ahora se lo que me pasa y porque, conozco los síntomas y cuando empiezo a notar algo raro lo comunico a los educadores, también se que situaciones me podrían hacer recaer”*

Las últimas evidencias de estudios observaron que el apoyo de iguales constituye una intervención eficaz, que promueve el empoderamiento y mejorara la calidad de vida y la participación de los usuarios (26).

- Hombre (37 años) *“En el piso tutelado me siento acompañado por mis compañeros y no me veo diferente, nos ayudamos entre nosotros”*
- Mujer (44 años) *“Me ayuda compartir cosas con mis compañeras del piso, somos iguales y nos ayudamos con la enfermedad”*

6. CONCLUSIONES

- La metodología cualitativa permite una aproximación cercana a la subjetividad del proceso de recuperación.
- Se evidencia una satisfacción por parte de los usuarios en cuanto a su estancia en la vivienda tutelada, así como una dotación de mayor autonomía desde su ingreso en ella.
- Se revela importante el papel de la psicoeducación respecto a la enfermedad tanto para los usuarios como para los familiares. En cuanto a los usuarios es necesario proporcionarles información sobre la enfermedad, para así poder evitar futuras recaídas, y en cuanto a la familia con el objetivo de disminuir la alta emoción expresada y promover un trato adecuado y una mayor comprensión.
- Se observa que las viviendas tuteladas ayudan a crear un nuevo proyecto de vida.
- Se revela la importancia de las viviendas supervisadas respecto a la adquisición de una vida autónoma.
- Se percibe la necesidad de trabajar hacia la recuperación de la esperanza y el refuerzo de capacidades para así evitar el miedo a la vida autónoma.
- Los participantes en los grupos se muestran ambivalentes ante la posibilidad de desarrollar una vida autónoma fuera del entorno protegido del grupo. Es necesario evitar paternalismo profesional para favorecer el empoderamiento.
- Sería interesante la realización de estudios similares en varias viviendas tuteladas para evaluar la percepción de los niveles de empoderamiento de los usuarios allí residentes y aprender sobre qué circunstancias favorecerían una emancipación real.

- Para tales estudios deberían tenerse en cuenta las limitaciones metodológicas del presente que cumple con su objetivo de estudio exploratorio y preliminar.

7. CONSIDERACIONES FINALES

La vivienda tutelada para hombres “Gobernador” y la vivienda tutelada para mujeres “Ulloa” pertenecen al Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón y prestan servicio a personas con enfermedad grave desde el año 2009.

En el año 2014 se instauró el programa de Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) es un modo de programar atención comunitaria integral y continuada a pacientes con enfermedad mental grave, a fin de que puedan alcanzar el máximo nivel de integración social, calidad de vida y de relaciones interpersonales, y evitar las circunstancias de rechazo, marginación-exclusión social que tradicionalmente se ha cernido como máximos riesgos de fracaso y sufrimiento añadido en las vidas de estos pacientes.

El concepto “Tratamiento Asertivo Comunitario” se podría desglosar como:

- Tratamiento = Vehículo hacia la Recuperación.
- Asertivo = Interés activo en la vinculación y mantenimiento de la alianza terapéutica.
- Comunitario = Trabajo en la comunidad con servicios sanitarios y/o normalizados.
Intervención “in vivo” (sobre el terreno).

El TAC consiste en “proporcionar atención comunitaria integral y continua a personas con un trastorno mental grave, para lograr el máximo nivel de integración social, calidad de vida y relaciones interpersonales evitando así las consecuencias del estigma; rechazo, marginación y exclusión social que tradicionalmente se han señalado como máximos factores de riesgo asociados a las recaídas y al sufrimiento añadido en las vidas de estas personas” (H. Monsalve).

Sus objetivos son:

1. Ofrecer atención socio-sanitaria en un entorno natural de las personas que sufren TMG.
2. Desarrollar un sistema de continuidad de cuidados accesible y cercano.
3. Desarrollar equipos multidisciplinares e intersectoriales.
4. Potenciar la prevención y promoción de la salud.
5. Lograr la adherencia suficiente para la continuidad del tratamiento.

6. Desarrollar las capacidades de cada paciente.
7. Intervención familiar.
8. Coordinación con otros dispositivos en red: recursos sanitarios y/o sociales.
9. Inserción laboral.

Este programa está dirigido a pacientes que habiendo estado durante un tiempo en alguna de las viviendas tuteladas pertenecientes al Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón, han recibido el alta de las mismas o se ha considerado oportuno dar un paso más allá en su inserción social y comunitaria buscando recursos de alojamiento y vivienda más normalizados.

Son pacientes con enfermedad mental grave y crónica que tras su valoración por parte del equipo de educadores y personal responsable de las viviendas, y siempre bajo la atención de la Unidad de Salud Mental de referencia, cumplen los requisitos para su salida manteniendo los diferentes recursos sociales y/o laborales en los que se encontraba incluido.

La supervisión la efectúan los propios educadores de las viviendas con los que ya se había establecido la alianza terapéutica pero de una forma mucho más flexible y con menor control.

Los educadores acuden una vez por semana al domicilio del paciente para comprobar que se mantiene el orden y supervisar tanto el cumplimiento de tareas básicas como las visitas a la Unidad de Salud Mental de referencia, reforzando así, los conceptos de conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento.

Los pacientes firman un contrato aceptando dicha supervisión y se comprometen al cumplimiento de las tareas que entre ambas partes se establezcan.

Dicho seguimiento se realiza durante los doce meses posteriores al alta de la vivienda, con posibilidad de prorrogar el programa durante el tiempo que se considere necesario siendo esto último valorado por el equipo multidisciplinar que atiende al paciente, es decir, educadores, psiquiatra, psicólogo y demás agentes sociales y/o rehabilitadores que intervengan con el paciente.

Durante el periodo de seguimiento, los educadores proponen a dicho equipo reuniones trimestrales para valorar el estado de los pacientes, así como reuniones o contacto con familiares a fin de donar soporte comunitario y evitar posibles recaídas.

En la actualidad existen dos viviendas supervisadas en las que conviven 2 hombres en cada una, y una en la que conviven 2 mujeres.

Después de realizar este trabajo veo necesario mejorar una serie de puntos respecto al trabajo en las viviendas tuteladas.

En primer, lugar considero necesaria la realización de reuniones mensuales con las familias de los usuarios. Como se ha comentado anteriormente, la psicoeducación es necesaria para que se pueda reducir la alta emoción expresada presente en muchas familias y así asegurar una mayor estabilidad de los usuarios cuando realizan visitas al domicilio familiar.

También se deberían realizar más talleres sobre la enfermedad mental, dando la opción a los usuarios de consultar dudas y establecer un plan de crisis, para que en un futuro y tras el paso a una vivienda supervisada puedan tener un adecuado manejo de su enfermedad y pierdan el miedo a tomar totalmente las riendas de vida.

Por otro lado, veo importante trabajar la seguridad de los usuarios para evitar el miedo a llevar una vida totalmente autónoma, creo que para ello ayudaría que los educadores dejáramos a un lado el paternalismo, que en ocasiones, hace que los usuarios creen cierta dependencia hacia nosotros e inseguridad sobre sus capacidades.

Por último, también recalcaría la importancia de realizar acciones contra el estigma. Nos hemos encontrado con muchos problemas a la hora de ayudar a los usuarios que dan el paso a la vivienda supervisada, a encontrar una vivienda de alquiler. Ya que por el hecho de padecer un trastorno mental muchos arrendatarios han decidido no alquilarles la vivienda.

8. ANEXOS

8.1 MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado para los participantes en la investigación

El objetivo de este estudio es conocer que nos ayuda a recuperarnos de una enfermedad mental.

Para ello te pedimos que accedas a participar en un grupo junto con otras personas que han experimentado problemas de salud mental. Esto tomará aproximadamente 60 minutos y consiste en una conversación sobre algunos temas que irán proponiendo los investigadores. La sesión se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que hayas expresado. Todo lo conversado en los grupos focales será estrictamente confidencial, es decir, será una información solo conocida por parte de los investigadores. La información será codificada usando un número de identificación y por lo tanto no llevará tu nombre.

Si tienes alguna duda sobre este proyecto, puedes hacer preguntas en cualquier momento durante tu participación en él; igualmente podrás conocer los resultados finales del mismo y podrás retirarte o negarte a responder cualquier pregunta que consideres prudente omitir la respuesta o te afecte emocionalmente.

Agradecemos tu participación

YO

CON DNI

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) de la meta de este estudio.

Me han indicado también, que debo responder unas preguntas y que puedo retirarme de la investigación o negarme a responder cuando yo lo considere necesario. He sido informado además del tiempo de mi participación en el grupo focal.

Reconozco que la información que yo provea es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito diferente al de esta investigación. He sido informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento, sin que esto acarree perjuicio alguno para mí.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de esta investigación cuando ésta haya concluido.

Firma del investigador

Firma del Participante

Fecha: _____

8.2 SOLICITUD PERMISO ESTUDIO

Yo, Adriana Sanz Beltrán, educadora de la Vivienda Tutelada perteneciente al Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón, para personas con enfermedad mental grave, solicito permiso para llevar a cabo el trabajo final del Máster universitario en Rehabilitación psicosocial en salud mental comunitaria, el cual estoy cursando actualmente. Dicho trabajo consistente en la realización de un estudio cualitativo sobre el empoderamiento de la persona con enfermedad mental, cuyas características están detalladas a continuación.

El trabajo de fin de Master está autorizado por Mikel Munarriz Ferrandis, profesor asociado de Psiquiatría y miembro del Comité Académico del Master.

ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE EL EMPODERAMIENTO DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL

Objetivo del estudio: Evaluar qué favorece el empoderamiento de la persona con enfermedad mental grave.

Diseño: Estudio cualitativo a partir de la información obtenida en grupos focales con usuarios.

Muestra: Usuarios de las Viviendas Tuteladas para Personas con Enfermedad Mental Grave pertenecientes al Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.

Procedimiento: Realizar 1 o 2 sesiones, de aproximadamente 60 minutos cada una, con el grupo focal formado por 5 usuarios.

Consideraciones éticas:

Los participantes participan de manera voluntaria y firman el consentimiento informado que se adjunta.

La conducción del grupo esta dirigida a fomentar un dialogo espontáneo y no supone ninguna intervención activa. El grupo focal es una técnica de recogida de información que se caracteriza por la mínima directividad posible por parte del entrevistador.

En la conducción del grupo participan la investigadora principal y el tutor, que cuentan con una dilatada experiencia clínica y en la metodología.

Los participantes recibirán información sobre los resultados y se pedirá que la validen antes de elaborar las conclusiones definitivas.

8.3 PERMISO ESTUDIO



De: Comisión de investigación

A: Adriana Sanz

En la reunión del 9 de mayo de 2019, se reunió la comisión de investigación del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón evaluándose de trabajo de fin de máster de Dña. Adriana Sanz Beltrán que tiene como título "Estudio cualitativo sobre el empoderamiento de la persona con enfermedad mental".

Tras la subordinación de algunas deficiencias se autoriza la realización del estudio referido en este Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón

En Castellón a 20 de junio de 2019

El secretario de la comisión de Investigación
Dr. Pablo Juliani

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) López & Laviana, 2007
- (2) Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno Mental Severo, 2003
- (3) Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007
- (4) Ariño B. Pio M.S. El papel de las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria. 2007; 7 (2), 115 – 126
- (5) Ademm usuarios de Salud Mental de Catalunya. La relación entre usuarios y profesionales en el ámbito de la salud mental
- (6) Anthony, 1993
- (7) Andresen, Oades & Caputi, 2003
- (8) Bond, G.R, Drake, R.E. Mueser, K.T, et al. Assertive community treatment for people with severe mental illness: critical ingredients and impact on patients. Diseases Management and Health Outcomes, 2001; 9: 141 – 159.
- (9) Pratt, S.I y Mueser, K.T. Schizophrenia. En Anthony, M.M y Barlow, D.H. (eds), Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders (pp. 375 – 414). Guildford Press, 2002
- (10) www.inclusio.gva.es/es/web/discapitados/vivienda-tutelada2bb
- (11) Organización mundial de la salud (OMS) Oficina Regional para Europa. Declaración Europea de Salud Mental 2005
- (12) Musito & Buelga, 2004
- (13) Empoderamiento del usuario de salud mental – declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS
- (14) Declaration of Alma – Ata. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1978
- (15) Ottawa Charter for Health Promotion. Copenhagen. WHO Regional office for Europe, 1986
- (16) Gaining Health. The Europe Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006

- (17) Mental Health Declaration for Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe
- (18) Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve Health? Copenhagen, WHO Regional Office of Europe, 2006
- (19) MA. Prieto Rodriguez, JC. March Cerdá. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. 2002 (pp. 366 – 373)
- (20) Modelo de atención a personas con enfermedad mental grave
- (21) Anthony y Farkas, 2005
- (22) Liberman y Kopelik, 2004
- (23) Rappaport, 1984
- (24) OMS, 2010, p. 4
- (25) Barbic, Krupa, & Arsmtrong, 2009; Chen, & Li, 2009; Musito & Buelga, 2004
- (26) Campos et al., 2014