

**Meritxell López Picazo**

**Sandita Simona Nazare**

# **PROPUESTA DE INTERVENCIÓN: PROYECTO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN TMG**

**TRABAJO FINAL DE GRADO**

**Dirigido por: Sra. Inés Sombrero**

**Enfermería**



**UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI**

**Facultad de Enfermería**

**TARRAGONA 2020**

# ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	1
2. OBJETIVOS .....	3
3. MARCO TEÓRICO .....	4
3.1 Definición trastorno mental grave.....	4
3.2 Contexto actual de la Salud Mental.....	5
3.3 Características del paciente con TMG .....	7
3.4 Tratamiento.....	10
3.5 Papel de la enfermera en la rehabilitación.....	13
4. METODOLOGÍA.....	16
4.1 Bases de datos y fuentes documentales consultadas .....	16
4.2 Palabras clave .....	16
4.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	16
4.4 Estrategia de búsqueda bibliográfica .....	17
4.5 Resultados .....	18
5. RESULTADOS .....	19
5.1 Propuesta del proyecto.....	19
5.2 Destinatarios.....	20
5.3 Descripción del proyecto.....	21
5.4 Objetivos.....	22
5.5 Desarrollo del proyecto.....	22
Módulo 1: Higiene personal .....	22
Módulo 2: Alimentación y hábitos saludables .....	25
Módulo 3: Reconocimiento de síntomas y adherencia al tratamiento .....	28
Módulo 4: Participación comunitaria.....	31
Módulo 5: Prevención consumo de tóxicos.....	34
Módulo 6: Ocio y tiempo libre.....	36
5.6 Recursos.....	42

5.7 Aspectos éticos.....	42
5.8 Evaluación .....	43
6. DISCUSIÓN.....	44
8. CONCLUSIÓN.....	48
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	49
10. ANNEXOS .....	54
Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	54
Anexo 2. HOJA INFORMATIVA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN .....	55
Anexo 3. ESCALA SOBRE EL PERFIL DE HABILIDADES DE LA VIDA COTIDIANA LIFE SKILL PROFILE “LSP” .....	57
Anexo 4. CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN PARA LOS PARTICIPANTES ...	60
Anexo 5. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN FINAL PARA LOS PROFESIONALES .....	61

## **RESUMEN**

Este trabajo está orientado al abordaje del trastorno mental grave (TMG). Estas personas sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada y les produce un grado de discapacidad y disfunción social. El paciente debe ser atendido mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social. El objetivo de este trabajo es elaborar una propuesta de intervención con el fin de llevar a cabo un proyecto de intervención psicosocial. La metodología utilizada se basa en una revisión bibliográfica descriptiva en las bases de datos de PubMed, Dialnet, CUIDEN PLUS, Redalyc y CINAHL. Se escogieron un total de 20 artículos, según los criterios previamente establecidos, para llevar a cabo un total de 12 actividades estructuradas en 6 módulos. En conclusión, enfermería puede ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes con TMG mediante una atención holística y una educación sanitaria donde se pretende modificar estilos de vida (alimentación, ejercicio, tabaco y sustancias nocivas, ocio, etc.), gestionar la sintomatología y proporcionar apoyo físico, psíquico y emocional al paciente y a la familia.

## **ABSTRACT**

This coursework is aimed to approach serious mental illness (SMI). These mentally ill people suffer from severe psychiatric disorders that cause long-lasting mental alterations, which produces a degree of disability and social dysfunction in the patients. The patient has to be taken care of through several public health means in the psychiatric and social net. The aim of this coursework is to elaborate an intervention proposal in order to perform a psychosocial intervention project. The methodology used is based on a descriptive bibliographic review in PubMed, Dialnet, CUIDEN PLUS, Redalyc and CINAHL data basis. A total of 20 articles were chosen, following the already established criteria, in order to carry out a total of 12 activities structured within 6 different units. In conclusion, nursing can help improve the SMI patients' quality of life by means of holistic attention and sanitary education that intends to modify the lifestyles (diet, exercise, tobacco and harmful substance, leisure, etc.), to manage the symptomatology and to supply physical, emotional and psychological support to both the patient and the patient's family.

**PALABRAS CLAVE:** trastorno mental grave, trastorno mental severo, serious mental illness, rehabilitación psicosocial, enfermería.

## 1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo está orientado al abordaje del trastorno mental grave (TMG). Las enfermedades mentales cada vez tienen más prevalencia en la actualidad. Según datos de la Organización Mundial de la Salud<sup>1</sup> (OMS) *una de cada cuatro personas sufrirá algún tipo de problema en salud mental al largo de su vida. Esto significa que el 25% de la población está en una situación de especial vulnerabilidad. En España, excluyendo los trastornos causados por el uso indebido de sustancias, al menos el 9% de la población padece un trastorno mental en la actualidad.*

Como dice Barbato<sup>2</sup>, *“la prevalencia de personas que sufren esquizofrenia y trastornos asociados es aproximadamente del 0,5%, aunque se encuentren prevalencias hasta del 1,8% en pequeñas comunidades aisladas, o en grupos sociales desaventajados, como las minorías étnicas”.*

*En 2015, un total de 11.148 personas fueron atendidas en los centros de salud mental de adultos (CSMA) de la Región Sanitaria Camp de Tarragona, de las cuales 3.723 (33.4%), lo fueron por un trastorno mental grave.<sup>3</sup> Según el Servei Català de la Salut<sup>4</sup> durante el 2018 en Catalunya fueron atendidos por los centros ambulatorios de salud mental un total de 172.420 adultos.*

La atención psiquiátrica está siendo sometida a nuevas condiciones y determinantes. Las estancias hospitalarias son cada vez más cortas, con una media actual de 10 días comparados con los 24 días de hace unos años. El tratamiento se centra en la intervención de la crisis y los profesionales se dedican a tratar síntomas y a diagnosticar para intervenir de manera farmacológica. Se utilizan actividades recreativas para identificar los pensamientos y conductas del paciente. Las actividades suelen mostrar el grado en que la medicación puede estar interfiriendo en el funcionamiento básico del paciente.

Para aquellos pacientes que tienen enfermedades mentales crónicas, el tratamiento a menudo se queda corto y la rehabilitación no se completa. Vuelven a la comunidad donde son discriminados y con recursos limitados y poco coordinados. Se ha observado que la mayoría de las personas que sufren un trastorno mental grave muestran una carencia en el cuidado personal, en la organización doméstica o se encuentran en una situación de aislamiento social que les impide realizar las actividades de la vida diaria de forma normalizada. Si el paciente no ingresa en una unidad rehabilitadora, le supondrá un exceso de tiempo libre, asociado en muchas ocasiones a una falta de

capacidad para ocupar este tiempo libre de forma positiva. Todo esto repercute en la vida de estas personas afectando desproporcionadamente a la comorbilidad médica hasta llegar a tener una mortalidad mucho más temprana en comparación con la población general, se habla de unos 32 años antes que la población general. Estas elevadas tasas de mortalidad se deben a un mal manejo de las enfermedades mentales y por ello, sería fundamental mejorarlo.

Con este proyecto se pretende dar refuerzo a estas actividades, además de adquirir habilidades sociales y fomentar la autonomía personal. Las actividades que promovemos pueden ser un elemento que da sentido a sus vidas, con el que se sientan competentes, útiles e integrados en la sociedad. La adquisición de tener un rol activo puede convertirse en parte de su identidad personal, aportando beneficios a su salud mental y teniendo un impacto positivo en otras áreas afectadas. Mediante estas actividades se trabajarán aspectos relacionados con la higiene personal, alimentación, participación comunitaria y gestión de emociones.

El trabajo está formado por los siguientes apartados: en primer lugar, una introducción del tema elegido junto con los objetivos planteados; en el segundo apartado un recorrido de la historia de la salud mental, el trastorno mental grave y la rehabilitación psicosocial; el tercer apartado se centra en el desarrollo del proyecto de intervención, los recursos para llevarlo a cabo y su posterior evaluación; y en el último se realiza la discusión y las conclusiones.

## **2. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO PRINCIPAL:**

Elaborar una propuesta de intervención para llevar a cabo un proyecto de intervención psicosocial, favoreciendo la integración social de las personas con TMG.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Fomentar la autonomía y aumentar la calidad de vida del paciente con TMG, cuya enfermedad ha ocasionado limitaciones o falta de habilidades para el desarrollo de sus actividades sociales y de la vida diaria.
- Fortalecer el autoconcepto y la autoestima a través de la toma de decisiones.
- Determinar el papel de enfermería en el proceso de rehabilitación psicosocial.

### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1 Definición trastorno mental grave**

Para definir el Trastorno Mental Grave (TMG), la definición que alcanza un mayor grado de consenso es la que formuló el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos<sup>1</sup> (NIMH) en 1987, que define a este colectivo como *“un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”*. Este concepto incluye: el diagnóstico clínico, la duración del trastorno y el funcionamiento social, familiar y laboral de la persona.

En el diagnóstico clínico se incluirán todas las categorías diagnósticas donde exista un patrón de relaciones gravemente alterado o un comportamiento inadecuado al contexto. Se incluirá a las personas que cumplen los criterios diagnósticos de por lo menos una de las siguientes categorías diagnósticas de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992):

- Trastornos esquizofrénicos
- Trastorno esquizotípico
- Trastornos delirantes
- Trastornos esquizoafectivos
- Trastorno bipolar
- Trastornos depresivos graves
- Trastorno obsesivo compulsivo

#### **Duración de la enfermedad**

En cuanto a la duración del trastorno, esta debe de tener una evolución igual o superior a 2 años o que se prevea que el paciente va a requerir para su tratamiento una intervención compleja debido a un deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses (abandono de roles sociales y riesgo de cronificación), aunque remitan los síntomas.

#### **Presencia de discapacidad**

Las personas con un TMG suelen presentar déficit en autocuidados, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre y/o en el funcionamiento cognitivo. Este deterioro se debe valorar mediante la Escala de Evaluación de la

Actividad Global<sup>5</sup> (EEAG) y la Escala de Evaluación de la discapacidad de la OMS<sup>6</sup> (DAS-I) o GAF.

### **Causas de la enfermedad**

El TMG se entiende también como un colectivo de personas con dificultades funcionales semejantes, resultado de un conjunto de factores interrelacionados, donde podemos clasificar factores biológicos, psicológicos y sociales.

- **Factores biológicos:** aunque de manera no completamente aclarada o científicamente comprobado, se reconoce la posible influencia a factores genéticos, infecciosos, traumáticos, tóxicos, etc.
- **Factores psicológicos:** se admite la importancia de factores psicológicos personales en el curso y evolución de la enfermedad (descritos por ejemplo como la “capacidad de afrontamiento” de los síntomas).
- **Factores sociales:** hay estudios que sugieren que factores relacionados con la infancia pueden tener influencia en la expresividad de factores de riesgo (por ejemplo, de determinados factores de riesgo genéticos). Se ha comprobado que otros factores como el tipo de relación familiar o el nivel de soporte social condicionan su evolución.

### **3.2 Contexto actual de la Salud Mental**

A lo largo de la historia han existido diversas concepciones y discursos en torno a la salud mental y su evolución.

Durante el Renacimiento, las personas con trastornos mentales eran reconocidas como “locos”, rechazados y castigados por la sociedad. En esta época surge la práctica de la “Nave de los locos”, una barca en la que estas personas son expulsadas de las ciudades y acaban vagando a la deriva por los ríos europeos. Otra práctica que llevaron a cabo fue el “Gran encierro” en los siglos XVII y XVIII, donde aislaban a personas con trastornos mentales, mendigos y ladrones en internados y hospitales (que en aquel momento carecían aún de intención curativa) con el motivo de considerarlos “malos espíritus” y “evitar el contagio de la locura”.

Más adelante, se inicia un proceso en el que la “locura” empieza a ser silenciada y marcada (aún no como una enfermedad) por la moral cristiana, pasando estas personas a ser concebidos como animales, como no humanos que deben ser domados por su exceso de libertad (que es lo que los ha llevado a la locura) a través de torturas y

maltrato físico. Su experiencia serviría para adoctrinar al resto: se mostraba a la sociedad adónde llevaba la inmoralidad. La razón, a partir de la moral cristiana, marca los límites de lo “razonable” y todo aquello no racional es considerado locura y queda fuera, es excluido socialmente.

En el XIX la “locura” es definida como la falta de moral y que se produce debido a un exceso de libertad, de sentimiento religioso o de estudio. Es decir, su origen se enmarca dentro de la vida social y las relaciones sociales, ya no se trata de algo “no humano”, sino que es una posibilidad emergente en el medio social.

En el siglo XX se va forjando un concepto nuevo de enfermedad mental más biológica. En esta época se otorga una mayor relevancia a la observación clínica del trastorno mental, así como a su supuesto origen biológico o genético, desplazando los síntomas que experimenta la persona enferma a un segundo plano: aparece entonces la psiquiatría como especialidad médica. Paralelamente surgen en esta época las teorías psicoanalíticas del neurólogo austriaco Sigmund Freud, que conceden un mayor protagonismo a los síntomas del enfermo como vía para la comprensión de su experiencia y como medio terapéutico, si bien se dedicaba fundamentalmente al tratamiento de la neurosis y la histeria, común entre la clase burguesa de la época. La teoría psicoanalítica aporta elementos interesantes para la comprensión de la estructura de la psique humana, pero la psiquiatría clínica trata los trastornos mentales graves a través de terapias puramente orgánicas, hoy clasificadas como crueles e inhumanas, como la lobotomía (cirugía en la que se extirpa una o varias conexiones nerviosas de un lóbulo cerebral), practicada legalmente por última vez en 1967. Este tipo de terapias serán sustituidas, con el paso del tiempo, por tratamientos farmacológicos menos agresivos.

Actualmente, a pesar de que los trastornos de salud mental nos rodean en el día a día, éstos siguen siendo grandes desconocidos entre la población.

El comportamiento frente a personas con trastornos de salud mental a menudo está afectado por los estereotipos, a causa de este desconocimiento, del miedo a lo desconocido, de los prejuicios y actitudes que llevan a una difícil recuperación de estas personas y su integración en la comunidad. De hecho, el rechazo social, el aislamiento y el sufrimiento que provoca, pueden llegar a ser peores que la propia situación de salud.

Esta estigmatización, además de incrementar el sufrimiento personal, el aislamiento y la exclusión social provoca una falta de integración y de participación en las actividades

de la comunidad (como estudiar, ir a comprar, realizar actividades de ocio, etc.), una dificultad a la hora de obtener una vivienda, conseguir o mantener un trabajo y otros aspectos de vital importancia que acaban afectando todavía más la salud de estas personas y condicionan hasta los tratamientos, ya que muchas de estas personas no recurren a los servicios de salud o lo hacen tarde por miedo a ser etiquetados.

El Estigma se puede definir como <sup>7</sup> *un conjunto de actitudes sociales negativas hacia el colectivo de personas con enfermedad mental y hacia la misma persona, con distintas intensidades y matices*. Estas actitudes dan lugar a estereotipos, prejuicios y discriminaciones. La discriminación, se basa en atribuciones sobre las supuestas características de las personas con salud mental, el etiquetado desfavorable y la culpabilización por parte de la sociedad, provocando una desventaja en la calidad de vida de las personas que sufren estas enfermedades.

El estigma social en personas con TMG, tiene muchas consecuencias negativas. Una de ellas es el autoestigma que provoca que una parte importante de estas personas interioricen aspectos del estigma que les hace aceptar la imagen social predominante como, por ejemplo, que son personas peligrosas, incompetentes, incurables, etc. Esto hace que dichas personas presenten consecuentemente sentimientos de desvalorización, vergüenza, desconfianza, falta de esperanza y acaban desarrollando conductas de evitación y aislamiento. De ahí, surge el concepto contradictorio de la “conciencia de enfermedad”, que puede favorecer la adherencia al tratamiento, pero también puede ser una barrera para la recuperación por el hecho de causar una baja autoestima, depresión, pérdida de oportunidades, entre otras.

Es por este motivo que nuestra propuesta de intervención pretende que las personas con TMG adopten una identidad positiva, alternativa a la de “usuario/paciente” y ayudarles a formar parte de la comunidad en general mediante el aumento de autoestima, la confianza y participación social. De esta forma, la integración social de las personas con trastornos mentales va más allá de la recuperación de sus capacidades y habilidades afectadas en este proceso, e implica también la consideración de la persona como ciudadano en pleno derecho de desarrollar acciones que hagan posible alcanzar los diferentes roles sociales significativos.

### **3.3 Características del paciente con TMG**

Las personas que padecen un TMG no solo padecen una sintomatología psicopatológica, sino que presentan problemas más complejos que afectan también a

otros aspectos como el funcionamiento psicosocial y la participación en la comunidad. No debemos olvidar que, aunque se identifiquen problemas más o menos comunes, éstos se concretan en cada persona de un modo particular e individual en función de la interacción de múltiples factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales, que intervienen en la historia de vida de cada uno de ellos y asimismo en función de la atención y servicios que reciben.

Los síntomas de las enfermedades mentales son experiencias subjetivas de la persona o fenómenos detectables en la conducta que expresan la reacción a un daño sufrido por la persona; implican desviaciones del normal funcionamiento o expresan daños en la integridad del sujeto.

Resumidamente, enumeramos los síntomas más frecuentes:

- **Alteraciones del pensamiento:** (p.e., las ideas delirantes) consisten en creencias que se imponen a la persona, que el sujeto no comparte con los demás en su medio cultural y que no son modificables por la experiencia.
- **Alteraciones del estado de ánimo:** como la depresión (situación de tristeza extrema, con falta de interés por la vida, angustia, sensación de incapacidad para hacer nada y postración, con alto riesgo de suicidio y falta de reactividad ante las circunstancias de la vida) o el estado de manía (estados persistentes de euforia, con insomnio, hiperactividad y trastornos del pensamiento y del comportamiento).
- **Alteraciones de la sensopercepción:** percepciones inusuales y anómalas causadas por su enfermedad. Las más frecuentes son de tipo auditivo.
- **Alteraciones neurocognitivas:** alteraciones de las capacidades funcionales básicas de la vida psíquica, como la capacidad de concentrarse, mantener la atención, pensar ordenadamente, usar la memoria. Pueden llegar a ser altamente discapacitantes.
- **Alteraciones de la conducta y del control de impulsos:** no poder ordenar y controlar la conducta con arreglo a los intereses de la persona o las pautas sociales.
- **Síntomas negativos:** se denomina así a las alteraciones que se perciben como pasividad o ausencia de las facultades o potencialidades que consideramos normales, como la de pensar con claridad, tener iniciativas vitales, proyectos o propósitos.

Se ha observado que algunas de las características comunes entre estas personas se determinan como una mayor vulnerabilidad al estrés, incapacidad para manejarse de una manera autónoma, limitación en la interacción social con la consecuente pérdida de redes sociales y una elevada dependencia a otras personas, principalmente a su familia, servicios sociales y sanitarios. También confluyen en dificultades para acceder al mundo laboral o mantenerse en él, creando un obstáculo para la integración en la sociedad y provocando una situación de dependencia económica e incluso pobreza y marginación. A todo esto, se le deben de añadir otros factores propios e individuales, que se deben tener en cuenta a lo largo del tratamiento como la pérdida de los hábitos, la aparición de hábitos no deseados (como por ejemplo el consumo excesivo de tabaco, alcohol, tóxicos, entre otros), su personalidad, sus costumbres, su dinámica familiar y psicosocial o simplemente la forma propia de desempeñar las tareas, una singularidad anterior a la enfermedad <sup>8</sup>.

Características más comunes en las personas con TMG:

- Déficit de autocuidados, como el cuidado de sus hábitos de vida, de la higiene, vestuario y otros elementos que afectan a la salud y a la imagen social.
- Dificultades en el control de la conducta, escasa capacidad de afrontar situaciones estresantes.
- Dificultad a la hora de tener iniciativas y motivación, les es difícil construir y desarrollar un proyecto vital viable, encuentran dificultades para su implicación en los proyectos colectivos.
- Poca capacidad para el buen uso de las habilidades sociales y las relaciones interpersonales, sus relaciones sociales tienden a ser escasas, su red social pobre, y, especialmente en los momentos en que sus síntomas son más activos, corren el riesgo de caer en situaciones de derivación social y aislamiento.
- Expresión corporal pobre y la capacidad de comunicación es limitada.
- Dificultad en la autonomía personal, capacidad de gestionar adecuadamente el dinero, la vivienda, la alimentación y otras actividades de la vida cotidiana.
- Dificultad en la toma de decisiones en circunstancias vitales relevantes, o son inadecuadas o poco eficaces.
- Déficit en el manejo del entorno doméstico, no participa o es inexistente o desorganizado.
- Utilizan su tiempo libre de manera muy escasa, tienen pocos intereses o apenas realizan actividades.
- Dificultad para encontrar y mantener empleos.

- No desarrollan un rol activo ni reconocido socialmente como propio de su edad.
- Escasa estabilidad en el clima de convivencia.
- Escaso uso de los recursos sociales (centros deportivos, culturales, supermercados, etc.)

### 3.4 Tratamiento

La atención a las personas con problemas de salud mental graves requiere una cuidada planificación, dado que las necesidades de estas personas son muchas, variadas y duraderas en el tiempo, precisando, de forma simultánea, diferentes prestaciones, servicios y redes de atención, siendo necesario articular procedimientos que garanticen la calidad en la provisión de la atención y la continuidad de cuidados.

La prestación de servicios ha de tener un enfoque basado en la recuperación del proyecto vital de la persona y su plena inclusión social, contando con su participación y promoviendo su autonomía y su empoderamiento. El protagonista es el paciente, que es el que debe ocupar el lugar central del proceso de atención y para satisfacer sus necesidades se requiere de una actuación integral entre todos los sectores implicados.

Podemos clasificar los métodos de tratamiento en 2 bloques:

**3.4.1 Tratamiento somático:** incluye fármacos, terapia electroconvulsiva (TEC) y otros tratamientos que estimulan el cerebro como la estimulación magnética transcraneal y la estimulación del nervio vago. La clasificación de fármacos se hace en función del trastorno que presenten.

- **Antidepresivos:** los más utilizados son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como fluoxetina, sertralina, paroxetina y citalopram. Otras clases de antidepresivos: inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN), como venlafaxina, duloxetina o desvenlafaxina e inhibidores de la recaptación de norepinefrina y dopamina, como bupropión. Los antidepresivos tricíclicos como amitriptilina y nortriptilina están en desuso para a causa de sus efectos secundarios. Los inhibidores de la monoaminoxidasa pueden ser eficaces pero rara vez se usan, salvo cuando otros antidepresivos no han dado resultado.
- **Antipsicóticos:** los antipsicóticos de 1a generación (típicos) como clorpromazina, haloperidol y tiotixeno, son útiles en el tratamiento de la esquizofrenia y ciertos problemas de comportamiento. Los nuevos fármacos antipsicóticos (2a generación/atípicos) como risperidona, olanzapina,

quetiapina, ziprasidona y aripiprazol, se emplean con frecuencia como tratamiento inicial. En aquellas personas que no responden a otros antipsicóticos se utiliza cada vez más la clozapina.

- **Estabilizadores del humor:** el litio, la carbamazepina, el valproato sódico, la lamotrigina y el topiramato son utilizados en el tratamiento del trastorno bipolar.
- **ISRS y ansiolíticos:** fármacos como clonazepam, lorazepam y diazepam se utilizan para tratar trastornos de ansiedad.
- **TEC:** Esta terapia ha demostrado ser el tratamiento más eficaz para la depresión grave.
- **Estimulación magnética transcraneal repetitiva y estimulación del nervio vago:** este tratamiento se encuentra todavía en fase de estudio y podrían resultar beneficioso para tratar la depresión que no han respondido a los fármacos o al tratamiento psicoterapéutico. Estas terapias implican la activación o estimulación del cerebro directamente con imanes o implantes que estimulan el nervio vago. Se cree que las células estimuladas liberan mensajeros químicos (neurotransmisores) que ayudan a regular el estado de ánimo y, por tanto, pueden aliviar los síntomas de la depresión.

**3.4.2 Tratamiento psicoterapéutico:** La rehabilitación psicosocial empieza en Estados Unidos en los años setenta y ochenta con el fin de promover técnicas para aquellas personas que presentaban un trastorno mental crónico y producto de este, manifestaban un deterioro en diferentes áreas de su vida. El propósito nunca estuvo vinculado a llevar a la persona a su estado premórbido o de normalidad, sino en devolver a las mismas las habilidades necesarias para el desarrollo de una vida autónoma (González., Rodríguez, 2010). La Asociación española de Neuropsiquiatría (AEN) la define como *“un espectro de programas de intervención psicosocial y social para personas que sufren de manera continuada trastornos psiquiátricos grave. El objetivo es mejorar la calidad de vida de estas personas y ayudarlas a asumir la responsabilidad de sus propias vidas y a actuar en la comunidad tan activamente como sea posible y a manejarse con la mayor independencia posible en su entorno social”*<sup>9</sup>.

La rehabilitación psicosocial<sup>10</sup> tiene como objetivos:

- El funcionamiento de la persona en su entorno habitual
- Mejorar sus capacidades personales y sociales
- Dar soporte en el desempeño de los roles de la vida social y comunitaria
- Mejorar la calidad de vida del paciente y de su familia.

- **Terapia cognitivo-conductual:** Pretende ayudar a la persona a identificar, probar la realidad y corregir concepciones o creencias disfuncionales. Se les da pautas para que reconozcan las conexiones entre las cogniciones, el afecto y la conducta, junto con sus consecuencias, para hacerles conscientes del rol de las imágenes y pensamientos negativos en el mantenimiento del problema. Las técnicas que se utilizan son la reestructuración cognitiva, solución de problemas, entrenamiento autoinstruccional, etc. La relación terapéutica es colaborativa y se enfatiza el papel activo del paciente.
- **Rehabilitación cognitiva:** Un elevado porcentaje de personas que sufren de esquizofrenia muestran un bajo rendimiento en diferentes aspectos del procesamiento cognitivo, como la velocidad de procesamiento, el mantenimiento de la atención, la memoria de trabajo, el aprendizaje verbal, el funcionamiento cognitivo o la cognición social. La intervención tiene el objetivo de mejorar el funcionamiento cognitivo, aplicando la práctica repetida de tareas cognitivas o el entrenamiento de estrategias para compensar los déficits cognitivos.
- **Terapias psicodinámicas y abordaje psicoanalítico:** la parte central de estos tratamientos son el análisis de la transferencia que surge en la relación entre el paciente y el terapeuta, la observación de las reacciones contratransferenciales y los procesos relacionados con este fenómeno.
- **Terapia interpersonal:** La Interpersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT) es una adaptación de la psicoterapia interpersonal que parte de la base de que la estabilidad y regularidad de la rutina social y las relaciones interpersonales actúan como factor protector en los trastornos del ánimo. El tratamiento se centra en la relación entre los síntomas del ánimo, la calidad de las relaciones y roles sociales, y la importancia de mantener con regularidad las rutinas diarias e identificar y gestionar los potenciales desencadenantes del ritmo circadiano o biológico.
- **Terapia de apoyo:** puede incluir cualquier intervención realizada por una sola persona, con la finalidad principal de mantener el funcionamiento presente o ayudar a los pacientes con sus habilidades preexistentes y puede estar destinada a individuos o grupos de personas. Los elementos de apoyo clave son mantener una situación existente o brindar ayuda con relación a habilidades preexistentes.
- **Intervención familiar:** La relación familiar de las personas que sufren un TMG se ve afectada a lo largo del proceso y al mismo tiempo las relaciones familiares

pueden influir en el curso de la enfermedad. Es importante informar al paciente y a sus familiares sobre el proceso de enfermar para que entienda y sean capaz de manejar la enfermedad que presenta.

- **Programas de habilidades para la vida diaria:** Se trata de incluir en la vida del paciente habilidades instrumentales como el autocuidado, el manejo del dinero, la organización de la casa, habilidades domésticas, hasta las habilidades interpersonales. El objetivo de adquirir estas habilidades es facilitar la rehabilitación, mantenimiento y adaptación de las personas con TMG a su entorno habitual y que dentro de las posibilidades de cada individuo puedan llevar una vida más autónoma.
- **Programas de ocio y tiempo libre:** pretenden ayudar fomentando las relaciones sociales y el uso del tiempo libre, propiciando la participación en ambientes comunitarios y las actividades de encuentro, vacaciones y actividades de enriquecimiento personal. Estas actividades son en sí a la vez una herramienta y un resultado en cuanto a que la integración social es un componente de la calidad de vida.
- **Programas dirigidos al empleo:** La inserción laboral es un instrumento para lograr la plena integración social en condiciones de autonomía personal y de participación en la comunidad, y responde también a un derecho, a una cuestión ética derivada de la permanente exclusión del mercado de trabajo. En el proceso de recuperación, el trabajo ya no es sólo una actividad que desarrolla competencias generalizables y mejora el funcionamiento personal, sino que es un elemento para el intercambio social y la autonomía económica. La remuneración y el salario, es considerado un elemento motivacional clave para que una persona se mantenga en un puesto de trabajo.

### **3.5 Papel de la enfermera en la rehabilitación**

Una de las mayores representantes de la enfermería de salud mental es Hildegard E. Peplau, una enfermera teorizadora estadounidense que estableció un modelo de cuidados. Esta, toma como sustento las bases teóricas de las necesidades humanas, el concepto de motivación y el desarrollo personal y refiere que los dos problemas más importantes de los pacientes psiquiátricos son la comunicación y las dificultades de relación.

Para Peplau la práctica de la enfermería tiene lugar en el marco de una relación de la enfermera con los pacientes. Según esta autora, la enfermera de calidad en el ámbito

psiquiátrico precisa de una poca habilidad técnica y consiste, en gran medida, en la competencia ejercitada dentro de la relación que tiene la enfermera con el paciente, incidiendo en la escucha activa, el respeto cálido y conseguir una buena relación terapéutica.

En este modelo<sup>11</sup> las actividades son realizadas tanto por el paciente como por la enfermera a través de la interrelación personal. La meta se puede considerar alcanzada cuando el paciente alcanza el máximo grado de crecimiento personal y de salud dentro de sus limitaciones. Tanto la enfermera como el paciente podrán aprender y crecer a través de esta relación interpersonal. El objetivo de este modelo de enfermería es ayudar al paciente a conseguir un estado de bienestar en todos los ámbitos de la salud y de forma que enfermera y paciente alcancen el mayor grado de desarrollo personal.

En la relación enfermera-paciente se determinan las siguientes fases:

**1. Orientación:** En esta fase el paciente presenta una necesidad insatisfecha y necesitan de apoyo profesional. En esta fase será la enfermera la que le ayudará a reconocer y entender sus problemas.

**2. Identificación:** El paciente se relaciona e identifica con las personas que pueden ayudarle. La enfermera le ofrecerá ayuda para desarrollar habilidades positivas y poder satisfacer sus necesidades

**3. Explotación:** El paciente, mediante sus capacidades, intenta aprovechar al máximo todo lo que se le ofrece a través de su relación con la enfermera.

**4. Resolución:** Los objetivos iniciales cambian progresivamente, y en la medida que el paciente se vuelve menos dependiente se va liberando de su identificación con el enfermero/a.

El papel de la enfermera en este caso, para llevar a cabo una buena rehabilitación de estas personas, se basa principalmente en la psicoeducación.

La psicoeducación es el proceso que nos permite ofrecer la posibilidad de desarrollar, y fortalecer las capacidades necesarias para afrontar diversas situaciones de un modo más adaptativo. El profesional de la salud que imparte psicoeducación debe de orientar y ayudar a identificar problemas o patologías, y a su vez debe de guiar al paciente a entenderlos con claridad y afrontarlos adecuadamente. A su vez, de forma conjunta llegan a su resolución o tratamiento, lo que favorece una mejora en la calidad de vida de estas personas. Como herramienta de rehabilitación, la psicoeducación se puede

utilizar en diferentes tipos de abordaje, como puede ser, individual, en pareja, familiar y en grupo.

Para llevar a cabo una rehabilitación psicosocial con éxito es fundamental el trabajo en equipo. Es por eso necesario un equipo multidisciplinar e interdisciplinar caracterizados por la implicación de todas las categorías de profesionales de cuidado de salud mental (enfermería, psicología, psiquiatría, terapia ocupacional y trabajo social).

## 4. METODOLOGÍA

La metodología empleada en este trabajo se basa en una revisión bibliográfica descriptiva, la cual nos proporciona una puesta al día sobre conceptos útiles del trastorno mental grave. Posteriormente, esta revisión nos permitirá crear un proyecto de rehabilitación psicosocial dirigido a personas de entre 30 y 45 años, de ambos sexos, que sufren un trastorno mental grave y que presenten deterioros o dificultades en su funcionamiento psicosocial y en su integración sociolaboral.

### 4.1 Bases de datos y fuentes documentales consultadas

Para elaborar dicho trabajo se utilizaron las siguientes bases de datos como fuente de información:

- PubMed
- Dialnet
- CUIDEN PLUS
- Redalyc
- CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)

### 4.2 Palabras clave

Para delimitar las palabras claves, se utilizó el thesaurus de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). En la base de datos PubMed se utilizó el thesaurus desarrollado por la National Library of Medicine (NLM), llamado Medical Subject Headings (MeSH).

Los términos de búsqueda incluyeron las siguientes palabras claves, clasificadas según el idioma:

En español	En inglés
Trastorno mental severo	Severe mental disorders/ illness
Trastorno mental grave	Serious mental illnesses (SMIs)
Terapia	Therapy
Rehabilitación	Rehabilitation
Enfermería	Nursing

### 4.3 Criterios de inclusión y exclusión

Antes de realizar la búsqueda bibliográfica, se establecieron los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- La publicación debía ser en español o inglés.
- La fecha de publicación debía ser posterior al año 2013.
- Los documentos debían tener acceso gratuito a sus textos completos o que se pueda acceder a ellos a través de la biblioteca de la Universidad Rovira y Virgili (CRAI URV).

#### 4.4 Estrategia de búsqueda bibliográfica

La búsqueda se realizó durante los meses de diciembre, enero y febrero. Para encontrar las referencias bibliográficas que se adaptaran a los objetivos planteados, se combinaron las palabras clave con los booleanos AND y OR. A continuación, se detalla cómo se combinaron en función de la base de datos, los límites utilizados, los resultados obtenidos y los artículos seleccionados.

**Tabla 1. Resultados de la estrategia de búsqueda y artículos seleccionados en Pubmed**

Base de datos	Límites	Palabras clave	Artículos encontrados	Artículos seleccionados tras la lectura completa del texto
PUBMED	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 7 años de antigüedad (2013-2020)</li> <li>- Idioma: inglés o español</li> <li>- Acceso texto completo</li> </ul>	Severe mental disorders and rehabilitation and nursing	588	1
		Serious mental illnesses and rehabilitation	21	2

**Tabla 2. Resultados de la estrategia de búsqueda y artículos seleccionados en Dialnet**

Base de datos	Límites	Palabras clave	Artículos encontrados	Artículos seleccionados tras la lectura completa del texto
Dialnet	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 7 años de antigüedad (2013-2020)</li> <li>- Idioma: inglés o español</li> <li>- Acceso texto completo</li> </ul>	Trastorno mental severo and rehabilitación	39	2
		Trastorno mental severo and enfermería	8	1
		Trastorno mental severo and terapia	36	2

**Tabla 3. Resultados de la estrategia de búsqueda y artículos seleccionados en CUIDEN PLUS**

Base de datos	Límites	Palabras clave	Artículos encontrados	Artículos seleccionados tras la lectura completa del texto
CUIDEN PLUS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 7 años de antigüedad (2013-2020)</li> <li>- Idioma: inglés o español</li> <li>- Acceso texto completo</li> </ul>	Trastorno mental grave	83	3
		Trastorno mental grave and enfermería	41	2

**Tabla 4. Resultados de la estrategia de búsqueda y artículos seleccionados en Redalyc**

Base de datos	Límites	Palabras clave	Artículos encontrados	Artículos seleccionados tras la lectura completa del texto
Redalyc	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 7 años de antigüedad (2013-2020)</li> <li>- Idioma: inglés o español</li> <li>- Acceso texto completo</li> </ul>	Trastorno mental grave or trastorno mental severo and rehabilitación	21831	1

**Tabla 5. Resultados de la estrategia de búsqueda y artículos seleccionados en CINAHL**

Base de datos	Límites	Palabras clave	Artículos encontrados	Artículos seleccionados tras la lectura completa del texto
CINAHL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 7 años de antigüedad (2013-2020)</li> <li>- Idioma: inglés o español</li> <li>- Acceso texto completo</li> </ul>	Severe mental disorders or Serious mental illness and therapy	206	2
		Serious mental illness and rehabilitation	50	3
		Serious mental illness and nursing	25	1

#### 4.5 Resultados

Posteriormente se realizó un vaciado de la información más idónea para elaborar el proyecto y se analizaron y catalogaron los artículos. Con los resultados obtenidos se empezó a diseñar la estructura de la propuesta de intervención. Dicha propuesta de intervención se basa en actividades dirigidas a un grupo de personas con TMG, las

cuales serán evaluadas al final de cada actividad con una encuesta individual para cada uno de los participantes.

## **5. RESULTADOS**

Tras el análisis de los artículos seleccionados, se agruparon en diferentes módulos con el objetivo de tratar los siguientes aspectos:

- Módulo 1: Higiene y aseo personal (2 referencias)
- Módulo 2: Alimentación y hábitos saludables (5 referencias)
- Módulo 3: Reconocimiento de síntomas y adherencia al tratamiento (2 referencias)
- Módulo 4: Participación comunitaria (2 referencias)
- Módulo 5: Prevención consumo de tóxicos (2 referencias)
- Módulo 6: Ocio y tiempo libre (7 referencias)

### **5.1 Propuesta del proyecto**

El proyecto se llevará a cabo en un centro de salud mental de adultos de Tarragona. Este centro presta los servicios básicos de atención ambulatoria especializada en atención psiquiátrica y de salud mental. Está dirigido a personas mayores de edad, que presentan un trastorno mental en cualquiera de las etapas evolutivas de la enfermedad, y que por su gravedad y/o complejidad no pueden ser atendidos únicamente en el ámbito de los servicios de Atención Primaria.

Los objetivos del centro de basan en:

- Promover estrategias de prevención con la participación activa de los usuarios y familiares.
- Promoción de un sistema de atención centrados en las necesidades de los pacientes y centrados, siempre, en los derechos y obligaciones de estos.
- Abordaje multidisciplinar a nivel de diagnóstico y tratamiento terapéutico.
- Mejorar la capacidad de atención de los EAP en el ámbito de la salud mental, mediante el soporte por parte de la atención especializada.
- Garantizar el 'trabajo en red'.
- Disponer de mecanismos de detección a la población de riesgo dentro de su ámbito de actuación.

El equipo de profesionales está formado por:

- 8 psiquiatras

- 9 psicólogos clínicos
- 7 enfermeras
- 2 trabajadores sociales
- 4 enfermeras/técnicos sanitarios que se ocupan del programa de seguimiento individualizado (PSI)
- 5 administrativos

Uno de los programas que se lleva a cabo en este centro es el “Programa de Atención Específica a las Personas con Trastorno Mental Grave”. Nuestra intención con la siguiente propuesta es dar soporte al programa ya existente aportando nuevas actividades.

## **5.2 Destinatarios**

El proyecto estará dirigido a personas de entre 30 y 45 años, de ambos sexos, que sufren un trastorno mental grave y que presenten deterioros o dificultades en su funcionamiento psicosocial y en su integración sociolaboral.

Criterios de inclusión:

- Tener un TMG y estar vinculado al Programa de Atención Específica a las Personas con Trastorno Mental Grave del centro de salud mental de Tarragona.
- Tener entre 30 y 45 años, ambos incluidos.
- No presentar dificultad para recibir información oral y visual, con comprensión oral y escrita de la lengua castellana o catalana.
- Firmar el Consentimiento Informado y comprometerse a asistir de forma regular a las sesiones.

Criterios de exclusión:

- El consumo de sustancias activo que impidiera el seguimiento de instrucciones.
- La descompensación psiquiátrica en el momento de la intervención.
- Sintomatología psiquiátrica que no permita seguir de forma adecuada el grupo.
- La presencia de deterioro cognitivo que impidiera la comprensión verbal básica.
- Negativa para participar en la actividad.
- Negativa a firmar el consentimiento informado.
- Limitación física o sensorial que impida realizar la actividad
- Existencia de barrera idiomática, no saber leer, no saber escribir y/o no entender ni hablar el castellano o el catalán.

### 5.3 Descripción del proyecto

Se realizarán un total de 12 sesiones con una frecuencia de una sesión por semana. Cada sesión tendrá una duración de 90 minutos. Cada sesión estará dividida en tres partes:

- Una primera parte donde se recordará lo trabajado en la sesión anterior y si alguien lo precisara, se dará un espacio para compartir si ha pasado algo que sea relevante desde la última sesión.
- Una segunda parte donde se desarrolle la actividad de la sesión indicada.
- La tercera parte: "El cierre", donde se resolverán dudas y se compartirá la opinión de los participantes. Es una fase importante ya que nos permite conocer el significado individual de la sesión impartida.

Previo al inicio del proyecto se entregará el consentimiento informado (Anexo 1), con la hoja informativa (Anexo 2) correspondiente, por el que aceptan participar en el estudio, donde se informará sobre el objetivo del proyecto, el número de sesiones, su frecuencia y su duración. Se les dará el tiempo suficiente para tomar la decisión, se estimará el plazo de una semana para su entrega.

También se informará a los pacientes que la participación en el proyecto es voluntaria y que pueden retirarse en cualquier momento. La privacidad de los participantes está garantizada anonimizando los datos.

Finalmente, la forma de evaluación será a través de la escala LSP<sup>12</sup> (Life Skills Profile-Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana) (Anexo 3) de Rosen y cols., la cual será pasada a cada participante antes de iniciar las actividades y al final de la realización de todas las sesiones. Elegimos esta escala formada por 39 ítems, que pretende medir el nivel de funcionamiento en situaciones y tareas comunes de personas con una enfermedad mental crónica. La LSP se compone de cinco subescalas: autocuidado, comportamiento social interpersonal, comunicación-contacto social, comportamiento social no personal y vida autónoma. Una puntuación alta en cada subescala o en el total del LSP indica un nivel de funcionamiento alto. Las puntuaciones de las subescalas vienen de la suma de las puntuaciones de los ítems de la siguiente forma:

Cada ítem responde a una escala tipo Likert de mayor (4 puntos) a menor funcionalidad (1 punto).

SUBESCALAS	PUNTOS
Autocuidado	/40
Comportamiento social interpersonal	/40
Comunicación-contacto social	/24
Comportamiento social no personal	/24
Vida autónoma	/28
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	<b>/156</b>

La escala<sup>12</sup> ha demostrado buenos requisitos psicométricos de fiabilidad y validez. La evaluación del funcionamiento psicosocial nos permite valorar el nivel de adaptación de la persona a la comunidad en relación con las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Es de gran utilidad para poder trabajar sobre aquellas áreas en las que exista una mayor problemática y repercusión en su vida cotidiana.

Esta evaluación se realizará a partir de la información aportada por la enfermera del centro de salud mental y le dará soporte la enfermera especializada que venga a realizar las actividades.

#### 5.4 Objetivos

Objetivo general: Promover actividades para que los pacientes adquieran habilidades sociales y competencias necesarias para la vida diaria y su funcionamiento en la comunidad.

Objetivos específicos:

- Incorporar hábitos saludables que afecten positivamente en el autoconcepto de la persona proporcionándole herramientas de crecimiento personal.
- Favorecer la responsabilidad de la persona en el proceso de rehabilitación.

#### 5.5 Desarrollo del proyecto

##### Módulo 1: Higiene personal

En su intervención, Marín Berges (13) focaliza su objetivo en actividades de aseo personal y de indumentaria. Refiere que” son *las actividades donde más negativamente interfiere la enfermedad, destacando la importancia de trabajar en pequeños grupos en*

*el ámbito de la higiene y el autocuidado*”, ya que facilita incidir en los aspectos más íntimos y privados de las personas. También destaca la importancia de las Actividades de la Vida Diaria (AVD), siendo estas un indicativo de salud e integración en la comunidad, que contribuyen en la eliminación del estigma. De esta manera, después de realizar su intervención se reflejan los siguientes resultados:

- El 100% de los casos aumenta la frecuencia en la ducha.
- El 100% de los casos aumenta la frecuencia del cambio de ropa interior, pero sin llegar a la frecuencia deseada de todos los días.
- El 75% de los casos duplican la frecuencia de afeitado, manteniéndose inalterable en el 25% restante.
- No se consigue la realización de la higiene bucal 3 veces al día en ninguno de los casos. Un 60% de los participantes pasa de 1 vez al día a 2 veces.

Mey et al. (14) llevó a cabo un estudio a través de una intervención educativa sobre higiene bucal dirigida al personal de enfermería donde a la vez se trabaja la mejora del cuidado bucal de los participantes con TMG. Primero las enfermeras recibieron formación por parte de higienistas orales. Posteriormente, se creó un plan de tratamiento para cada paciente después de un examen oral. La enfermera realizó acompañamiento y supervisión para el registro diario. Tras 4 semanas post intervención se evidenció un aumento significativo en el conocimiento sobre higiene bucal de las enfermeras. El estado oral de los pacientes al inicio presentaba altos índices de placa y sangrado. La prueba de rangos con signo de Wilcoxon mostró cambios estadísticos en 3 de los 4 índices de salud bucal.

	<b>Sesión 1. La ducha y el cuidado del pelo</b>
Objetivo	Adquisición de hábitos y actitudes relacionadas con la higiene personal.
Duración	90 minutos
Lugar	Centro de salud mental, sala de actividades.
Material	Proyector, ordenador, Power Point, hojas de papel, lápices y bolígrafos.
Desarrollo	Al principio de la sesión haremos una presentación para conocernos. A continuación, hablaremos de la importancia de mantener una higiene personal adecuada y las complicaciones que trae la falta de la higiene a través de un Power Point. El Power Point estará estructurado en:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Regular la temperatura del agua: destacando las propiedades de relajación y la mejora de nuestra salud física y mental.</li> <li>● Lavado del cuerpo con gel y aclarado: importante para eliminar microbios de la piel y prevenir el mal olor.</li> <li>● Lavado y secado del pelo: importancia de los pasos a seguir para un buen lavado del cabello y secado con una toalla para eliminar la humedad.</li> <li>● Secado de la piel: importante para evitar enfermedades producidas por la humedad.</li> <li>● Hidratación de la piel, uso de desodorante y ropa limpia: mantener una piel correctamente hidratada hace que sea más flexible y resistente y permite una mejor protección de nuestro organismo hacia agresiones o agentes externos nocivos. El hecho de utilizar un desodorante aporta a nuestras axilas frescor y buen olor.</li> </ul> <p>Para finalizar la actividad los pacientes realizarán una lista de porque la higiene es importante y darán algunos ejemplos para debatirlos con el grupo.</p>
Indicador	La lista sobre la importancia de la higiene que realizará cada uno de los pacientes.
Evaluación	La actividad será positiva si hay una participación de más del 80% de los pacientes que hayan decidido participar en el programa.

	<b>Sesión 2. Higiene bucal</b>
Objetivo	Adquisición de hábitos y actitudes relacionadas con la higiene bucal.
Duración	90 minutos
Lugar	Centro de salud mental, sala de actividades.
Material	Proyector, ordenador, Power Point, hojas de papel, lápices y bolígrafos.

Desarrollo	<p>Se iniciará la sesión hablando sobre lo trabajado en la sesión anterior, si han tenido dificultades en la ejecución de las tareas propuestas y sus posibles causas.</p> <p>A continuación, se hará una clase teórica sobre la placa bacteriana, como se forma y cómo podemos evitarla. También haremos referencia a los tipos de limpieza bucal (mecánica o química). Se explicarán los elementos que nos ayudan a realizar la limpieza bucal (tipos de cepillo, pastas dentífricas, seda, colutorios).</p> <p>También se hará referencia a los problemas bucales, tales como las caries, gingivitis y otros problemas de ortodoncia.</p> <p>Para finalizar la actividad, realizaremos un calendario de la semana donde deberán marcar las veces y los momentos en que se cepillan los dientes. Dicho calendario se valorará al inicio de la próxima sesión.</p>
Indicador	El calendario con las veces y momentos en los que han realizado el cepillado de dientes.
Evaluación	La actividad será positiva si hay una participación de más del 80% de los pacientes que hayan decidido participar en el programa.

## **Módulo 2: Alimentación y hábitos saludables**

Tomasi et al. (15) planteó un estudio donde formó grupos con pacientes hospitalizados en psiquiatría para realizar sesiones combinadas de ejercicios y educación nutricional cuatro veces a la semana. Los resultados obtenidos dieron una idea clara sobre los cambios positivos percibidos por los pacientes, a través de encuestas, tanto en términos psicológicos como físicos. El estudio afirma que la educación nutricional y el ejercicio físico son una forma útil de reducir las sintomatologías vinculadas a los trastornos de salud mental, ya que se enfoca en la ansiedad, la depresión, la ira, la agitación psicomotora y la tensión muscular, y aborda los factores estresantes y desencadenantes, y desarrolla un autoconcepto más equilibrado e integrado.

Casañas et al. (16) pretende evaluar la efectividad de una intervención basada en un programa psicoeducativo realizado por enfermeras de atención primaria, para mejorar la tasa de remisión, reducir los síntomas de depresión en las personas con enfermedades físicas crónicas (diabetes mellitus, EPOC, asma, cardiopatía isquémica)

y posteriormente comparar los resultados de la intervención con la práctica clínica habitual. Dicha intervención psicoeducativa consiste en 12 sesiones de 90 minutos, donde se abordan diferentes temas. Los resultados sobre dieta y ejercicio físico han demostrado la reducción de los síntomas depresivos, disminuyendo el riesgo de recaída y recurrencia.

Harrold et al. (17) introdujo un programa de ejercicios adaptados, que incluía instrucción y grabación de los pasos realizados en las sesiones con un podómetro. Su objetivo era aumentar la actividad física en personas con TMG con el fin de controlar la TA y el peso. Se empezó con sesiones diarias de 10 minutos con el objetivo de aumentar la resistencia y acabar haciendo sesiones de 30 minutos. Las lecturas del podómetro variaron de 147 a 12.394 pasos durante la primera semana y de 1.831 a 85.826 pasos al final del estudio. La investigación ha demostrado que los comportamientos de salud adversos como la baja tasa de actividad física y una dieta deficiente contribuyen significativamente en las muertes prematuras en personas con TMG.

Daumit et al. (18) llevó a cabo otro proyecto. Su intervención se basó en sesiones grupales e individuales de control de peso y sesiones grupales de ejercicio. Los objetivos fueron los siguientes: reducir la ingesta calórica evitando las bebidas azucaradas y la comida con alto contenido calórico, comer cinco porciones totales de frutas y verduras diariamente, elegir porciones más pequeñas y bebidas saludables, y practicar ejercicio aeróbico de intensidad moderada. El ejercicio grupal comenzó con un nivel apropiado para las personas sedentarias, con incrementos graduales en la duración e intensidad. La asistencia a la sesión fue incentivada con puntos que los participantes intercambiaron por pequeños artículos de recompensa. Se hizo seguimiento del peso, de la circunferencia de la cintura, de la TA y de la glicemia a los 6, 12 y 18 meses. En comparación con el grupo de control, la pérdida de peso neto promedio en el grupo de intervención aumentó progresivamente durante el período de estudio. A los 6 meses, el cambio medio en el peso desde el inicio fue de  $-0,3$  kg en el grupo de control y  $-1,8$  kg en el grupo de intervención. A los 18 meses, el cambio medio en el peso desde el inicio fue de  $-0,2$  kg en el grupo control y  $-3,4$ kg en el grupo de intervención.

Bueno-Antequera et al. (19) investiga la diferencia existencial entre pacientes con esquizofrenia que siguen la recomendación de la Asociación Europea de Psiquiatría (acumular al menos 150 minutos a la semana de actividad física moderada/ vigorosa) y los pacientes que no las siguen. Los resultados en los pacientes que siguieron estas recomendaciones demostraron que mantener un estilo de vida más activo se asocia a

una reducción de los síntomas psiquiátricos, una mayor función cardiorrespiratoria y una mejor calidad de vida. *“Una posible estrategia para reducir las tasas de inactividad física en esta población consiste en substituir el tiempo destinado en conductas sedentarias por periodos de actividad física”*. En este estudio, por tanto, afirma que la actividad física debería ser una importante terapia coadyuvante en el tratamiento habitual de pacientes con esquizofrenia.

	<b>Sesión 3. Tipos de alimentos</b>
Objetivo	Conocer los diferentes tipos de alimentos y fomentar una alimentación saludable.
Duración	90 minutos
Lugar	Centro de salud mental, sala de actividades.
Material	Proyector, ordenador, Power Point, poster pirámide alimenticia, pegatinas con forma de alimentos, pizarra magnética, rotuladores, hojas de papel, lápices y bolígrafos.
Desarrollo	<p>Al principio de la sesión se hablará sobre lo trabajado en la sesión anterior, se analizarán los resultados y se resolverán dudas si ha habido incidencias.</p> <p>A continuación, iniciaremos la sesión de la alimentación y colgaremos una pirámide alimentaria en una pizarra. Se repartirán unas pegatinas a cada usuario con diferentes alimentos. Los participantes tendrán que enganchar sus alimentos en el espacio de la pirámide que crean más conveniente. Una vez colocados todos, debatiremos sobre la elección de cada uno y si están en el sitio adecuado. Se hará una explicación sobre los tipos de nutrientes, la energía que nos aportan y las recomendaciones para mantener una dieta saludable. Finalmente, los participantes tendrán que ser creativos y realizar diferentes menús combinando los alimentos ya mencionados anteriormente.</p>
Indicador	Poster pirámide alimentaria.
Evaluación	La actividad será positiva si hay una participación de más del 80% de los pacientes que hayan decidido participar en el programa.

	<b>Sesión 4. Ejercicio físico</b>
Objetivo	Adquirir una rutina de ejercicio físico con el fin de mejorar el bienestar físico y reducir la sintomatología.
Duración	90 minutos
Lugar	Camp de Mart, Tarragona.
Material	Esterillas, equipo de música y pulseras de actividad.
Desarrollo	<p>Se iniciará la sesión con un breve recordatorio de la sesión anterior donde se hablará sobre la alimentación de cada uno durante la semana y si ha habido algunos cambios en ella.</p> <p>A continuación, se hará referencia a la importancia de la actividad física diaria y las consecuencias negativas del sedentarismo.</p> <p>Acto seguido, se iniciará una clase de gimnasia, empezando por un calentamiento con ejercicios de baja intensidad, acompañados de estiramientos musculares para evitar lesiones. Después se realizarán ejercicios de más intensidad y duración. Se tendrá en cuenta la forma física de cada uno y se realizarán descansos si es preciso para no fatigar a los participantes. Se realizará una combinación de ejercicios de fuerza (ejercicios isométricos), ejercicios de flexibilidad y ejercicios aeróbicos (con implicación cardiovascular como el aeróbic). Para finalizar, volveremos a la calma con una reducción progresiva de ejercicios para volver gradualmente al estado de reposo y relajación, y realizaremos estiramientos de los grupos musculares trabajados.</p> <p>Para acabar la actividad será entregada una pulsera de actividad a cada uno de los participantes para que puedan hacer un seguimiento de su actividad física.</p>
Indicador	Pulsera de actividad que se entregará a los participantes.
Evaluación	La actividad será positiva si hay una participación de más del 80% de los pacientes que hayan decidido participar en el programa.

### **Módulo 3: Reconocimiento de síntomas y adherencia al tratamiento**

Valencia Corcín (20) llevó a cabo un estudio para conocer los factores que influyen en la adherencia terapéutica en personas diagnosticadas de esquizofrenia y analizar el rol de la enfermera para incrementar dicha adherencia. A pesar de los nuevos avances con

relación a los psicofármacos, la tasa de falta de adherencia al tratamiento en personas con TMG se encuentra entre el 40 y el 50%, pudiendo llegar al 90% en personas con esquizofrenia. Una de las actividades que propone para asegurar la adherencia al tratamiento es el tratamiento ambulatorio involuntario, donde el paciente debe acudir al CSM de manera obligatoria durante al menos 6 meses, para recibir el tratamiento. Respecto a las intervenciones más utilizadas, se propone una terapia mediante la combinación de una intervención motivacional, la optimización de la medicación y el entrenamiento de las habilidades personales. Por otro lado, el apoyo familiar y social es un determinante fundamental que mejora la adherencia.

Whiteman et al. (21) hizo una revisión sistemática con el fin de revisar la evidencia del efecto de las intervenciones de autogestión dirigidas a enfermedades médicas y psiquiátricas y evaluar el potencial de implementación. Tras identificar 15 estudios que informaban sobre nueve intervenciones integradas en autogestión, se vio reflejado el apoyo en la viabilidad, aceptabilidad y efectividad clínica preliminar relacionada con mejorar el conocimiento de los participantes sobre las habilidades de autogestión, promover cambios de comportamiento y actitud hacia el manejo de la enfermedad, reducir la sintomatología psiquiátrica, estimular cambios en los indicadores biológicos de enfermedades médicas y/o reducir la utilización aguda de servicios.

	<b>Sesión 5. Reconocimiento de síntomas</b>
Objetivo	Informar y educar al paciente en la adherencia del tratamiento.
Duración	90 minutos
Lugar	Centro de salud mental, sala de actividades.
Material	Proyector, ordenador, Power Point, trípticos impresos.

Desarrollo	<p>Al principio de la sesión se hablará sobre la efectividad de la pulsera de actividad que se les entregó en la sesión anterior y resolver las dudas.</p> <p>A continuación, introduciremos los conceptos de la clase:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocer síntomas relacionados con su enfermedad: cambio en el patrón de sueño, cambios de humor, cambios en la capacidad cognitiva, distraibilidad, disminución de las AVDs, pérdida o exceso de apetito, sensación de intranquilidad corporal, gastos excesivos o innecesarios, alteración en la articulación de palabras, dificultad para controlar impulsos, cambios en las relaciones sociales, etc.</li> <li>- Cómo gestionar las recaídas: cómo actuar, cual puede ser la causa y recursos disponibles.</li> <li>- Cómo abordar una situación de emergencia: guiar al paciente para que sepa cómo afrontar una situación en la que aparezcan pensamientos negativos, como por ejemplo ideas de suicidio.</li> </ul> <p>Finalmente, animaremos a los participantes a que compartan sus experiencias personales, de forma totalmente voluntaria, y de esta forma se les ofrecerá apoyo y comprensión a los que comparten una misma situación.</p> <p>Por último, se repartirá un tríptico con información sobre lo trabajado en la sesión.</p>
Indicador	El tríptico.
Evaluación	La actividad será positiva si hay una participación de más del 80% de los pacientes que hayan decidido participar en el programa.

	<b>Sesión 6. Importancia de la toma de fármacos y adherencia al tratamiento.</b>
Objetivo	Incrementar el conocimiento y la capacidad de autogestión de los pacientes respecto al manejo de la medicación y de la propia enfermedad.
Duración	90 minutos
Lugar	Centro de salud mental, sala de actividades.

Material	Proyector, ordenador, Power Point, hojas de medicación impresas, lápices y bolígrafos.
Desarrollo	<p>Empezaremos la sesión evaluando los conocimientos y el grado de concienciación sobre el tratamiento de los usuarios con preguntas simples.</p> <p>A continuación, se procederá a explicar los fármacos más comunes, sus efectos secundarios, la importancia de sus tomas y de esta forma lograr que el paciente decida participar en su terapia farmacológica, que se interese por su salud, que entienda la finalidad de la medicación que toma y su relación con la enfermedad y las posibles consecuencias del abandono del tratamiento. También se les dará información sobre APPs para los teléfonos móviles que tienen el objetivo de recordatorios y poder hacer un seguimiento correcto.</p> <p>En esta actividad no solo nos limitamos a aconsejar y enseñar a los pacientes sobre sus medicamentos, sino que va más allá y se intenta conseguir que estos pacientes estén convencidos de que la constancia en la toma de los fármacos es necesaria para el tratamiento de su enfermedad.</p> <p>Finalmente, se repartirá una hoja de medicación a cada uno de los participantes y se les animará a hacer un plan individualizado con los horarios y los fármacos de cada uno. Para ello, las dos enfermeras responsables de la sesión estarán a la disposición de todos para guiarlos y ayudarles a resolver dudas en todo momento.</p>
Indicador	Hoja de medicación que realizará cada uno de los participantes.
Evaluación	La actividad será positiva si hay una participación de más del 80% de los pacientes que hayan decidido participar en el programa.

#### **Módulo 4: Participación comunitaria**

Los resultados del estudio de Burns-Lynch et al. (22) sugieren que un mayor énfasis en la participación de la comunidad, especialmente en áreas específicas que son importantes para la persona y que se realizan de manera suficiente y en la medida que la persona lo desee, puede facilitar la recuperación y la calidad de vida de las personas que sufren enfermedades mentales.

En esta investigación, se comparan diferentes grupos de personas que participan en diferentes intervenciones para apoyar una participación comunitaria más sólida, y para ello utilizan las “tecnologías de apoyo”. Estas han demostrado ser exitosas en el aumento de resultados de empleo competitivos, logros educativos y viviendas independientes. Para ello se llevaron a cabo actividades tales como de participación social (ir o participar en actividades u organizaciones cívicas o políticas; caminar con un grupo social en la comunidad; reunirse en la comunidad o asistir a un evento con la familia o amigos; ir a una feria comunitaria, eventos comunitarios; y entretener a familiares o amigos en casa o visitando familiares o amigos), actividades de participación productiva (ir a la escuela para ganar un título o certificado; ir a clases por placer o para mejorar habilidades; trabajar con una paga; y participar en un voluntariado) y por último, actividades de participación de ocio (ir a un zoológico, jardín botánico o museo; ir a un gimnasio, ir a un teatro o un evento cultural; ir al cine o a una biblioteca; ir a un evento deportivo; ir a una iglesia, sinagoga o lugar de adoración; ir a un parque o centro de recreación; ir a una peluquería, salón de belleza, salón de manicura o spa; e ir a un restaurante o cafetería).

Lamor Rodríguez (23) realiza una intervención basada en el uso de la cultura presente en el municipio de Santa Coloma de Gramenet como medio para promover la participación social de las personas con TMG y reducir el estigma presente en la sociedad. La participación en actividades culturales permite dar a la persona una identidad positiva ayudándola a formar parte de la comunidad en general mediante el aumento de la autoestima, la confianza y la participación social. En las sesiones, los participantes aprenderán y se familiarizarán con los monumentos seleccionados del municipio Santa Coloma de Gramenet y posteriormente deberán exponerlos a la resta del grupo, adaptando el rol de guía. Se trata de un proyecto piloto donde el resultado más esperado es un impacto positivo en la persona con TMG seguido de un cambio positivo en la percepción que se tiene sobre ellos.

	<b>Sesión 7. Conocimiento y utilización de servicios de transporte público</b>
Objetivo	Obtener las capacidades necesarias para utilizar el transporte público de manera adecuada e independiente.
Duración	90 minutos

Lugar	Centro de salud mental, sala de actividades.
Material	Mapas de Tarragona, mapa de líneas de transportes y horarios.
Desarrollo	<p>Al principio de la sesión se resolverán dudas sobre lo trabajado en la sesión anterior.</p> <p>En esta sesión, primero realizaremos una valoración inicial de las capacidades de los participantes (autonomía, orientación, funciones ejecutivas, etc.). A continuación, se explicarán los tipos de transporte público y su funcionamiento específico, su coste y medios de pago, donde pedir información y/o ayuda, y como se llevan a cabo los trasbordos.</p> <p>Con la ayuda de un mapa de la ciudad de Tarragona, elaboraremos un role-playing de algunas situaciones: identificaremos el punto de partida y el punto de llegada, el número de paradas que se recorrerá y si es necesario un cambio de transporte o línea. También se describirán conceptos como el punto de información, la máquina de billetes, tipos de abonos y la taquilla. Además, se aconsejará como actuar frente a imprevistos como huelgas, averías, pérdida de billete, etc.</p> <p>Finalmente, se les dará información sobre la APP "EMT Tarragona" y su funcionamiento.</p>
Indicador	Mapas de Tarragona.
Evaluación	La actividad será positiva si hay una participación de más del 80% de los pacientes que hayan decidido participar en el programa.

	<b>Sesión 8. Actividad cultural</b>
Objetivo	Promover la inclusión social a través de la participación comunitaria mediante el uso de la cultura.
Duración	90 minutos
Lugar	Parte alta de Tarragona.

Material	Folletos informativos impresos.
Desarrollo	<p>En esta sesión se realizará una excursión con todo el grupo por la parte alta de la ciudad de Tarragona donde se encuentra el casco antiguo. Se realizará un tour acompañado de un guía turístico por los monumentos y edificios históricos de la propia ciudad como el anfiteatro romano, el circo romano, la catedral, etc. Con esta sesión los participantes aprenderán y se familiarizarán con la ciudad de la que forman parte. De esta forma intentaremos inculcar un sentimiento de pertenencia y de participación comunitaria.</p> <p>A cada uno de los participantes se les entregará un folleto con la información resumida de todos los lugares que se visitarán durante la sesión para que puedan seguir la visita guiada y puedan resolver las dudas que presenten.</p>
Indicador	Folleto informativo.
Evaluación	La actividad será positiva si hay una participación de más del 80% de los pacientes que hayan decidido participar en el programa.

### **Módulo 5: Prevención consumo de tóxicos**

Parker et al. (24) llevó a cabo un proyecto con el objetivo de reducir el consumo de cigarrillos en un 50%, ofreciendo tratamiento con terapia de reemplazo de nicotina (NRT) con el objetivo final o la posibilidad de dejar de fumar. También incluía una entrevista motivacional, terapia cognitivo-conductual (TCC), combinación de técnicas de NRT y materiales adaptados para los pacientes. En el estudio participaron un total de 110 personas, 57 de ellas hospitalizados y 53 que recibieron atención comunitaria. Comprometidos con el servicio y asistiendo por lo menos a una cita con los asesores especializados, 34 pacientes (31%) hicieron un intento de dejar de fumar, 17 habían dejado de fumar (15%) al final de su período de soporte individual, y otros 29 pacientes (26%) redujeron su consumo de cigarrillos en un 50% o menos.

Boniface (25) a través de una revisión sistemática investigó la evidencia sobre el efecto de las intervenciones breves en adultos con riesgo de consumo de alcohol y enfermedades de salud mental comórbidas. Los resultados que se encontraron fueron que la evidencia es mixta ya que, para los problemas comunes de salud mental, donde la mayoría de los ensayos utilizaron una única sesión de intervención breve, cuatro de

los nueve ensayos identificaron reducciones en las medidas de consumo de alcohol y fueron significativamente diferentes del grupo de control. Y los resultados para las personas con enfermedad mental grave, hubo más variedad en la intensidad de las sesiones, y en dos de cinco ensayos encontraron una diferencia significativa entre el grupo que había realizado las intervenciones y el grupo control.

	<b>Sesión 9. Clase tabaco</b>
Objetivo	Concienciar de los efectos nocivos del tabaco y reforzar la conducta de no fumar.
Duración	90 minutos
Lugar	Centro de salud mental, sala de actividades.
Material	Power Point, ordenador, proyector, test Fagerström y test de Richmond impresos.
Desarrollo	<p>Al inicio de la sesión se hará un repaso del taller anterior para conocer sus sentimientos y pensamientos sobre este.</p> <p>A continuación, empezaremos preguntando cuantos de los presentes son fumadores, cuantos cigarrillos al día fuman aproximadamente y que es lo que les motiva a fumar. También les cuestionaremos si alguna vez se han planteado dejar de fumar y cuales han sido los resultados.</p> <p>Más adelante, con ayuda de una presentación de Power Point les informaremos sobre los riesgos y efectos del tabaco, la cantidad de tóxicos que este contiene y la mortalidad que esto conlleva. Por ello realizaremos una sensibilización para contribuir al abandono del tabaquismo de forma progresiva, reforzaremos conductas sanas y actitudes positivas.</p> <p>Finalmente repartiremos a cada uno de los participantes el test de Fagerström para valorar la dependencia tabáquica y el test de Richmond para valorar la motivación para dejar de fumar tras la sesión.</p>
Indicador	Test de Fagerström y test de Richmond
Evaluación	La actividad será positiva si hay una participación de más del 80% de los pacientes que hayan decidido participar en el programa.

	<b>Sesión 10. Drogas</b>
Objetivo	Aumentar el conocimiento de riesgos asociados al consumo de drogas.
Duración	90 minutos
Lugar	Centro de salud mental, sala de actividades.
Material	Proyector, ordenador, Power Point, hojas de papel, lápices y bolígrafos.
Desarrollo	<p>Al principio de la sesión se hará una breve introducción sobre el consumo de drogas y sobre el alcohol, considerado una droga legal, y sus efectos nocivos. A continuación, se reproducirá un video corto sobre la relación de las enfermedades mentales con la adicción a las drogas y como estas afectan. Tras visualizar el video se abrirá un debate para que todos los participantes puedan compartir su opinión. Más adelante, se resolverán las dudas generadas y se dará información sobre las consecuencias físicas y psicológicas del consumo de drogas (y comorbilidades), así como de los problemas sociales y familiares que derivan de su consumo. También se pretenderá corregir mitos y ajustarlos a la realidad.</p> <p>Al final de la actividad, cada uno de los participantes deberá escribir en un papel estrategias de afrontamiento imaginando hipotéticamente que se encuentran en una situación de drogodependencia. Dicho papel se lo podrán llevar a casa para acabar la actividad y lo comentaremos en la siguiente sesión.</p>
Indicador	Lista de estrategias de afrontamiento.
Evaluación	La actividad será positiva si hay una participación de más del 80% de los pacientes que hayan decidido participar en el programa.

### **Módulo 6: Ocio y tiempo libre**

Fernández (26), hace un recorrido histórico desde la creación del grupo de teatro “Nova”. *El grupo comienza a formarse en 1997 como parte integrante del programa de actividades de la Unidad de Rehabilitación Psicosocial de Avilés denominado “del*

*aislamiento a la integración". Este programa conformaba el proceso de rehabilitación psicosocial de pacientes con trastornos mentales severos. Los actores participantes tienen grandes dificultades para expresar y transmitirnos sus experiencias, emociones y sentimientos. La interpretación les permite expresarse más libremente sin temor a ser juzgados, criticados o rechazados. Dejan de ser lo que son para ser otra persona. Tras 16 años de actividad continúan ensayando sus papeles con regularidad, estrenan obras de temáticas diversas y participan en actividades fuera del territorio español. Posiblemente su estabilidad y permanencia en el tiempo se deba al alto nivel de satisfacción que refieren los actores. Sin duda, ha mejorado su calidad de vida al cubrir, con esta actividad, alguna de sus necesidades básicas*

Sánchez (27) busca evaluar la efectividad de una intervención de expresión corporal sobre la capacidad expresiva en pacientes con diagnóstico de TMG. Aunque esta intervención no fue llevada a cabo, se aprecia que la utilización de medios artísticos puede ampliar la capacidad expresiva y comunicativa de los pacientes, facilitando la expresión de su estado emocional, sentimientos y pensamientos. A través de las terapias de arte se permite manifestar lo que no se puede expresar de otra manera y tienen el propósito de tratar problemas psicológicos, afectivos o sociales.

Martínez de la Torre (28) lleva a cabo un taller de creación cinematográfica para personas con TMG en una unidad de rehabilitación de salud mental. El taller se basa en la creación cinematográfica y la improvisación teatral. El proceso creativo parte de las ideas aportadas por el grupo relacionadas con situaciones variadas de carácter cómico habitualmente. Sobre esas ideas se hacen improvisaciones, que se graban y visualizan. Después se escogen aquellas ideas de mayor potencial y se definen unos guiones orientativos sobre los que seguir improvisando y grabando hasta configurar un corto. *El rol que juega enfermería en el desarrollo del taller es clave, ya que actúa dinamizando, coordinando y motivando a los participantes, además de organizar sus propuestas. Siempre lo hace desde la perspectiva de la recuperación poniendo en juego valores que tienen que ver con la misma como el estilo empático-participativo, el enfoque humanista, el empoderamiento, etc. La creación de grupos terapéuticos no convencionales puede obtener mejoras psicosociales en usuarios con TMG (creatividad, comunicación, autoestima, habilidades sociales) y sirve como fuente de motivación profesional, sin suponer recursos costosos.*

González Ortuño (29), realizó una revisión bibliográfica para determinar la efectividad de la musicoterapia como terapia coadyuvante en las personas con TMG. Los resultados mostraron que la intervención de la música puede mejorar significativamente los síntomas de esquizofrenia, los síntomas negativos, y la calidad de vida. *El tratamiento de MT es una técnica novedosa que aporta grandes beneficios y mejoras: ayuda en el desarrollo de habilidades interactivas, interpersonales y de comunicación y que puede mejorar la memoria, la atención, la organización y la capacidad de concentración a través de la disminución de la agitación, y una mejor comprensión y juicio. Además, ayudó a mantener a los participantes en contacto con la atención de salud mental durante un tiempo más largo, lo que es probable que refleje el aumento de su motivación.*

Oliver de Haro (30), en su artículo, detalla su experiencia con dos grupos de relajación en el HDA José Germain de Leganés. Su propósito es constatar el beneficio de la relajación autógena en pacientes con patología psiquiátrica previa. Durante las sesiones los participantes relatan cómo incorporan la relajación en su vida diaria y cómo se sienten durante la sesión. En ninguno de ellos se observó agudización de la sintomatología psiquiátrica y en solo unos de los casos una paciente con trastorno de personalidad refirió dificultades con la técnica. En cuanto a la valoración de los parámetros de rigidez muscular, cansancio, ansiedad-angustia y tristeza-desánimo, únicamente el grupo de trastornos de la personalidad aumenta en cansancio y tristeza-desánimo tras la sesión. El grupo de trastornos afectivos no varía en rigidez muscular y ansiedad-angustia como tampoco lo hace el grupo de trastorno neuróticos en cansancio en medidas pre-post. El resto de los parámetros descienden en los grupos diagnósticos después de la sesión de relajación y es el grupo de las esquizofrenias el que lo hace en los 4 ítems evaluados con una diferencia entre ambas mediciones más significativa.

Ruiz-Íñiguez et al. (31) evalúa la efectividad de *mindfulness* en personas diagnosticadas con TMG a través de una revisión bibliográfica. Los resultados demuestran una mejora en los síntomas de estas personas. En personas diagnosticadas de trastornos depresivos se hallan disminuciones en ansiedad, rumiaciones, síntomas depresivos, recaídas, sobregeneralización del recuerdo autobiográfico; así como mejoras en el sueño, el estado de ánimo y la calidad de vida. En personas diagnosticadas de trastorno bipolar, se observó una reducción de síntomas subsindrómicos, ideación suicida, ansiedad, síntomas maníacos, síntomas depresivos y abandonos. También se encontraron mejoras en la autoimagen, la autoconfianza, la esperanza, la regulación

emocional, el bienestar psicológico, el afecto y el funcionamiento psicosocial. En pacientes diagnosticados de trastornos psicóticos, se encontraron mejoras en cuanto a la reducción de hospitalizaciones, síntomas negativos, en especial anhedonia; y emociones positivas, como la autoaceptación, control y satisfacción, sentimientos de autoeficacia, respuesta a situaciones estresantes, voces desagradables, imágenes y pensamientos paranoides. También se ha demostrado que las habilidades de *mindfulness* podrían ayudar a las personas con sufrimiento psicótico a entender de forma distinta sus experiencias psicóticas y cambiar las creencias negativas asociadas a la presencia de estas experiencias. En conclusión, las intervenciones basadas en *mindfulness*, aparte de ser de bajo coste, son potencialmente efectivas para la promoción y el mantenimiento del bienestar y la mejora del funcionamiento cognitivo y social de las personas diagnosticadas de TMG.

Valderrama (32) diseñó una intervención grupal con personas diagnosticadas de TMG, de 9 sesiones de 60 minutos y con frecuencia semanal. Esta intervención se divide en dos partes, la primera se fundamenta en varios de los pilares del *mindfulness* y la segunda se basa en técnicas de relajación progresivas. Los resultados de este estudio demuestran una disminución de la ansiedad y un aumento de la consciencia plena. Los propios participantes valoraron los contenidos de forma positiva, especialmente los que estaban relacionados con la focalización de la atención a nivel corporal y destacan la utilidad de estas estrategias en momentos de mayor ansiedad o insomnio. Otro aspecto que los participantes también valoraron positivamente fue la utilidad de la difusión cognitiva, la cual les hacía tener menos ansiedad cuando eran capaces de distanciarse de la ideación paranoide. Por tanto, los resultados de esta investigación nos confirman que las técnicas de *mindfulness* serían un tratamiento seguro y aceptable para estas personas.

	<b>Sesión 11. Musicoterapia y expresión corporal</b>
Objetivo	Favorecer la expresión y liberación de emociones, fomentando el desarrollo de la imaginación y la creatividad.
Duración	90 minutos
Lugar	Centro de salud mental, sala de actividades.
Material	Equipo de música, hojas de papel, lápices de colores y bolígrafos.

Desarrollo	<p>Al principio de la sesión se comentarán los resultados de las listas de las estrategias de afrontamiento de la sesión anterior y se resolverán dudas.</p> <p>A continuación, empezaremos la nueva sesión con una breve explicación de los beneficios de la música en nuestro día a día y la expresión corporal. Seguidamente, pondremos una música suave y animaremos a los participantes a que la escuchen y se dejen llevar, que se muevan, estiren y bailen al ritmo de la música. Al terminar, les preguntaremos como se han sentido y que pensamientos han tenido. Después deberán caminar por la sala al ritmo que marque la enfermera con las palmas de lento a rápido, luego utilizando una pandereta y un tambor, de esta forma ejercitamos la coordinación.</p> <p>El siguiente ejercicio trata de hacer una lista con canciones, cada participante elegirá una canción que será expresada con gestos, mímica, cantando o bailando. Los demás participantes también podrán acompañar con palmas o cantando si lo prefieren.</p> <p>Por último, se reproducirá una canción elegida por la enfermera y los participantes deberán dibujar o escribir en un papel aquello que les transmite.</p>
Indicador	Papel con el dibujo o escrito que represente sentimientos.
Evaluación	La actividad será positiva si hay una participación de más del 80% de los pacientes que hayan decidido participar en el programa.

	<b>Sesión 12. Mindfulness y relajación</b>
Objetivo	Tomar consciencia y analizar las propias emociones, sentimientos y pensamientos.
Duración	90 minutos
Lugar	Centro de salud mental, sala de actividades.
Material	Equipo de música, esterillas, pasas, papel para el mural, lápices de

	colores.
Desarrollo	<p>Al principio de la sesión se hablará sobre el taller de musicoterapia y si les gustó.</p> <p>Para esta sesión, empezaremos explicando los diferentes tipos de respiración: respiración diafragmática o abdominal, respiración costal o torácica, respiración clavicular y respiración completa. A continuación, las pondremos en práctica mediante ejercicios relajantes con música.</p> <p>Después cogeremos una esterilla y realizaremos ejercicios de yoga para tomar consciencia del cuerpo. Los ejercicios que trabajaremos serán: posturas de yoga del tronco superior, rotación de hombros, rotación de cuello y posturas de yoga del tronco inferior.</p> <p>Para finalizar la sesión vamos a realizar la práctica de la pasa. Daremos a cada uno una pasa y con los ojos cerrados deberán seguir las siguientes indicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colócate la pasa en una mano y tócala con la otra, siente su forma, su textura, su rugosidad.</li> <li>- Ahora cógela con las dos manos y siéntela, siente cada uno de sus pliegues y la sensación de estos en tus manos, imagina su textura, su grosor, su tamaño y su color.</li> <li>- A continuación, toca pasar al olfato, acércatela a la nariz huélela, siente su aroma y los olores que este alimento desprende y concéntrate en ellos.</li> <li>- En siguiente lugar lleva tu pasa a tu oído ¿oyes algo? Presiónala un poco con tus dedos, siente como cruje y como se mueve este alimento.</li> <li>- Llego el momento del gusto, llévate la pasa a la boca para sentir su sabor, colócala en tu lengua sin morderla y llévatela al cielo de la boca y observa que sensaciones te produce, mastícala despacio sintiendo como los aromas se mezclan con los sabores y como estos se mezclan con tu saliva, en este momento esta es tu única tarea y por último vamos a ingerirla.</li> </ul>

	Por último, dibujaremos y pintaremos un mural entre todos que defina nuestras sensaciones a lo largo de este proyecto y daremos las gracias por participar.
Indicador	Mural artístico.
Evaluación	La actividad será positiva si hay una participación de más del 80% de los pacientes que hayan decidido participar en el programa.

### 5.6 Recursos

<b>Materiales</b>	Material para el estudio: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1 ordenador</li> <li>○ 2 pendrive</li> <li>○ 30 bolígrafos</li> <li>○ Lápices de colores</li> <li>○ 1 pizarra blanca</li> <li>○ 4 rotuladores de pizarra blanca</li> <li>○ 2 paquetes de folios</li> <li>○ Impresiones de los documentos</li> <li>○ Pulseras de actividad física</li> <li>○ Esterillas</li> <li>○ Equipo de música</li> </ul>	2.500€
<b>Humanos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 2 enfermeras especialistas en Salud Mental.</li> <li>○ 1 guía turístico.</li> <li>○ 1 terapeuta ocupacional.</li> <li>○ 1 psicólogo.</li> </ul>	48.100€
<b>TOTAL</b>		<b>50.600€</b>

### 5.7 Aspectos éticos

En primer lugar, el proyecto deberá pasar por el Comité Ético del centro donde será implantado dicho proyecto. Después, se pondrá en conocimiento de la Dirección Médica y de Enfermería y de la Gerencia del centro de la realización del proyecto, obteniendo así los permisos convenientes.

En segundo lugar, con el fin de respetar el principio de autonomía de los sujetos participantes, se entregará individualmente a cada participante un modelo de Consentimiento Informado descrito en el Anexo 1 para que los sujetos tengan la oportunidad de elección. Asimismo, se aportará junto al consentimiento informado una hoja informativa también descrita en el Anexo 2 con un lenguaje comprensible.

De acuerdo con el Principio de Justicia, los participantes serán seleccionados atendiendo únicamente a los criterios de inclusión establecidos y expuestos anteriormente. Asimismo, se explicará que ni aquellos sujetos que participen tendrán un trato de favor, ni los que rechacen participar o abandonen serán de algún modo perjudicados por este hecho.

### **5.8 Evaluación**

La evaluación es la herramienta que nos permite estimar la importancia del proyecto. Se pretende corroborar y comprobar si los objetivos propuestos al inicio del programa se han logrado o no. Es importante valorar en qué medida el programa ha tenido un efecto rehabilitador y a la vez socializador para los participantes, además de evaluar las habilidades y competencias adquiridas. La evaluación nos sirve también para ver qué actividades se adaptan mejor a nuestros objetivos y así poder modificarlas o eliminarlas para obtener una mayor efectividad.

La evaluación del programa consistirá en diferentes valoraciones, con el fin de conocer la satisfacción tanto del personal sanitario como de los participantes. Respecto a los participantes del proyecto, se harán dos tipos de evaluación. Se utilizará la escala LSP<sup>12</sup> (Life Skills Profile) al principio y al final del proyecto, la cual evalúa la calidad de las habilidades de la vida cotidiana y que nos será útil para conocer el autocuidado de la persona, el estado de sus relaciones sociales, su comunicación, como actúa en diferentes situaciones y si es capaz de llevar a cabo diferentes tareas como las ABVDs. También utilizaremos un cuestionario al final del proyecto para conocer el nivel de satisfacción de los participantes (Anexo 4).

Por lo que hace a la evaluación del personal sanitario, las preguntas irán destinadas a conocer su opinión sobre el grupo de participantes, las actividades y la coordinación de las personas que llevarán a cabo el proyecto (Anexo 5).

## 6. DISCUSIÓN

Tras la realización de la búsqueda bibliográfica y la elaboración de la propuesta de intervención, hemos ampliado nuestros conocimientos sobre la enfermedad mental grave; sobre lo que es, lo que supone y como se ha de intervenir. Además de las implicaciones que esta enfermedad tiene en la vida de la persona afectada, también influye a aquellos que le rodean como la familia, el círculo social y la sociedad en general. En relación con las intervenciones, que se realizan o se deberían realizar, aunque estas han aumentado, siguen siendo escasas. A pesar de los avances en salud mental de nuestra población actualmente hay una falta de medios y recursos, materiales y profesionales, para proporcionar una atención de calidad.

Es evidente la importancia de la intervención social en el ámbito de la enfermedad mental, la cual no será efectiva sin la participación y aceptación de toda la sociedad. Aunque se trabaje la rehabilitación i/o reinserción de estas personas, si no son aceptadas y son estigmatizadas por la sociedad el trabajo será ineficaz. Por mucho que se trabajen las habilidades, capacidades y se mejore su calidad de vida, autonomía e independencia seguirán sin pertenecer a la parte activa de la sociedad en la que vivimos.

Después de comparar los resultados de los diferentes módulos que se plantean en el proyecto, se formulan las siguientes discusiones:

- En el primer módulo, **higiene personal**, hay una desigualdad entre mujeres y hombres. Las mujeres se muestran más receptivas y participan de manera más activa en el proceso. Son ellas las que poseen más obligaciones en sus hogares respecto a terceras personas. En cambio, los hombres desempeñan un rol más pasivo en todas las áreas de su vida, siendo receptores de los cuidados de terceros<sup>13</sup>. Por otro lado, se mostraron mejoras significativas en el estado de salud bucal proporcionando intervenciones básicas como un buen cepillado de dientes y sesiones motivacionales por parte de la enfermera participante<sup>14</sup>.

- En el módulo de **alimentación y hábitos saludables**, es recomendable hacer más estudios para identificar mejor los tipos de ejercicios que se quieren trabajar (series, repeticiones, rutinas) así como el tipo de nutrición y las recomendaciones dietéticas utilizando estrategias individualizadas según el tipo de paciente<sup>15</sup> (estado físico, fortalezas, limitaciones, antecedentes). En comparación con la población general, las personas con TMG presentan un peor cumplimiento de los hábitos de vida saludables<sup>16</sup>. Eso es debido a que estas personas tardan más en participar en una intervención y

realizar los cambios de comportamiento necesarios<sup>18</sup>. Las intervenciones para reducir la presión arterial y el peso son iniciativas importantes especialmente en poblaciones de alto riesgo como las personas con TMG<sup>17</sup>. También se ha observado una asociación negativa entre actividad física vigorosa y edad, ya que la práctica de esta se reduce con la edad. Caminar es la actividad física más habitual en pacientes con esquizofrenia. Aumentar conjuntamente los niveles de actividad vigorosa y moderada podría prevenir el deterioro de la función cardiorrespiratoria y reducir las tasas de muerte prematura, considerados dos problemas de salud críticos en esta población<sup>19</sup>.

- En el módulo de **reconocimiento de síntomas y adherencia al tratamiento**, los profesionales deben considerar el tratamiento individualizado, teniendo en cuenta aspectos como: la eficacia, la tolerabilidad, la pauta y el coste económico además de las expectativas, preocupaciones y preferencias del paciente y de la familia. Además, deben de tener habilidades que consistan en: estructurar un método para solucionar los problemas que puedan surgir con la medicación (efectos secundarios, olvidos de tomas), “looking back” para que el paciente recuerde las experiencias pasadas sobre la enfermedad y refleje los beneficios e inconvenientes de tomar la medicación y “looking forward” con el objetivo de favorecer la reflexión del paciente sobre las metas planteadas en el futuro, haciéndole ver la importancia del tratamiento farmacológico para conseguir las. También, destacan el apoyo familiar y social como un determinante fundamental que mejora considerablemente la adherencia<sup>20</sup>. Aunque las intervenciones han demostrado factibilidad, aceptabilidad y efectividad clínica preliminar, su impacto puede ser limitado debido al sobreesfuerzo del personal profesional y la intensidad y duración de estas intervenciones. Como tal, el potencial para implementar intervenciones efectivas de autogestión es limitado debido a las necesidades de la fuerza laboral, la duración e intensidad, y los costes asociados<sup>21</sup>.

- En el módulo **de participación comunitaria**, una mayor participación se asoció con mayores niveles de recuperación y calidad de vida. La participación social es la que más se relacionó con resultados positivos, en cambio la participación en actividades productivas, como trabajar, ir a la escuela o ser voluntario, obtuvieron resultados menos positivos. Las personas con TMG tiene un amplio espectro de áreas de participación que ellas consideran importantes pero que generalmente no participan en la medida en la que les gustaría<sup>22</sup>. Por otro lado, la utilización de la cultura como estrategia de participación comunitaria es innovadora y su eficacia puede ser elevada. También, se ha de recalcar la importancia de apoyar y contribuir a facilitar oportunidades a aquellas

personas en riesgo de exclusión social y que se encuentran en una situación de vulnerabilidad y desventaja con el resto de comunidad<sup>23</sup>.

- En el módulo de **prevención consumo de tóxicos**, en los estudios realizados, aunque los períodos de seguimiento fueron cortos, los pacientes informaron que la reducción del consumo de cigarrillos había tenido un impacto positivo y había aumentado su confianza en su capacidad para dejar de fumar en el futuro. Los resultados también muestran altas tasas de recaída en este tipo de población, por lo tanto, la investigación de estrategias de prevención de recaídas efectivas sería beneficiosa<sup>24</sup>.

- En el módulo **ocio y tiempo libre**, se encontraron diferentes actividades beneficiosas para las personas con TMG (teatro, musicoterapia, cine, expresión corporal, relajación y mindfulness). Las actividades tienen que centrarse en la calidad de vida, más que en la reducción de los síntomas negativos<sup>29</sup>. A pesar de que en algunas no hay suficientes estudios específicos que apoyen su práctica, la mayoría recomiendan su uso, ya que los resultados obtenidos han sido favorables para el transcurso de su enfermedad<sup>28,29,31,32</sup>. Aun así, existen muchos que no se benefician suficientemente de las terapias disponibles. Entre las barreras que se encuentran estos tratamientos están la baja motivación y el estigma<sup>29</sup>. Cabe destacar que el profesional de enfermería de salud mental puede adaptar la técnica a las diferentes necesidades y características de las personas con las que trabaja<sup>31</sup>.

Durante la elaboración de la propuesta de proyecto nos encontramos con una serie de limitaciones. Por un lado, observamos que la gran mayoría de actividades están basadas en la alimentación y en la promoción de actividades físicas que conllevan la reducción de enfermedades como la diabetes y la obesidad. También, son muchos los resultados encontrados de actividades que fomentan el ocio y el tiempo libre mediante sesiones de mindfulness, teatro, relajación, musicoterapia, etc. Por otro lado, son escasos los resultados de proyectos o talleres donde se trabajen la reducción de síntomas y la adherencia al tratamiento, así como la prevención del consumo de tabaco y otras sustancias nocivas para el paciente.

Una de las limitaciones que puede afectar al proyecto es que la enfermera especialista en salud mental, responsable de la intervención psicoeducativa, no posea las habilidades de comunicación necesarias para interactuar con el grupo. Por lo que hace su papel en el ámbito de la salud mental, son escasos los estudios en los cuales la

enfermera es la principal encargada de realizar la rehabilitación psicosocial o incluso de formar parte del equipo de trabajo.

Otra de las limitaciones del proyecto, podría ser la posibilidad de pérdida de participantes por negación a participar, o por otras causas (descompensaciones, bajas voluntarias, expulsión del programa por conductas inadecuadas, etc.).

Por último, tuvimos cierta dificultad para encontrar escalas de valoración específicas en el ámbito de la salud mental, validadas para la población española, que se adaptasen a nuestro proyecto.

Como principales recomendaciones para la puesta en acción del proyecto se confirma la importancia de trabajar en pequeños grupos de tarea. Se necesita más tiempo de estudio para obtener cambios significativos, ya que el proceso de rehabilitación es un proceso lento<sup>13</sup>. Esto también nos hace pensar que es necesario abordar cada área afectada durante un tiempo específico. En este proyecto se han querido tratar muchos temas y se han realizado diferentes actividades. Si al finalizar el proyecto los resultados no demuestran una mejora, se plantearía la opción de trabajar un solo módulo ampliándolo con más actividades de la misma temática.

Si se obtienen resultados positivos de este proyecto después de ponerlo en marcha, la propuesta de intervención psicosocial podría utilizarse como una intervención enfermera eficaz para la integración social de las personas con TMG. Asimismo, se promueve la autonomía y la calidad de vida fortaleciendo el autoconcepto y la autoestima.

## **8. CONCLUSIÓN**

Las personas que padecen un trastorno mental grave necesitan ser reeducadas en diversos aspectos de su vida. Por una parte, el tratamiento farmacológico es indispensable para controlar los síntomas de la enfermedad. Por otra parte, hay que evitar el aislamiento mediante la creación de vínculos tanto con el profesional como con la familia. Es necesaria la continua rehabilitación de la persona teniendo en cuenta las características de cada uno y siempre con una visión holística.

El rol que desempeña la enfermera debe comenzar en el mismo momento del diagnóstico, ya que facilita a los pacientes el desarrollo de nuevas estrategias para afrontar su situación, en la que necesitará información, apoyo y seguimiento. Enfermería puede intervenir en los diferentes procesos de la enfermedad, desde los periodos de remisión, proporcionando información necesaria para mejorar la calidad de vida, hasta los periodos de exacerbación, facilitando el acceso a tratamientos, pruebas e ingresos hospitalarios.

Para mejorar la calidad de vida de los pacientes, enfermería proporcionará la información necesaria para modificar sus estilos de vida, manejar adecuadamente sus síntomas y apoyará al paciente y a su familia.

Con este trabajo se pretende la creación de un grupo de personas en riesgo de exclusión social con el fin de que a través de una serie de actividades puedan empatizar, ser comprendidas, socializar y apoyarse entre ellas. Nos hemos centrado en el proceso de proporcionar habilidades que les ayuden a ser dueños de sus propias decisiones y actos, a un empoderamiento, capacitación y autodeterminación. Además, estas actividades servirán para el desarrollo personal y para mejorar su calidad de vida, favoreciendo su inserción y participación en la sociedad.

Hay que destacar la importancia y necesidad que tienen las actividades básicas de la vida diaria en general en el ámbito de la salud mental, ya que son un indicativo de salud e integración comunitaria, pudiendo ayudar en la eliminación del estigma. Por todas estas razones, el proyecto podría ser de interés para los profesionales de los servicios comunitarios de salud mental.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/05. Disponible en: [http://www.iacs.es/wp-content/uploads/2019/07/GPC\\_453\\_TMG\\_ICS\\_compl.pdf](http://www.iacs.es/wp-content/uploads/2019/07/GPC_453_TMG_ICS_compl.pdf)
2. Barbato A. abordaje de los trastornos mentales graves desde el marco de la salud pública. Asociación mundial de Rehabilitación Psicosocial. 2005; 2 (2):41-43. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-psicosocial-272-articulo-abordaje-los-trastornos-mentales-graves-13083217>
3. Grupperemata.com [Internet]. Disponible en: [http://www.grupperemata.com/spa/item/IPM\\_Activat.html](http://www.grupperemata.com/spa/item/IPM_Activat.html)
4. Departament de Salut. Servei Català de la Salut: memòria 2018. Scientia [Internet]. 2019 [consultado 11 de febrero de 2020]; Disponible en: <http://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/4555>
5. Bobes J, García-Portilla MP, Bascarán MT, Saiz PA BM. Ficha técnica del instrumento. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. [Internet]. CIBERSAM (Banco de Instrumentos y Metodologías en Salud Mental). 2019 [consultado el 12 de enero de 2020]. p. 1–3. Disponible en: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=169>
6. World Health Organization. Medición de la salud y la discapacidad: manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS: WHODAS 2.0. Servicio Nacional de Rehabilitación. [Internet]. 2015 [consultado el 12 de enero de 2020]. p. 140 p. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170500/9874573309\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttps://apps.who.int/iris/handle/10665/170500](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170500/9874573309_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttps://apps.who.int/iris/handle/10665/170500)
7. Cazaniga J, Suso A. Estudio “Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma”. Confed Salut Ment España [Internet]. 2015 [consultado 18 de enero de 2020]; 7–112. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>

8. IMSERSO. Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. 2007. [consultado 18 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/atenenfermental.pdf>
9. Arias P, Camps C, Cifre A, Chicharro F, Fernandez J, Gisbert C, et al. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación y recomendaciones. AEN [Internet]. 2002 [consultado 7 de diciembre 2019]. Disponible en: <https://www.aen.es/docs/ctecnicos6.pdf>
10. Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave. Guías prácticas clínica en el SNS / Minist Sanid y Política Soc [Internet]. 2009 [consultado el 24 de enero de 2020];107. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_453\\_TMG\\_ICS\\_resum.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICS_resum.pdf)
11. Sánchez Moreno R, Jiménez García A, Payán Rivera P, Cabello Fernández ME, Martínez Cabello V, Quinta Aguza C. Intervención de la enfermera especialista en salud mental en un programa psicoeducativo de higiene bucodental en pacientes afectados por trastorno mental grave. Bibl Lascasas [Internet]. 2015 [consultado el 7 de febrero de 2020];11(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0801.php>
12. Burgés V, Fernández A, Autonell J, Melloni F, Bulbena A. Spanish adaptation and validation of the brief form of the Life Skills Profile-20: An instrument to assess daily living skills in real clinical settings. Actas Esp Psiquiatr. 2007;35(2):79–88.
13. Marín Berges M. Intervención desde terapia ocupacional del aseo personal en personas con trastorno mental grave. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2016 [consultado el 11 de febrero de 2020]; 13(23): [22 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num23/pdfs/original8.pdf>
14. Mey L, Çömlekçi C, Reuver F, Waard I, Gool R, Scheerman JFM, et al. Oral Hygiene in Patients With Severe Mental Illness: A Pilot Study on the Collaboration Between Oral Hygienists and Mental Health Nurses. Perspectives in Psychiatric Care [Internet]. 2016 [consultado el 23 de marzo de 2020];52(3):194–200. Disponible en : <http://search.ebscohost.com.sabidi.urv.cat/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=116527975&site=ehost-live&scope=site>
15. Tomasi D, Gates S, Reynolds E. Positive Patient Response to a Structured Exercise Program Delivered in Inpatient Psychiatry. Glob Adv Heal Med [Internet] 2019

- [citado 14 de abril de 2020]; 8:10. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2164956119848657>
16. Casañas R, Martín Royo J, Fernandez-San-Martín MI, Raya Tena A, Mendioroz J, Sauch Valmaña G, et al. Effectiveness of a psychoeducation group intervention conducted by primary healthcare nurses in patients with depression and physical comorbidity: Study protocol for a randomized, controlled trial. BMC Health Serv Res [Internet]. 2019 [citado 14 de abril de 2020];19(1):13. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4198-7>
  17. Harrold SA, Libet J, Pope C, Lauerer JA, Johnson E, Edlund BJ. Increasing physical activity for veterans in the Mental Health Intensive Case Management Program: A community-based intervention. Perspectives in Psychiatric Care [Internet]. 2018 [consultado el 18 de febrero de 2020];54(2):266–73. Disponible en: <http://search.ebscohost.com.sabidi.urv.cat/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=128997270&site=ehost-live&scope=site>
  18. Daumit GL, Dickerson FB, Wang N-Y, Dalcin A, Jerome GJ, Anderson CAM, et al. A behavioral weight-loss intervention in persons with serious mental illness. New England Journal of Medicine [Internet]. 2013 [consultado el 12 de marzo de 2020];368(17):1594–602. Disponible en: <http://search.ebscohost.com.sabidi.urv.cat/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=108006769&site=ehost-live&scope=site>
  19. Bueno-Antequera J, Oviedo-Caro MÁ, París-García F, Munguía-Izquierdo D. ESTILO DE VIDA ACTIVO COMO TERAPIA COADYUVANTE EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: THE PSYCHIACTIVE PROJECT. International Journal of Developmental and Educational Psychology [Internet]. 2017;4(1):363-372. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349853537036>
  20. Valencia Corcín M. Adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia: retos para enfermería. PULSO [Internet] 2015 [consultado el]; (84):30-36. Disponible en: <https://www.enfermerianavarra.com/revista-pulso/pulso-numero-84-diciembre-2015>
  21. Whiteman KL, Naslund JA, DiNapoli EA, Bruce ML, Bartels SJ. Systematic Review of Integrated General Medical and Psychiatric Self-Management Interventions for Adults With Serious Mental Illness. Psychiatric services [Internet] 2016 [consultado el 12 de marzo de 2020]; 67(11):1213-1225. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5089924/>

22. Burns-Lynch B, Brusilovskiy E, Salzer MS. An empirical study of the relationship between community participation, recovery, and quality of life of individuals with serious mental illnesses. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2016;53(1):46-55. Disponible en: [https://cdn.doctoronly.co.il/2016/08/09\\_Burns-Lynch\\_An-Empirical-Study.pdf](https://cdn.doctoronly.co.il/2016/08/09_Burns-Lynch_An-Empirical-Study.pdf)
23. Lamor Rodríguez V. Camino hacia la ciudadanía: la cultura como estrategia/agente de participación social de personas en riesgo de exclusión social y como medio hacia una percepción holística de las personas con enfermedad mental. *TOG (A Coruña)* [revista en Internet]. 2017 [fecha de la consulta]; 15(27): 171-76. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num27/pdfs/colab1.pdf>
24. Parker C, McNeill A, Ratschen E. Tailored tobacco dependence support for mental health patients: a model for inpatient and community services. *Addiction* [Internet]. 2012 [citado el 15 febrero de 2020];107: 18–25. Disponible en: <http://search.ebscohost.com.sabidi.urv.cat/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=83148129&site=ehost-live&scope=site>
25. Boniface S, Malet-Lambert I, Coleman R, Deluca P, Donoghue K, Drummond C, et al. The Effect of Brief Interventions for Alcohol Among People with Comorbid Mental Health Conditions: A Systematic Review of Randomized Trials and Narrative Synthesis. *Alcohol and Alcoholism* [Internet]. 2018 [citado 14 de abril de 2020];53(3):282-93. Disponible en: <https://academic.oup.com/alcalc/article-abstract/53/3/282/4774988>
26. Fernández Rodríguez M, Guerra Mora P, Begara Iglesias O. El teatro como instrumento terapéutico en la rehabilitación psicosocial. *Norte Salud Ment* [Internet]. 2013 [citado 14 de abril de 2020];(46):82-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4695880>
27. Sánchez López L. Efectividad de la expresión corporal para la mejora de la capacidad expresiva en el Trastorno Mental Grave. *NURE Investig Rev Científica enfermería*. 2014;11(73):6. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es//OJS/index.php/nure/article/view/78>
28. Martínez de la Torre A, Aranda Muros I, Gómez Carracedo MV, Durán Jiménez FJ, González Aceituno P. Taller de cine y recursos audiovisuales para la recuperación en salud mental. *Rev Presencia* [Internet]. 2017 [citado el 15 de marzo de 2020]; 13. Disponible en: <http://www.index-f.com.sabidi.urv.cat/p2e/v13/e10619.php>

29. González C, Egea E, Ros O, López V, Rosique R, Martínez N. Musicoterapia como tratamiento coadyuvante en pacientes con Trastorno Mental Grave. Rev Paraninfo Digit [Internet]. 2014 [citado 14 de abril de 2020];20. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/386.php>
30. Oliver de Haro MM. Terapia Ocupacional y relajación autógena en salud mental. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2014 [consultado el 4 de marzo de 2020]; 11(19): [12 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num19/pdfs/original7.pdf>
31. Ruiz-Íñiguez R, Carralero Montero A, Mateo Castejón JM, García Martínez de Estarrona A, Aguado Pacheco R, López Sánchez EM. Mindfulness en el trastorno mental grave: revisión sistemática. Rev Presencia [revista en Internet]. 2015. [consultado el 4 de marzo de 2020]; 11(21). Disponible en: <http://www.index-f.com.sabidi.urv.cat/presencia/n21/p10475.php>
32. Valderrama Lara K., Rodriguez Castañeda MM., González Suarez B. Intervención grupal basada en mindfulness para trastorno mental severo. Una experiencia con pacientes comunitarios. Informaciones Psiquiátricas [Internet]. 2016 [consultado el 8 de febrero de 2020]; 225, 47–57. Disponible en: <http://www.informacionepsiquiatricas.com/informe225/files/assets/basic-html/index.html#47>

## 10. ANNEXOS

### Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### “Propuesta de intervención: Proyecto de rehabilitación psicosocial en TMG”

Yo, Sr./Sra.....con DNI.....declaro haber sido informado por..... como enfermera especialista en Salud Mental y responsable del estudio, para participar en dicho estudio de investigación que se va a realizar próximamente con el objetivo de favorecer la integración social de las personas con TMG.

He sido informado de que el estudio se llevará a cabo mediante la participación en un grupo. En el transcurso del mismo se desarrollarán diversas dinámicas de... Todos los participantes del grupo podrán expresar de forma libre sus opiniones sobre los distintos temas que se traten en el mismo.

La información que se obtenga de este estudio será anónima y siempre se mantendrá la confidencialidad, pudiendo ser usada solo a efectos científicos. De igual manera, entiendo que debo mantener una absoluta confidencialidad de todos los temas tratados en el grupo.

Así mismo, acepto participar libre y voluntariamente en dicho estudio y declaro haber comprendido el objetivo, la metodología y el carácter voluntario del estudio; pudiendo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento.

Firma del participante / Firma del investigador:

En.....a.....de.....de 20....

Revocación del consentimiento informado por parte del participante:

Firma del participante / Firma del investigador:

En.....a.....de.....de 20....

## **Anexo 2. HOJA INFORMATIVA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**Título del estudio: “Propuesta de intervención: Proyecto de rehabilitación psicosocial en TMG”.**

Este documento tiene como finalidad ofrecer información sobre el estudio de investigación en el que se le invita a participar y que se llevará a cabo en las instalaciones del Centro de Salud Mental de Adultos de Tarragona.

El objetivo general de este estudio es poder llevar a cabo un proyecto de intervención psicosocial, favoreciendo así a la integración social de las personas con TMG y su finalidad será evaluar su efectividad para mejorar el funcionamiento social, fomentar una buena autoestima, fortalecer el autoconcepto y aumentar la calidad de vida de estas personas. Se realizará un grupo de personas, el cual participará en 12 sesiones dinámicas con una frecuencia semanal y de una duración de 90 minutos y que serán dirigidas por una enfermera especialista en salud mental.

La participación de las personas en el estudio se ha basado en una serie de criterios, para asegurarse que se incluye a usuarios que puedan beneficiarse de una rehabilitación psicosocial.

La rehabilitación psicosocial, según la Asociación española de Neuropsiquiatría (AEN) es *“un espectro de programas de intervención psicosocial y social para personas que sufren de manera continuada trastornos psiquiátricos grave. El objetivo es mejorar la calidad de vida de estas personas y ayudarlas a asumir la responsabilidad de sus propias vidas y a actuar en la comunidad tan activamente como sea posible y a manejarse con la mayor independencia posible en su entorno social”*.

De cara a comprobar los resultados del estudio se cumplimentarán escalas antes y después de la intervención.

Sus datos personales serán tratados de forma confidencial, respetando en todo momento los derechos y los deberes que establece la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter personal y el Real Decreto 994/99 de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal. Sólo las personas responsables de la elaboración del estudio tendrán acceso a los datos que se deriven de su participación en el mismo.

Si usted decide participar en dicho estudio deberá firmar el Consentimiento Informado. También le hacemos saber que su participación no supone ningún riesgo para su salud y no se verá sometido a ninguna prueba complementaria.

En todo momento el carácter de su participación será voluntario, teniendo en todo momento la posibilidad de retirarse del mismo, sin que por ello se altere la relación terapéutica y provoque un perjuicio en el tratamiento del paciente.

Por otra parte, si desea recibir información sobre los resultados alcanzados del estudio o tiene alguna duda sobre este, será debidamente informado durante todo el proceso y será informado en cuanto finalice la investigación.

Si llegado a este punto su decisión es la de participar, sólo nos queda darle las gracias por el tiempo empleado.

Para más información contacte con el Equipo Investigador.

Muchas gracias por su colaboración.

**Anexo 3. ESCALA SOBRE EL PERFIL DE HABILIDADES DE LA VIDA COTIDIANA  
LIFE SKILL PROFILE “LSP”**

1. ¿Tiene alguna dificultad en iniciar y responder en una conversación? (C)	8. ¿Resulta normalmente difícil entender a esta persona por la forma en que habla (por ejemplo, confusa, alterado o desordenadamente)? (C)
<input type="checkbox"/> Ninguna dificultad.	<input type="checkbox"/> Ninguna dificultad
<input type="checkbox"/> Ligeramente dificultad	<input type="checkbox"/> Ligeramente difícil
<input type="checkbox"/> Moderada dificultad	<input type="checkbox"/> Moderadamente difícil
<input type="checkbox"/> Extrema dificultad	<input type="checkbox"/> Extremadamente difícil
2. ¿Suele meterse o interrumpir en las conversaciones de otros (por ejemplo, le interrumpe cuando está usted hablando)? (CSI)	9. ¿Suele hablar sobre temas raros o extraños? (CSI)
<input type="checkbox"/> No interrumpe en absoluto	<input type="checkbox"/> En absoluto
<input type="checkbox"/> Ligeramente intrusivo	<input type="checkbox"/> Ligeramente
<input type="checkbox"/> Moderadamente intrusivo	<input type="checkbox"/> Moderadamente
<input type="checkbox"/> Extremadamente intrusivo	<input type="checkbox"/> Extremadamente
3. ¿Está generalmente aislado de contacto social? (C)	10. ¿Suele estar generalmente bien presentado (por ejemplo, vestido limpio, pelo peinado)? (A)
<input type="checkbox"/> No se aísla en absoluto	<input type="checkbox"/> Bien presentado
<input type="checkbox"/> Ligeramente aislado	<input type="checkbox"/> Moderadamente bien presentado.
<input type="checkbox"/> Moderadamente aislado	<input type="checkbox"/> Pobrementemente presentado
<input type="checkbox"/> Totalmente (o casi) aislado	<input type="checkbox"/> Muy pobrementemente presentado
4. ¿Suele mostrarse afectuoso con los demás? (C)	11. ¿Suele ser su apariencia personal (aspecto facial, gestos) apropiada para el ambiente en que se mueve? (CSI)
<input type="checkbox"/> Considerablemente cordial	<input type="checkbox"/> Intachable o apropiada
<input type="checkbox"/> Moderadamente cordial	<input type="checkbox"/> Ligeramente inapropiada
<input type="checkbox"/> Ligeramente cordial	<input type="checkbox"/> Moderadamente inapropiada
<input type="checkbox"/> Nada cordial en absoluto	<input type="checkbox"/> Extremadamente inapropiada
5. ¿Suele estar normalmente enfadado o ser puntilloso con otras personas? (CSI)	12. ¿Suele lavarse esta persona sin tener que recordárselo? (A)
<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> Generalmente
<input type="checkbox"/> Moderadamente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> Ligeramente	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Extremadamente	<input type="checkbox"/> Nunca
6. ¿Suele ofenderse fácilmente? (CSI)	13. ¿Suele tener un olor ofensivo (por ejemplo, en el cuerpo, aliento o ropas)? (A)
<input type="checkbox"/> No se ofende	<input type="checkbox"/> En absoluto
<input type="checkbox"/> Algo rápido en enfadarse	<input type="checkbox"/> Moderadamente
<input type="checkbox"/> Bastante presto a enfadarse	<input type="checkbox"/> Ligeramente
<input type="checkbox"/> Extremadamente presto a enfadarse.	<input type="checkbox"/> Mucho
7. ¿Suele mirar a las personas cuando habla con ellos? (C)	14. ¿Suele vestir ropas limpias normalmente o se asegura de que se limpiarán si están sucias? (A)
<input type="checkbox"/> Contacto visual adecuado	<input type="checkbox"/> Mantiene limpieza de la ropa
<input type="checkbox"/> Ligeramente reducido	<input type="checkbox"/> Moderada limpieza

<input type="checkbox"/> Moderadamente reducido	<input type="checkbox"/> Pobre limpieza de la ropa
<input type="checkbox"/> Extremadamente reducido	<input type="checkbox"/> Muy escasa limpieza de la ropa

15. ¿Suele ser negligente con su salud física? (VA)	22. Asiste a alguna organización social (por ejemplo, iglesia, club o grupo de interés, excluyendo los grupos de terapia psiquiátrica)? (VA)
<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> Frecuentemente
<input type="checkbox"/> Ligeramente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> Moderadamente	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Extremadamente	<input type="checkbox"/> Nunca
16. ¿Mantiene normalmente una dieta adecuada? (A)	23. ¿Puede esta persona preparar normalmente (si lo necesita) su propia comida? (VA)
<input type="checkbox"/> Sin problemas	<input type="checkbox"/> Bastante capaz de prepararse comida
<input type="checkbox"/> Ligeros problemas	<input type="checkbox"/> Ligeras limitaciones
<input type="checkbox"/> Moderados problemas	<input type="checkbox"/> Moderadas limitaciones
<input type="checkbox"/> Graves problemas	<input type="checkbox"/> Incapaz de prepararse comida
17. ¿Suele estar normalmente atento o tomar personalmente su propia medicación prescrita (o hacerse poner las inyecciones prescritas al momento) sin que se le recuerde? (A)	24. ¿Puede esta persona irse a vivir por sí mismo? (VA)
<input type="checkbox"/> Muy confiable	<input type="checkbox"/> Bastante capaz de hacerlo
<input type="checkbox"/> Ligeramente no confiable	<input type="checkbox"/> Ligeras limitaciones
<input type="checkbox"/> Moderadamente no confiable	<input type="checkbox"/> Moderadas limitaciones
<input type="checkbox"/> No confiable	<input type="checkbox"/> Incapaz totalmente
18. ¿Está dispuesto a tomar la medicación psiquiátrica cuando se la prescribe el médico? (A)	25. ¿Tiene problemas (por ejemplo fricciones, huidas, etc.) viviendo con otros en la familia? (CSI)
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Sin problemas
<input type="checkbox"/> Normalmente	<input type="checkbox"/> Ligeros problemas
<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Moderados problemas
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Graves problemas
19. Cooperar esta persona con los servicios de salud (por ejemplo, médicos y/u otros profesionales de la salud)? (A)	26. ¿Qué tipo de trabajo sería capaz de hacer (incluso aunque esté desempleado, retirado o haciendo trabajos domésticos no remunerados)? (VA)
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Capaz de hacer un trabajo a tiempo total.
<input type="checkbox"/> Normalmente	<input type="checkbox"/> Capaz de trabajo a tiempo parcial
<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Capaz solamente de trabajos protegidos
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Incapaz de trabajar
20. ¿Está normalmente inactivo (por ejemplo, gastando mucho de su tiempo sentado o de pie alrededor sin hacer nada)? (VA)	27. ¿Se comporta de manera arriesgada (por ejemplo, ignorando el tráfico cuando cruza la calle)? (A)

<input type="checkbox"/> Apropiadamente activo	<input type="checkbox"/> En absoluto
<input type="checkbox"/> Ligeramente inactivo	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Moderadamente inactivo	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> Extremadamente inactivo	<input type="checkbox"/> A menudo

21. ¿Tiene intereses definidos (por ejemplo hobbies, deportes, actividades) en los cuales participa regularmente? (VA)	28. ¿Destruye esta persona propiedades? (CSNP)
<input type="checkbox"/> Participación considerable.	<input type="checkbox"/> En absoluto
<input type="checkbox"/> Moderada participación	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Alguna participación	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> No participa en absoluto	<input type="checkbox"/> A menudo
29. ¿Se comporta de forma ofensiva (incluida la conducta sexual)? (CSI)	35. ¿Se autolesiona? (CSNP)
<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En absoluto
<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> A menudo
30. ¿Tiene esta persona hábitos o conductas que la mayoría de la gente encuentra antisociales (por ejemplo, escupir, dejar colillas de cigarrillos encendidos alrededor, ser desordenado en el baño, comer de una manera desordenada)? (A)	36. ¿Se mete en problemas con la policía? (CSI)
<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En absoluto
<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> A menudo
31. ¿Suele perder propiedades personales? (CSNP)	37. ¿Abusa del alcohol o de otras drogas? (CSI)
<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En absoluto
<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> A menudo
32. ¿Invade el espacio de otras personas (habitaciones, posesiones personales)? (CSNP)	38. ¿Se comporta irresponsablemente? (CSNP)
<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En absoluto
<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> A menudo
33. ¿Suele coger cosas que no son suyas? (CSNP)	39. ¿Hace o mantiene normalmente amistades? (C)
<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> Capaz de hacer amistades fácilmente
<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Lo hace con cierta dificultad
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Lo hace con dificultad considerable
<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Incapaz hacer o mantener amistades

34. ¿Es violento con otros? (CSI)
<input type="checkbox"/> En absoluto
<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> A menudo

#### Anexo 4. CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN PARA LOS PARTICIPANTES

##### CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

En el siguiente documento se muestran una serie de preguntas sobre ciertos aspectos de las actividades realizadas durante el proyecto: "Propuesta de intervención: Proyecto de rehabilitación psicosocial en TMG". Las puntuaciones de las preguntas irán del 1 al 10, siendo el número 1 la puntuación más baja y el 10 la más alta. Usted deberá marcar la puntuación que considere oportuna conforme a la satisfacción personal de las sesiones que se han realizado.

- ¿Del 1 al 10 cuanto te gustan las actividades que se realizan en el taller?  
Puntuación: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ¿Del 1 al 10 cuanto cuánto has aprendido con las actividades?  
Puntuación: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ¿Del 1 al 10 cuanto te gustaría volver a participar en otro proyecto como este?  
Puntuación: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ¿Del 1 al 10 cuanto te han ayudado estas actividades a mejorar los síntomas de tu enfermedad?  
Puntuación: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ¿Del 1 al 10 cuanto te han ayudado estas actividades a mejorar tu autoestima?  
Puntuación: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ¿Qué otras actividades te gustaría realizar que tengan relación con la rehabilitación psicosocial?

## **Anexo 5. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN FINAL PARA LOS PROFESIONALES**

### **CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN FINAL**

#### **Preguntas relacionadas con los usuarios:**

- ¿Consideras que es un grupo heterogéneo? ¿Por qué?
- ¿Cómo definirías las relaciones que se dan dentro del grupo?
- ¿Cómo consideras que es la relación de los usuarios con el equipo de profesionales?

#### **Preguntas relacionadas con las actividades:**

- ¿Consideras que las instalaciones son afines a las actividades que se realizan? ¿Y los materiales?
- ¿Consideras que las actividades son acordes al grupo de usuarios? ¿En qué crees que deberían adaptarse?
- ¿Introducirías otras actividades en el proyecto? ¿Cuáles?

#### **Preguntas relacionadas con la coordinación:**

- ¿Cómo es la coordinación que se da con el equipo de profesionales?
- ¿Existe una organización previa de las actividades?
- ¿Proporciona de antemano los materiales necesarios para cada actividad?