



Trabajo Fin de Grado

Guía de Intervención para Trabajo Social en pacientes con
Trastorno Mental Grave.

Social Work Intervention Guide in patients with serious
mental disorder.

Autor/es

Sara Legazpe Martín

Director/es

Yolanda López del Hoyo

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo. Universidad de Zaragoza
2019

RESUMEN

En el presente trabajo se busca la forma de mostrar como un Trastorno Mental Grave repercute en el ámbito social del paciente y que proceso tiene que seguir el profesional del Trabajo Social para atenderlo y favorecer su reconstrucción para una futura reinserción social. Para ello, se ha llevado a cabo una labor de recopilación bibliográfica y la realización de entrevistas a partir de las cuales se ha podido recoger la aportación de profesionales de las áreas de Salud Mental. Se ha obtenido como resultado, la construcción de una guía de intervención para el Trabajo Social que se espera que facilite la tarea del profesional en el proceso por la consecución de una mejora de la calidad de vida de los pacientes.

Palabras Clave: Trabajo Social, Trastorno Mental Grave, Guía de Intervención, Salud Mental, Reinserción Social.

ABSTRACT

This assignment aims to show how a serious mental disorder affects the patient's social environment and what is the process the social worker needs to perform in order to help and boost this area with the purpose of a future social reintegration. Consequently, a research on plenty of bibliography has been carried out together with interviews done to mental health professionals so as to obtain knowledge, data and information. As a result, a social work intervention guide has been created to improve the social worker task with the goal of achieving a better quality of the patient's life.

Key Terms: Social Work, Serious Mental Disorders, Intervention Guide, Mental Health, Social Reintegration.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEÓRICO:.....	3
2.1. Trabajo Social y Salud Mental.....	3
2.2. Trastorno Mental Grave	4
2.2.1. Concepto	4
2.2.2. Clasificación y características	5
2.3. Sistema Asistencial en Salud Mental	7
2.3.1. Dispositivos asistenciales	7
2.4. La sociedad y la aceptación.....	10
2.4.1. Estigmatización.....	10
2.4.2. Barreras y oportunidades. Riesgos de exclusión social.....	11
2.4.3. Daños y quebrantamientos de los Principios Éticos.....	11
2.5. Perspectiva socio-familiar.....	12
2.5.1. Trastorno y su dimensión social. Como afecta al entorno social y familiar.....	12
2.5.2. Factores psicosociales. Cambios que experimenta el usuario	13
2.6. Papel del trabajador social en las personas diagnosticadas de TMG	15
2.6.1. La necesidad de atención a la perspectiva social de estas personas	15
2.6.2. Trabajo Social Psiquiátrico	15
2.7. Tratamiento desde la perspectiva social. Método de intervención	16
2.7.1. Intervención social y familiar	16
2.7.2. Rehabilitación psicosocial	17
2.7.3. Factores de inclusión social.....	21
3. RESULTADOS.....	25
3.1. Guía de Intervención	25
3.1.1. Justificación	25
3.1.2. Consideraciones Iniciales	25
3.1.3. Metodología	26
4. BIBLIOGRAFÍA	31
5. ANEXOS	37

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variables.....	27
--------------------------------	----

ABREVIATURAS

ASAPME: Asociación Aragonesa Pro Salud Mental

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades

C.R.P: Centro de Rehabilitación Psicosocial

CSM: Centro de Salud Mental Comunitario

NIMH: *National Institute of Mental Health.* Instituto Nacional de Salud Mental.

PIR: Plan Individualizado de Rehabilitación

TMG: Trastorno Mental Grave

UCE: Unidad de Corta Estancia

ULE: Unidad de Larga Estancia

UME: Unidad de Media Estancia

USM: Unidad de Salud Mental

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación va a tratar el tema de la salud mental en la sociedad, concretando en un colectivo de mayor vulnerabilidad, las personas que sufren un Trastorno Mental Grave¹. Toda persona diagnosticada de TMG ve alteradas las distintas áreas de su vida, entre ellas, la social. Es aquí donde entra la figura del Trabajador Social y sus conocimientos para redirigir cada aspecto distorsionado y ofrecer una adaptación normalizada a la realidad en la que vivimos.

El interés por trabajar con este colectivo no surge porque si, más bien por descubrir más acerca del calvario que viven estas personas y todo su entorno. Es de vital importancia atender cada comportamiento inusual y comprender la dificultad que tienen para desarrollar, de forma natural, las habilidades sociales. La labor de los profesionales en esta área es muy importante, por lo que se necesita de un mayor número de trabajadores cualificados para saber conducir el proceso de rehabilitación.

Por ello, el propósito del trabajo es ofrecer un recurso material que pueda servir como soporte a los profesionales del Trabajo Social que requieran de ayuda en los casos en los que tengan que trabajar con personas diagnosticadas de TMG. El recurso creado consiste en una breve guía de la que se espera que cumpla las expectativas de apoyo en el trabajo y que evite tener que recopilar información sobre cómo actuar con dicho colectivo.

El desarrollo de este soporte se lleva a cabo porque se pretende conseguir que los profesionales comprendan, en menor tiempo, el proceso a seguir y colaboren para intentar que los pacientes mejoren su calidad de vida, eviten su deterioro psicosocial, desarrollemos habilidades y fortalezcan las ya presentes para alcanzar la reintegración en la sociedad.

Mi labor ha consistido en recopilar información de autores conocedores del tema y ejecutar entrevistas a los profesionales del trabajo social que realizan su labor en los distintos dispositivos de salud mental en la ciudad de Zaragoza. Ambas tareas, han permitido obtener como resultado la creación de mi propia guía de intervención para Trabajo Social en el TMG. Su función va a consistir en servir de orientación a todos los trabajadores sociales que ocupen un puesto en el que trabajen con este colectivo.

Para comprobar su eficacia, he solicitado ayuda a distintos profesionales expertos en el campo de la salud mental, para que evalúen la guía y compartan la validez que ha tenido para ellos.

Ha sido difícil ser preciso en cuanto al camino que se sigue para la rehabilitación de estas personas, ya que los casos son muy variados, cada dispositivo tiene sus prioridades y no se puede especificar en características concretas.

No obstante, toda la información recolectada va a servir para mostrar aquellos aspectos que se ven afectados y alteran el bienestar de una persona con TMG. Trabajar una enfermedad mental supone adentrarse en los distintos ámbitos de la vida del paciente, ya que, puede repercutir de forma negativa en la forma de actuar del paciente, en sus relaciones, en su economía, en su trabajo, en su familia, etc. Es por esto que se pretende reflejar como un aspecto clínico del paciente puede repercutir tanto en todos los factores influyentes de su vida.

¹ En adelante: TMG

En cuanto a la estructura del trabajo, este se divide, por un lado, en un marco teórico donde se incluye la información obtenida a partir de una recopilación bibliográfica y, por otro lado, los resultados que hacen referencia a la creación de la guía de intervención, como se ha elaborado y que variables se han podido obtener de la misma.

2. MARCO TEÓRICO:

2.1. Trabajo Social y Salud Mental

Para poder comprender la Salud Mental y el aspecto social que la rodea, es conveniente comenzar con la definición de salud recogida en los Documentos Básicos de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014): “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.1).

Ya en la definición de salud, podemos observar que la perspectiva social es un aspecto clave que se debe atender para poder alcanzar un completo estado de bienestar. Significa entonces, que el ámbito sanitario cuenta con profesionales que se encargan de atender la línea social que puede verse quebrada (Armesto, 2016).

En este mismo orden y dirección, la Declaración Europea de la OMS (2005) afirma que

La Salud Mental y el bienestar mental son fundamentales para la calidad de vida y la productividad de los individuos, las familias, las comunidades y las naciones, capacitando a las personas para experimentar una vida plena de sentido y para ser ciudadanos creativos y activos. (p.1)

Tanto el aspecto social como el mental van unidos, ya que las personas que padecen de algún tipo de enfermedad mental pueden tener repercusiones a nivel social y familiar a las que se debe prestar una atención directa y eficaz. Para seguir con la línea explicativa, resulta oportuno incluir el concepto de salud mental que ofrece la OMS (2013) como “un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

En este sentido, la Salud Mental es el punto de partida para alcanzar el bienestar y el funcionamiento efectivo de la sociedad (OMS, 2004).

La enfermedad mental y los problemas que conlleva, se determinan a partir de factores sociales, psicológicos y biológicos y se identifica por la pérdida de autodominio, las preocupaciones y el miedo que el sujeto no se ve capaz de resolver, la falta subjetiva de bienestar, la aparición de alteraciones que influyen en el desarrollo cotidiano de su vida y la falta de conciencia de la enfermedad (Idareta, 2018).

La Salud Mental de las personas puede verse influenciada por circunstancias y experiencias personales, relaciones sociales, el sistema de la sociedad, y el factor cultural (Lehtinen, Riikonen, y Lahtinen, 1997) (Lahtinen et al, 1999).

Desde que se reconoce el aspecto social como un factor causante y consecuente de la enfermedad mental, se vio la necesidad de incorporar la figura del trabajador social dentro del equipo multidisciplinar, que trabaja con las personas que padecen cualquier tipo de enfermedad dentro del ámbito de la salud mental.

La figura del Asistente Social, en un principio era muy incierta dentro del ámbito de la salud, pero con el paso del tiempo se fue desarrollando, no solo en el campo sanitario, sino también en el psiquiátrico. Los profesionales del Trabajo Social se prepararon para ser capaces de reconocer problemas, describirlos y plantear formas de actuación muy diversas dentro de los puntos de intervención terapéutica (Garcés, 2015).

Es en los años noventa cuando se produce un colapso en el ámbito sanitario debido a la multitud de problemas de carácter social y psicosocial de la población que sufren enfermedades mentales. No solo se observan dificultades en el funcionamiento psicosocial de las personas (discapacidades y déficits) sino que también supone un exceso de presión y malestar para sus familias. En este momento entra la figura del trabajador social para atender y rehabilitar las problemáticas sociales con el fin de alcanzar una integración adecuada en la sociedad (Garcés, 2015).

2.2. Trastorno Mental Grave

2.2.1. Concepto

Cómo forma de aproximación al concepto de TMG, es conveniente introducir el apartado incluyendo, en primer lugar, la definición de Trastorno Mental que ofrece la American Psychiatric Association (APA, 2014) en **El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)**:

Un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Un comportamiento socialmente anómalo (ya sea político, religioso o sexual) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad, no son trastornos mentales salvo que la anomalía o el conflicto sean el resultado de una disfunción del individuo, como las descritas anteriormente. (p.20)

El TMG, por su parte, tiene diversas formas de definirse siguiendo una serie de criterios de diagnóstico. **El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos²** en 1987, determina a este colectivo como

Un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que llevan 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. (Citado en Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud [IACS], 2009, p.29)

² En adelante NIMH

El TMG abarca un conjunto de entidades nosológicas de diferente naturaleza y presentación clínica, que tienen en común criterios de gravedad y persistencia en el tiempo, con tendencia al déficit funcional y a la alteración de las relaciones personales, familiares y sociales de la persona que lo padece (Asociación Española de Neuropsiquiatría [AEN], 2012).

2.2.2. Clasificación y características

La definición de TMG se obtiene a partir de los siguientes criterios operativos:

Se considera TMG todas aquellas categorías de trastornos etiquetados de psicóticos (excluyendo los orgánicos). Además, dichos trastornos conllevan la alteración de las relaciones, del comportamiento que impide adecuarse al contexto o una afectividad inapropiada que puede provocar que la realidad sea percibida de forma distorsionada. **La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10** elaborada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS, 1995) considera que las personas que adquieran los criterios de, al menos, una de las categorías diagnósticas siguientes, serán diagnosticados de TMG:

- Trastornos esquizofrénicos (F20.x)
- Trastorno esquizotípico (F21)
- Trastornos delirantes persistentes (F22)
- Trastornos delirantes inducidos (F24)
- Trastornos esquizoafectivos (F25)
- Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y F29)
- Trastorno bipolar (F31.x)
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)
- Trastornos depresivos graves recurrentes (F33)
- Trastorno obsesivo compulsivo (F42)

En cuanto a la duración de la enfermedad, se constata que el trastorno tiene que presentar una evolución de 2 o más años, o el funcionamiento alterado por un deterioro progresivo en los últimos 6 meses aun si remiten los síntomas. Se entiende, por tanto, que los aspectos clínicos tienen que darse de forma continuada o episódica durante el tiempo anteriormente indicado.

Dicho criterio de temporalidad intenta excluir al resto del colectivo que presenta trastorno, pero con una duración menor o aquellos que puedan presentar síntomas graves pero que no han experimentado una evolución prolongada en el tiempo y dificulta, por tanto, la búsqueda de un pronóstico claro del trastorno. No obstante, existen criterios establecidos por el NIMH que pueden servir como alternativa:

- Haber recibido más de una vez en la vida tratamientos psiquiátricos de mayor intensidad que el ambulatorio.
- Haber recibido de forma continua apoyo en centro residencial por un tiempo suficiente como para haber provocado una interrupción significativa de la situación vital.

Por otro lado, se podría incluir como otro criterio, la presencia de discapacidad. Dicha afectación al funcionamiento personal, laboral, social y familiar, se mide a partir de la existencia de diferentes escalas como, por ejemplo, la escala de evaluación de la discapacidad de la OMS (DAS-I) con puntuaciones >3 en todos sus ítems.

Según la definición que ofrece el NIMH, la discapacidad puede producir efectos negativos en el funcionamiento de las personas. Además, supone la aparición, de forma continua, de dos o más de los criterios siguientes:

- Desempleo, empleo protegido o apoyado, habilidades claramente limitadas o historia laboral pobre.
- Necesidad de apoyo económico público para mantenerse fuera del hospital y es posible que precise apoyo para procurarse dicha ayuda.
- Dificultades para establecer o mantener sistemas de apoyo social personal.
- Necesidad de ayuda en habilidades de la vida diaria, como higiene, preparación de alimentos o gestión económica.
- Conducta social inapropiada que determina la asistencia psiquiátrica o del sistema judicial. (IACS, 2009)

Para tener una completa clasificación del TMG, el libro “*Lo social en la salud mental. Trabaja Social en Psiquiatría*” (2015) clasifica la enfermedad incluyendo otros criterios de mayor amplitud:

Por un lado, están los criterios sociales o consecuencias sociales que abarcarían:

- Disfunción o deficiencia
- Discapacidad que impide el correcto desempeño de un rol social
- Tener cierto grado de dependencia
- Ausencia de apoyo social y/o familiar o sobrecarga del mismo.

Por otro lado, hablaríamos del uso de servicios, en el que se incluyen:

- Previa utilización de uno o más servicios provenientes del ámbito de la salud mental de forma reiterada
 - Alta de un servicio de agudos o de media o larga estancia,
 - Tres o más hospitalizaciones a lo largo de dos años
 - Más de 150 días de hospitalización a lo largo de la vida
 - Estancia de más de 90 días durante la última hospitalización psiquiátrica
 - Tres ocasiones de atención en un servicio de urgencias por causas psiquiátricas en un año, o más de cuatro en los últimos dos años.
- Un criterio pronóstico que, a partir de la observación de la evolución, pueda verificar la necesidad de utilizar los distintos servicios en el futuro, de requerir una planificación y organización de la asistencia psiquiátrica y una coordinación interdepartamental o interinstitucional que solo se pueda dar desde los servicios públicos.
- Es conveniente incluir a todas aquellas personas dependientes de alguno de los diagnósticos anteriormente incluidos con alguna hospitalización previa y que hayan abandonado su seguimiento psiquiátrico individual por más de seis meses.
- En las situaciones en las que no se haya hecho uso de ningún servicio, pero el pronóstico indique que se va a tener que empezar a usar de forma reiterada, es conveniente que se vuelva a reconsiderar la situación tras someterse a una inclusión en dispositivos de mayor grado terapéutico.

A partir de todos estos criterios podemos deducir que este colectivo se caracteriza por la cronicidad. Dicha cronicidad ha potenciado la creación de una clasificación de los pacientes crónicos en cinco grupos que van venir definidos por la necesidad de servicios terapéuticos y socio-sanitarios:

- a. Pacientes con riesgo de cronicidad
- b. Nuevos crónicos
- c. Crónicos de larga evolución
- d. Crónicos externalizados o desinstitucionalizados
- e. Crónicos institucionalizados (Pinilla, 2015).

Así pues, se entiende que las personas diagnosticadas de TMG precisan de un cierto control de su sintomatología, un enriquecimiento de su funcionamiento psicológico y la estabilización psicopatológica en caso de sufrir recaídas. Todo ello supone que dichas personas se incluyan en un colectivo de gran vulnerabilidad en el que hay que prestar especial atención a sus derechos como ciudadanos (Idareta, 2018).

Por tanto, las personas con TMG van a requerir el uso de los servicios de salud mental a largo plazo y de forma intermitente. Para ello, se va a llevar a cabo una planificación y organización de la asistencia psiquiátrica y una coordinación interdepartamental o interinstitucional (Garcés, 2010).

2.3. Sistema Asistencial en Salud Mental

En España, la asistencia en salud mental se estructura sobre la legislación que incluye al Sistema Nacional De Salud y a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (Giménez, 2015). Dicha normativa parte del artículo 43 de la Constitución Española (1978) en el que se establece unos derechos referentes a la salud de las personas:

- Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
- Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
- Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.

2.3.1. Dispositivos asistenciales

Ante la realidad de un gran número de personas que padecen una enfermedad mental y la necesidad de atender las diferentes áreas personales afectadas, en el año 1986 se crea una cartera de recursos que intenta cubrir todas las necesidades de dicho colectivo. Cada paciente experimenta consecuencias diferentes en función de su situación, por lo que requieren de intervenciones acordes a cada persona y circunstancia. No obstante, dichas actuaciones no siempre son las definitivas y tampoco quiere decir que estén aisladas. Cada intervención y apoyo hacia el paciente se determinará dependiendo del momento en el que se encuentre la enfermedad y la situación personal del paciente.

Los recursos más presentes en nuestro país no existen en todas las Comunidades Autónomas ni actúan bajo las mismas características. Además, es importante recordar que cada servicio tiene una dependencia (servicios sociales o sanidad) y una titularidad (pública o concertada) (Giménez, 2015).

Otro dato a tener en cuenta es que cada Comunidad Autónoma se divide en sectores, por lo que va a depender la atención que tenga del sector en el que se encuentre. Aunque se incluyen funciones específicas en cada recurso, existen una serie de funciones comunes como las que indico a continuación:

- Establecer los mecanismos necesarios para dar una adecuada atención, así como posibilitar intervenciones encaminadas a evitar el empeoramiento psicopatológico y recaídas.
- Investigación, docencia y formación con la finalidad de mejorar las intervenciones.
- Participar en la planificación de recursos de salud mental.
- Coordinación con otros recursos sanitarios, sociales, educativos, laborales, etc.
- Defender los derechos de los usuarios y establecer acciones encaminadas a que las intervenciones profesionales también respeten estos derechos. (Giménez, 2015, p.126)

A partir de aquí es conveniente incluir una breve descripción de cada dispositivo asistencial:

1. Centro de Salud Mental Comunitario (CSM), Unidad de Salud Mental (USM)

Son los centros de referencia para la atención ambulatoria de los pacientes a los que se accede por atención primaria, es decir, el médico de cabecera. Estos centros tienen la capacidad de llevar a cabo programas específicos de atención con posibilidad de realizar intervenciones en aspectos concretos según quienes sean los destinatarios. Se distingue entre Centros de Salud Mental Adultos, para mayores de 18 años y Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil, para personas con un rango de edad de hasta 18 años.

2. Unidad de Corta Estancia (UCE)

Son unidades para internar a los pacientes que requieren de atención las 24 horas del día. Dicho internamiento ofrece atención y tratamiento a personas que se encuentran en las fases agudas de la enfermedad, que necesitan ser ingresados debido a riesgo psicopatológico o que necesitan pasar por una evaluación del tratamiento farmacológico.

3. Unidad de Media Estancia, de rehabilitación intensiva (UME)³

Esta unidad es similar a la anterior debido a su atención las 24 horas del día. A diferencia de otras, ésta ofrece atención individualizada intensiva encaminada a la rehabilitación del paciente. En esta unidad se atienden a las personas que presentan criterios diagnósticos de TMG. Los ingresos se establecen en un tiempo de 6 meses prorrogables.

4. Unidad de Larga Estancia (ULE)⁴

Unidades de ingreso con atención las 24 horas del día dirigidas a personas diagnosticadas de TMG que requieren de cuidados de forma interna en plazos de dos años o más. Estas unidades se estructuran en unidades para menores de 65 años y unidades para personas mayores (Psicogeriatríficos). Al igual que el anterior dispositivo, se busca alcanzar la rehabilitación, pero puede que sea temporal o definitiva dependiendo de cómo prospere el paciente en el Plan Individualizado.

³ En adelante UME

⁴ En adelante ULE

5. Centros de día, Centros de Rehabilitación Psicosocial, Unidades de Rehabilitación Intensiva Ambulatoria

Centros de atención ambulatoria, sin ingreso y con horario limitado. Llevan a cabo programas individualizados dirigidos a la rehabilitación y reinserción comunitaria mediante actividades centradas en lo comunitario.

6. Hospital de Día

Son dispositivos terapéuticos a corto/medio plazo diferentes de los programas de rehabilitación. Se atienden personas diagnosticadas de TMG, en especial, trastornos psicóticos y trastornos de la personalidad en personas que están capacitados para continuar en el medio sociofamiliar.

7. Hospital de Noche

Son unidades que buscan llevar un seguimiento de las actividades terapéuticas al mismo tiempo que el paciente lleva su rutina diaria. El objetivo que buscan es alcanzar la estabilidad psicopatológica.

8. Recursos de alojamiento y vivienda, alternativas residenciales

Son instrumentos dirigidos a la atención de las necesidades residenciales que puedan conseguir la estabilidad de la vida social de las personas con discapacidades, a la vez que la participación de forma activa en la misma. Este recurso va dirigido a personas que requieren de una atención que va más allá del ámbito sanitario. Entre ellos, existen:

- Las viviendas con apoyos
- Alojamientos supervisados, pisos asistidos, pisos protegidos
- Pisos de transición, pisos escuela
- Miniresidencias
- Atención domiciliaria
- Pensiones supervisadas

9. Recursos de apoyo al empleo:

- Talleres prelaborales
- Centros ocupacionales
- Centros especiales de empleo
- Recursos de apoyo y seguimiento en la integración laboral

10. Recursos de apoyo social: Clubes Sociales, Grupos de autoayuda

11. Asociaciones de usuarios y de familiares

12. Otros dispositivos. Existen diversos recursos a los que se puede acceder de forma más específica en función de la patología (Giménez, 2015).

2.4. La sociedad y la aceptación

2.4.1. Estigmatización

Es difícil evidenciar el grado de estigma de la sociedad hacia todas aquellas personas que sufren un trastorno mental y las consecuencias que puede tener la interpretación social en su situación de exclusión social. La exclusión social y la enfermedad mental son dos conceptos que pueden aparecer juntos dentro de un contexto social de discriminación, dificultando así, su cuantificación (Allebeck, 1989).

La psicología social distingue el estigma en tres formas de comportamiento social: discriminación, estereotipos y prejuicios (Ottati, Bodenhausen, y Newman, 2005). Los estereotipos abarcan toda aquella información aprendida en la sociedad; los prejuicios comprenden las actitudes que expresamos tras haber experimentado emociones negativas; la discriminación, por su parte, son aquellos comportamientos de rechazo que conllevan cierta exclusión social. Dicha aportación puede servir como instrumento para llevar a cabo intervenciones en las que, el núcleo enfoque aquellos aspectos que se desean cambiar (Martínez y López, 2013).

Con referencia a lo anterior, existe la idea de que el factor biológico es el origen de la enfermedad mental, lo que puede generar mayor desventaja social para los enfermos. Una enfermedad que repercute en el cerebro, limita la visión de la sociedad en cuanto a que la persona que es diagnosticada de una enfermedad mental sea capaz de tener control sobre dicha enfermedad y, por tanto, del comportamiento, puede reflejar la idea equivocada de que una persona que no es capaz de responsabilizarse de su comportamiento no puede, por consecuencia, controlarlo y manifestar la figura de una persona violenta y peligrosa (Read y Harre, 2001).

Desde la psicología social se reconocen dos clases de estigmas, por un lado, el estigma “público”, que hace referencia a la imagen que se crea la sociedad en relación a la enfermedad mental y, por otro lado, el “autoestigma”, que se produce cuando las personas que padecen algún tipo de enfermedad mental, aceptan y asumen dicha imagen negativa de la misma y la interiorizan (Corrigan, Kuwabara, y O'shaughnessy, 2009).

Se entiende, por tanto, que dichas personas tienen que hacer frente a lo largo de su vida a una doble problemática. Tienen que soportar, no solo la enfermedad y todo lo que acarrea, sino que también tienen que sufrir la estigmatización social que sigue presente en la sociedad, provocando así, la asimilación de la misma.

El estereotipo que más se les asigna a las personas con problemas de salud mental es el de la violencia y/o la agresividad. Sin embargo, la mayoría de los estudios epidemiológicos que se han realizado no verifican que dichas personas presentan mayor violencia que el resto de la sociedad. Cuando se asocia enfermedad mental con violencia, se pasa por alto aclarar que la gran mayoría de la violencia que hay entre estas personas, es ejercida sobre ellos mismos (López, Laviana, y López, 2009).

Cabe destacar que dicho estigma no es acarreado por todas las personas que padecen un trastorno mental. Frecuentemente los estereotipos o prejuicios se relacionan con algunos síntomas dependiendo de la enfermedad. Dicho aspecto puede llevar a equivocaciones, provocando una creencia falsa que fomente la brecha social (Muñoz, Pérez-Santos, Crespo, y Guillén, 2006).

2.4.2. Barreras y oportunidades. Riesgos de exclusión social

El estigma y la autoestigmatización son considerados dos de los elementos que provocan casos de exclusión social en las personas que presentan problemas de salud mental (Gabaldón & López, 2013).

Ruth Stanier, trabajadora en la Unidad de Exclusión Social de Reino Unido, expuso en el primer congreso de “la salud mental es cosa de todos” que la mayoría de los enfermos de salud mental se sentían “*enfermos parte del tiempo, pero excluidos todo el tiempo*”. El desprecio que recibían por parte de la sociedad provocaba efectos sobre sus vidas mayor que los de la propia enfermedad.

La enfermedad produce grandes cambios en la vida de las personas que la padecen. Frecuentemente, se ven casos en los que empiezan por perder el trabajo, varios de sus contactos sociales e incluso su familiar y hogar. Esta situación de desempleo y abandono social conlleva un deterioro de la salud mental y un aumento de posibilidades de suicidio (Stanier, 2005).

En el año 2000, La OMS manifestaba que “El suicidio no es en sí una enfermedad, ni necesariamente la manifestación de una enfermedad, pero los trastornos mentales son un factor muy importante asociado con el suicidio” (p.7).

En relación al apartado anterior sobre la estigmatización, la conducta suicida puede verse afectada de forma negativa por el estigma en el sentido de que las personas que se han planteado en alguna ocasión quitarse la vida, no busquen ayuda. Esta situación puede ocasionar que los usuarios no soliciten asistencia profesional y, por conseciente, entren en un agujero de aislamiento proveniente de todos aquellos estereotipos y prejuicios que la sociedad transmite. Como consecuencia final, las personas que experimentan esta situación, ven incrementada su vulnerabilidad y, por tanto, el riesgo de suicidio (Rocamora, 2012).

En este contexto, ofrecer el apoyo correcto a los usuarios con enfermedad mental, favorecería la presencia de su capacidad para trabajar y ocupar un papel dinámico y eficaz en la comunidad. Gozar de una ocupación laboral y de relaciones socio-familiares se vincula con el registro de una mejora en salud y un uso inferior de los servicios sanitarios (Stanier, 2005).

2.4.3. Daños y quebrantamientos de los Principios Éticos

Si nos introducimos en un contexto ético, existen varios principios de las personas con TMG que sufren daños, como son el principio de autonomía, el principio de bienestar y el principio de no maleficencia.

Al hacer referencia al *principio de autonomía*, sigue apareciendo cierta discrepancia con que los pacientes sean capaces de actuar de forma autónoma. Una manera de superar dicho pensamiento es observar y examinar las competencias que tiene cada uno de los usuarios en situaciones concretas, teniendo en consideración que las decisiones de sustitución se emprenderán en circunstancias de competencia disminuida. Es importante recordar que el diseño del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) se recoge como un derecho en el que el paciente puede participar y que, en muchas ocasiones, se incumple, ya que se interfiere en la intimidad de dichas personas en ciertos recursos residenciales sin ningún tipo de aviso de los profesionales que asisten, o casos en los que se ofrece información a allegados y familiares sin haber sido consultado y dado su consentimiento.

El *principio de bienestar*, por su parte, está en discordancia con el principio de autonomía en las situaciones en las que un paciente competente rehúye de un tratamiento o rechaza asistir a actividades sin avisar previamente.

Por otro lado, retener pacientes psicóticos en los programas de rehabilitación tendrá que ser en situaciones excepcionales y con una justificación argumentada, mientras que los pacientes incompetentes con tutor, debido a la ausencia de familia y los que están incapacitados legalmente, tendrán que considerar quien es responsable de cuidar su bienestar. En este mismo contexto, hay que tener en cuenta ciertas situaciones en las que los familiares intentan imponer sus intereses a los del paciente.

Por último, el *principio de no maleficencia* está ligado a:

- La falta o incorrecta formación de los profesionales que, en ocasiones, se confunde con el voluntariado.
- Los impedimentos para terminar los programas de rehabilitación debido a la ausencia o escasez de recursos sociales, económicos, laborales y residenciales.
- La falta de estructuras intermedias que dificultan que el paciente alcance la plena rehabilitación y reinserción.
- El uso de técnicas con falta de eficacia verificada.
- Iniciar programas de rehabilitación que no siguen, en su totalidad, los objetivos del PIR; ocasiones en las que no se terminan por ausencia de recursos o falta de un correcto diseño del plan terapéutico; situaciones que, al no llevar un control del tiempo, finalizan el tratamiento sin haber terminado de rehabilitar al paciente o la situación contraria, en la que se alarga un ingreso innecesariamente (Idareta, 2018).

2.5. Perspectiva socio-familiar

2.5.1. Trastorno y su dimensión social. Como afecta al entorno social y familiar

El sistema sociofamiliar es el entorno donde se desarrollan las personas, el cual, si se perturba o se transforman las relaciones interpersonales que se desarrollan en él, pueden aparecer alteraciones psicológicas capaces de provocar un trastorno mental. En este mismo sentido, el sistema sociofamiliar constituye el origen de una serie de recursos que utiliza la sanidad, no solo para intentar resolver problemas, sino también para mejorar los trastornos mentales mediante la técnica de intervención en relaciones familiares y demás determinantes sociales que repercuten en la enfermedad y en el paciente (Gómez y Zapata, 2000).

El entorno familiar es otro de los protagonistas en la atención de dichas personas des institucionalizadas, ya que, desde la aparición de la reforma psiquiátrica, la necesidad de apoyo de los sujetos ha ido en aumento, provocando mayor responsabilidad y carga en las familias. Es por esto que las familias se han ido convirtiendo, dentro del procedimiento de atención de las personas con TMG, en un instrumento esencial y vital para su rehabilitación. Dentro del proceso, van a ser colaboradores en la potenciación y desarrollo de los recursos de rehabilitación y apoyo social que se necesitan para alcanzar su integración social sin que recaigan y puedan adquirir las herramientas personales y sociales que les facilite vivir lo más independiente posible y de una forma estandarizada (Couceiro, 2013).

Como consecuencia de la desinstitucionalización de las personas que sufren TMG y desde la aparición del nuevo modelo de atención comunitaria, se ha podido observar un cambio en cuanto a la atención de dichas personas que, en un principio, recaía en los hospitales, pero, poco a poco, ha empezado a ser responsabilidad de las familias y los servicios comunitarios.

Existen varios estudios que se han ido desarrollando desde los años 50 acerca de la repercusión emocional, física y económica que supone el cuidado de las personas afectadas por un TMG para sus familias (Pinilla, 2015).

Según Grad y Sainsbury (1968) existen varios elementos que contribuyen a dicha presión denominada “carga familiar”:

- La profundidad y severidad de los síntomas de la enfermedad y de las discapacidades que conllevan en muchas esferas de la vida (tienen que enfrentarse a conductas inapropiadas o extravagantes, a falsas creencias, al retramiento social extremo, al humor impredecible, irritabilidad y agresividad).
- La responsabilidad económica que supone tener en casa a un joven que no trabaja, y la merma económica que a veces se deriva de actividades que los padres tienen que dejar de realizar por tener que atender al hijo enfermo.
- Los costes para la salud física y emocional. Ansiedad y tensión, culpa, desmoralización depresión, frustración.

En muchas ocasiones, este tipo de experiencias puede provocar, en los familiares más cercanos, sintomatologías psiquiátricas. Para poder evitarlo, es esencial atender también, durante la prevención primaria del trastorno mental del paciente, las necesidades de los familiares. Ante el proceso de rehabilitación de las personas con trastorno mental, los familiares irán desarrollando estrategias propias para enfrentarse al estrés y la presión que provoca convivir con el usuario en cuestión. No en todos los casos las familias deciden actuar de la misma manera, es decir, no siempre se hace frente al problema. Existen casos en los que las familias hacen frente a la situación huyendo o despreciando al paciente. Un caso contrario es el que se da con familias que prefieren desempeñar actitudes de sobreprotección con el paciente. Todos estos comportamientos pueden desembocar en consecuencias negativas, no solo para el paciente, sino para todo el entorno social y familiar que fomenten los enfrentamientos (Vaughn y Leff, 1976).

2.5.2. Factores psicosociales. Cambios que experimenta el usuario

Todo lo anterior viene a darse debido a los cambios que experimenta el usuario en su entorno social y familiar. En su mayoría, las personas con TMG tienen ciertos impedimentos debido a factores procedentes de la enfermedad como el deterioro o la escasez de oportunidades que interfieren, de forma directa, en el funcionamiento social y personal del usuario. En otras palabras, presentan dificultades en actividades como el autocuidado y la higiene personal, el control económico, las relaciones sociales y familiares, la realización de las tareas domésticas, etc. A causa de estos inconvenientes, las personas con TMG ven alterado su funcionamiento independiente, el desempeño de los roles sociales y, en muchas ocasiones, comienzan a depender de forma permanente de sus familiares más cercanos, fomentando así, el aislamiento y el desajuste social (Couceiro, 2013).

Las personas que padecen TMG, al ser de larga duración, origina, en la mayoría de casos, consecuencias psicosociales que impiden continuar con el ritmo de vida habitual, y cuya percepción y observación no puede llevarse a cabo desde el modelo médico tradicional, más concretamente en salud mental, ya que, una vez haya desaparecido el trastorno por completo, las consecuencias negativas que originó, pueden seguir persistiendo (Paykel y Weissman, 1973; Hurry y Sturt, 1981; Platt, Hirsch, y Knights, 1981; Waryszak, 1982; Barnes, Milavic, Curson, y Platt, 1983).

Los efectos que puede producir el trastorno son diversos y pueden llevar a confusión en cuanto a distinguir cada término existente. Ante esto, la OMS en *La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)* publicada en 1980 ha incorporado una clasificación terminológica a partir de la cual describe tres aspectos de una misma situación desde tres perspectivas diferentes:

- Deficiencia “es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica” (p.47).
- Discapacidad “es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano” (p.143).
- Minusvalía “es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso” (p.183).

El TMG puede ir de la mano de un deterioro procedente de ciertas discapacidades surgidas en el campo del funcionamiento social de la persona vinculadas al autocuidado, desempeño de roles y resolución de situaciones de minusvalía o desventaja fruto de la pobreza o situaciones socioeconómicas precarias, pérdida de status, desempleo o despido del trabajo, ausencia de una vivienda o incapacidad para vivir de forma independiente, carencia de redes sociales de apoyo y marginación.

En referencia a la clasificación anterior, existe otro criterio que caracteriza a las personas con TMG, conocido como la heterogeneidad en la evolución y el desenlace de la enfermedad. El **modelo de estrés-vulnerabilidad-afrontamiento-competencia** de los trastornos mentales intenta explicar cómo las deficiencias, discapacidades o minusvalías que acompañan, en muchos casos a la enfermedad pueden ser, por un lado, diferentes de una persona a otra a pesar de tener el mismo diagnóstico o, por otro lado, una misma persona puede estar experimentando momentos de estabilidad alternados con momentos de alteración.

El término Vulnerabilidad se conforma a partir de factores hereditarios o ambientales, es decir, aspectos estresantes que pueden proceder del interior de uno mismo, como son las infecciones, o pueden surgir del exterior, de los cuales habría que hacer una distinción entre agudos, que aparecen de manera puntual, o crónicos, procedentes del padecimiento de un nivel alto de estrés.

Toda persona posee agentes de protección que estabilizan el choque producido por la vulnerabilidad y el estrés sobre las discapacidades. Entre ellos, cabe destacar la capacidad de afrontamiento y competencia social de los individuos, la familia, los sistemas de apoyo naturales y el tratamiento profesional, en el que se deben llevar a cabo intervenciones psicosociales concretas para conseguir que las personas desarrollen e impulsen los factores anteriormente nombrados (Liberman, 1988, 1993).

2.6. Papel del trabajador social en las personas diagnosticadas de TMG

La salud mental implica solo una parte del bienestar integral de una persona, pero está ligado a las circunstancias de la vida, a las oportunidades de desarrollarse laboral, intelectual, afectiva y emocionalmente y con las posibilidades que tiene cada persona de integrarse en el medio social y cultural. Es por esto que la enfermedad mental, no solo es una condición de salud, sino que, además, hay que tratar de trabajar la rehabilitación y reinserción social en conjunto con la promoción y prevención de la salud. Esta tarea va ligada con el profesional del trabajo social que operará conjuntamente con el resto del equipo multidisciplinar (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales...) de forma integral e igualitaria (Barg, 2006).

El Trabajo Social en el ámbito de la salud mental se reconoce como un trabajo social clínico dirigido a una muestra de población determinada (Miranda y Garcés, 1998).

Se entiende, por tanto, que el Trabajo Social está estrechamente relacionado con la valoración que se da en la interacción entre la experiencia biológica, psicológica y social de la persona, a partir de la cual, se obtiene una guía para llevar a cabo la intervención clínica (Garcés, 2015).

Así pues, El Trabajo Social Clínico interviene como agente de cambio no solo en la situación social, sino también en la situación de la persona (Ituarte, 1992). Dicha acción se realiza por tres vías: por medio de la relación interpersonal, por medio de cambios en la situación social y por medio de cambios en las relaciones con personas significativas en el espacio vital de los individuos (Garcés, 2015).

2.6.1. La necesidad de atención a la perspectiva social de estas personas

Es necesario recordar que la red social del paciente es uno de los factores primordiales en el tratamiento y la rehabilitación. La figura del trabajador social será la encargada de alcanzar un clima de relaciones sociales confortables, que promuevan la inclusión social de estas personas mediante su reinserción social, familiar y laboral (Gómez y Zapata, 2000).

2.6.2. Trabajo Social Psiquiátrico

Desde la figura del trabajador social psiquiátrico se va a atender la perspectiva social que engloba aspectos relacionales, culturales, ambientales, contextuales, etc. El profesional del trabajo social tiene que ser capaz de trabajar en lo social (Pellegero, 1992) sin dejar de prestar atención a las partes biológica y psicológica asegurando así la prolongación de los cuidados comunitarios y la facilidad para acceder a recursos que impulsen la reinserción social (Idareta, 2018).

Al hablar de Trabajo Social Psiquiátrico se hace referencia a una especialización profesional cuyo origen se remonta a la época histórica de tecnificación del Trabajo Social (Fernández, 1997). En el siglo XX, se comenzó a incluir la figura del trabajador social en los hospitales psiquiátricos con el fin de obtener una respuesta social al trastorno mental. El avance que se ha dado en España es del mismo nivel que el del resto de los países desarrollados.

El trabajador social dentro del equipo multidisciplinar se especifica por sus funciones y por su rol profesional, dos aspectos importantes que hay que diferenciar. Si hablamos de funciones, estamos haciendo referencia a las tareas que se imponen desde la institución, aunque habría que añadir la labor que ha ido desempeñando la profesión por definir su propio espacio de trabajo. En cuanto a los roles, hacemos referencia a las expectativas que se ponen hacia el desempeño de funciones o tareas que realiza cada miembro del grupo de trabajo (Garcés, 2010).

En esta misma dirección, se pueden establecer una serie de funciones básicas que desempeña el trabajador social en el ámbito de la salud mental:

1. Función de atención directa:

Dirigidas a usuarios, grupos o familias que experimentan problemas sociales relacionados con su salud mental, con el fin de atender dichas preocupaciones, potenciando los recursos de los que dispone el sujeto y su familia.

2. Función preventiva, de promoción e inserción social:

Conocidas también como funciones de promoción e inserción social, que tienen como meta última conseguir que la persona afectada se adapte al medio social y familiar a partir del uso de recursos específicos.

3. Función de coordinación:

En este caso, las funciones las desempeña el profesional del trabajo social especializado en lo social, más concretamente, en las relaciones comunitarias, por lo que necesitará conocer, en profundidad, todos los recursos comunitarios existentes e informar de ellos al equipo del que forma parte y a los pacientes y sus familiares. Por su parte, el objetivo que busca alcanzar es coordinar los servicios sociolaborales y guiar a los pacientes sobre los servicios psiquiátricos que existen (Idareta, 2018).

2.7. Tratamiento desde la perspectiva social. Método de intervención

2.7.1. Intervención social y familiar

Antes de comenzar la intervención psiquiátrica con el colectivo y sus familias, hay que prestar especial atención al sentimiento de vulnerabilidad que les determina. Desde la teoría de la vulnerabilidad mencionada en apartados anteriores, se constata que los episodios esquizofrénicos surgen en las personas vulnerables cuando experimentan problemáticas que superan sus posibilidades de hacerles frente. En ese mismo sentido, el entorno familiar va a suponer una fortaleza para la estabilidad del paciente siempre y cuando sean capaces de controlar los niveles de estrés y fomenten su aptitud para resolver problemas y utilizar de forma adecuada sus capacidades de comunicación (Pinilla, 2015).

A pesar de tener controlados psicopatológicamente los síntomas, las personas que padecen TMG siguen experimentando obstáculos para alcanzar un funcionamiento correcto que les permita ser autónomos en los aspectos convivencial, laboral, familiar, social, entre otros. A partir de las reflexiones anteriores, se consideran esenciales los programas de rehabilitación psicosocial en la búsqueda por alcanzar la estabilidad y mantenimiento de las habilidades. Una vez estabilizada la parte psicopatológica, es momento de centrarse en la perspectiva social.

En relación a lo anterior, es importante hacer hincapié en la importancia de que existan alternativas residenciales y de vivienda, debido a que, sin alojamiento, los reingresos aumentan, la sobrecarga familiar es más intensa y se obstaculiza la desinstitucionalización y la obtención de habilidades.

Otro aspecto a tener en cuenta ante la rehabilitación es la problemática laboral. Un gran número de personas con TMG se encuentran en situación de desempleo, lo que dificulta la posibilidad de que sobrevivan económicaicamente por su cuenta.

Ante la presencia de estas circunstancias, hay que comprometerse por conseguir ofrecer la cobertura de las necesidades consideradas como mínimas, además de luchar por la concesión de prestaciones contributivas y no contributivas. En este mismo sentido, habrá que facilitar el acceso a un puesto de trabajo estable a partir de la aparición y avance de programas ocupacionales, prelaborales y laborales que ofrezcan cualidades y aptitudes para facilitarles la entrada al mercado laboral (Idareta, 2018).

2.7.2. Rehabilitación psicosocial

Objetivos

La rehabilitación psicosocial dirigida a los pacientes con TMG se compone de una serie de programas de intervención psicosocial a partir de los cuales se pretende, por un lado, fortalecer las habilidades de la persona y, por otro lado, desarrollar y aumentar los apoyos con el fin de seguir en su entorno de forma normalizada.

Dicha rehabilitación se basa en la actitud de respeto y el compromiso por parte de los profesionales hacia los pacientes y en la confianza y empeño que se pone sobre las posibilidades que tienen dichas personas de mejorar e integrarse.

De acuerdo con los razonamientos que se han venido dando, se establecen unos objetivos principales de la rehabilitación psicosocial para ayudar a los pacientes con TMG a:

- Moverse con el mayor grado de autonomía posible en su ambiente social, fomentar la mejora de su funcionamiento psicosocial, asumir responsabilidades, empezando por la de su vida, desenvolverse de la manera más común y natural posible dentro de su comunidad con el fin de que potencia la reintegración en la sociedad;
- conseguir la mejora de su calidad de vida, reducir el riesgo de deterioro psicosocial, restablecer las habilidades necesarias para alcanzar un funcionamiento autónomo e independiente a largo plazo en la comunidad, fomentar la integración en la sociedad a partir del seguimiento, apoyo y soporte social que se consideran necesarios;
- asesorar a los familiares y apoyarles en el proceso.

Funciones del trabajador social: objetivos y actividades

Una vez están establecidos los objetivos, se exponen las funciones que va a desarrollar el profesional del trabajo social, haciendo hincapié en los **objetivos y las actividades** que lleva a cabo:

- a. Atención social conforme la demanda dirigida a pacientes que no estén implicados en programas de salud, que muestren alguna problemática social o causa de riesgo social.

Los objetivos que se buscan alcanzar son:

- Promover el compromiso y la emancipación del paciente en su salud.
- Ofrecer y asesorar acerca de la información sobre los recursos sociosanitarios de los que disponen.
- Reconocer, analizar, considerar y trabajar los factores psicosociales y determinantes socioeconómicos y culturales tanto del paciente como de su familia.

Para el cumplimiento de los objetivos, se van a desarrollar una serie de actividades:

- Llevar a cabo un plan coordinado con los servicios de asistencia sociosanitaria.
- Impulsar y fortalecer los recursos y capacidades personales, tanto del paciente como de su familia.
- Analizar detenidamente cada factor social que incurre en el programa de salud.
- Orientar, informar y cursar los recursos y prestaciones sociosanitarios.

- b. Atención social a través de programas dirigidos a los pacientes que sí que están implicados en los programas de salud.

Los objetivos que se buscan alcanzar son:

- Trabajar los problemas psicosociales que muestran los pacientes.
- Investigar y trabajar los factores psicosociales que repercuten en la salud individual, grupal y comunitaria.
- Incluir en el equipo de trabajo, el ámbito social y comunitario en actividades de prevención, apoyo, restablecimiento y reinserción social recogidas en los programas de salud.

Para el cumplimiento de los objetivos, se van a desarrollar una serie de actividades:

- Cumplimiento de lo establecido en cada programa de salud.
- Acuerdo de la coordinación y la toma de contacto en la gestión compartida de casos.
- Cuidado y seguimiento de los problemas psicosociales que muestran los pacientes y sus familias.

- c. Coordinación institucional

Los objetivos que se buscan alcanzar son:

- Cooperar en la coordinación entre los distintos miembros e instrumentos de la red sociosanitaria consiguiendo el progreso y el avance en la atención de los aspectos sociales.
- Fomentar la colaboración con los servicios sociales en las funciones de coordinación.
- Incluir en las actividades de coordinación interna que desarrolla el equipo, el ámbito social y comunitario.

Para el cumplimiento de los objetivos, se van a desarrollar una serie de actividades:

- Orientar y aconsejar al resto del equipo sobre los recursos sociosanitarios existentes en la sociedad.
- Cooperación en las reuniones de coordinación que desarrolla el equipo de trabajo.
- Asentamiento y conservación de los canales de comunicación con los distintos dispositivos y miembros del equipo asistencial.
- Desarrollo de protocolos para intervención dirigidos a lograr una atención y derivación del paciente inmejorable.

d. Educación sanitaria orientada a la aportación de la perspectiva social en los problemas de salud.

El objetivo que se busca alcanzar es:

- Ofrecer una nueva metodología de intervención grupal y comunitaria además de la dimensión sociocultural y psicosocial de las problemáticas sanitarias que se presentan.

Para el cumplimiento de los objetivos, se va a desarrollar una actividad:

- Fortalecimiento de la acción comunitaria a partir de la iniciativa de participación en los proyectos enfocados en la educación para la salud.

e. Psicoeducación como instrumento que promueve la aparición de resultados positivos.

Los objetivos que se buscan alcanzar son:

- Hacer hincapié en la importancia de la responsabilidad a la hora de ejercer funciones sociales.
- Aconsejar en el uso de los recursos sociosanitarios de forma autónoma y consciente.
- Preparar y enseñar a las familias a gestionar sus emociones y habilidades sociales en fases de conflicto, crisis y/o sobrecarga.

Para el cumplimiento de los objetivos, se van a desarrollar una serie de actividades:

- Desarrollo de talleres psicoeducativos para conseguir guiar y controlar las situaciones críticas.
- Establecimiento de sesiones educativas para pacientes y familias de forma periódica.

f. Grupos de ayuda mutua que propicien la posibilidad de compartir necesidades y problemáticas, se debiliten las emociones negativas y la exclusión, se fomente la creación de nuevas amistades y se reconstruyan y estabilicen las relaciones sociales, etc.

Los objetivos que se buscan alcanzar son:

- Aumentar los apoyos y soportes sociales de los pacientes.
- Ofrecer un lugar de apoyo emocional.
- Fomentar lugares para la defensa de sus derechos como ciudadanos.
- Promover la implicación en movimientos sociales concretos.
- Animar para que construyan redes de solidaridad.

Para el cumplimiento de los objetivos, se va a desarrollar una actividad:

- Planificación de reuniones educativas con los pacientes y sus familias de forma reiterada.

g. Atención a la familia como factor determinante debido a que supone el principal instrumento que proporciona apoyo emocional, material y económico dentro de su ambiente social.

Los objetivos que se buscan alcanzar son:

- Aminorar la desazón de la familia.
- Potenciar, en la medida de lo posible, las capacidades de la familia, en especial, las del cuidador principal.
- Promover entre los miembros que componen la unidad familiar, una relación positiva y armónica.

Para el cumplimiento de los objetivos, se van a desarrollar una serie de actividades:

- Rememoración de la labor que llevan a cabo los cuidadores.
- Contribución en la comprensión de los síntomas de la enfermedad.
- Apoyo a las familias en la expresión de sus emociones, comprendiendo su percepción y perspectiva ante la enfermedad.
- Comunicación e indicación de los derechos y deberes que tiene el paciente y/o la familia.
- Reconocimiento de las necesidades y localización de agentes de riesgo social en la familia.

h. Docencia, formación continua e investigación. Es primordial que el trabajo social psiquiátrico adquiera la formación necesaria, prepare e investigue sobre los elementos y necesidades sociales que repercuten en el trastorno mental.

Los objetivos que se buscan alcanzar son:

- Reconocer el trabajo social como profesión dentro de la salud mental.
- Colaborar en la formación de estudiantes de trabajo social al igual que el resto de disciplinas sociosanitarias, en las sesiones formativas, en atención primaria y resto de recursos.
- Estimar la actividad profesional.
- Analizar y determinar los factores sociales.
- Observar y determinar las necesidades sociales.
- Cooperar en proyectos de investigación interdisciplinar.

Para el cumplimiento de los objetivos, se va a desarrollar una actividad:

- Asistencia y colaboración en sesiones, talleres, cursos, actividades... (Idareta, 2018).

Recuperación

El intento de aproximarse a la salud mental desde el punto de vista de la recuperación, supone destacar el concepto de *healing* (sanar) frente al de *cure* (curar) (Jacobson y Greenley, 2001). El término recuperación no se entiende como el proceso que supone volver a la situación vivida anterior a la enfermedad, sino que hace referencia a la construcción de una nueva identidad ligada a la enfermedad, que la asiente de tal forma que todos los aspectos que la componen, se desarrolle y permitan conectarse con otros identitarios. Con esto, se entiende que no se debe dejar que los aspectos autoritarios de la enfermedad, dominen a la persona.

Por otro lado, el control es un factor ligado a la recuperación en dos sentidos: como herramienta de control del estrés que provoca la enfermedad o de sus propios síntomas, o como locus de control, es decir, la magnitud con la que las personas observan y comprenden que depende de ellos mismos la situación.

Pero el mismo concepto va más allá de aquella negociación que se está llevando a cabo a través del trabajo personal por la identidad. La recuperación viene a incluir dichas negociaciones de la identidad del paciente en los contextos culturales y sociales, por lo que van a ser el núcleo de partida a partir del cual se va a crear la nueva identidad de las personas con TMG (Jenkins y Carpenter-song, 2006) (Mezzina et al., 2006). Es importante recalcar que el proceso de recuperación no se producirá sin aquellas personas implicadas en el entorno del paciente, como son los familiares, los profesionales, etc. A partir del mantenimiento de interacciones con estas personas, el paciente irá asimilando la enfermedad y su identidad como estable y normalizada, es decir, es posible que adquieran una percepción de ellos mismos como la de cualquier otra persona a través de la ayuda de otros, compartiendo la forma de ver la enfermedad y asimilarla, creando una nueva percepción e identidad.

La recuperación es un concepto también ligado a los estilos de vida y lo que se considera como básico dentro de ella: alimentación, higiene, vivienda y asistencia sanitaria. No obstante, se estima que hay otros ámbitos que también son fundamentales, como es el ámbito laboral. Disponer de un trabajo puede favorecer al colectivo que, por su enfermedad, no disponen de un puesto y, por tanto, han perdido los roles que les corresponde. Dentro del ámbito laboral, el individuo puede adoptar una planificación diaria en la que desarrollar una red social para conocer y conectar de manera interpersonal.

Por último, hay que recalcar que tener un puesto en el mundo laboral no es el único aspecto importante en el camino por alcanzar la recuperación. El ámbito educativo puede ser una vía de escape y apoyo en casos en los que la enfermedad tiene periodos de recaída y empeoramiento. No obstante, también resulta beneficioso participar en asociaciones conformadas por enfermos y sus familias que se encargan, entre otras cosas, de luchar por los derechos que les pertenecen (Bebout y Harris, 1995).

2.7.3. Factores de inclusión social

Estrategias para erradicar la discriminación

Las personas conviven en un medio social el cual va a ejercer una gran influencia y determinación sobre las mismas, es por esto por lo que tenemos que dejar a un lado al individuo y centrarnos en la sociedad como agente de causa o, más bien, como potenciador de perturbaciones en la vida de ciertas personas.

Al igual que no es ético separar al individuo de la sociedad, tampoco lo va a ser para los enfermos mentales, aquellos que, las repercusiones negativas que reciben por parte de la sociedad, van a generar consecuencias en los distintos aspectos de su vida, desencadenando malestar y una pésima calidad de vida, alcanzando, en muchos casos, situaciones de exclusión social.

El trabajador social como profesional va a ser uno de los protagonistas en la defensa del principio de autodeterminación y en recalcar las capacidades, valores, y potencialidades de los pacientes bajo el principio de individualización.

Como se ha incluido en las actividades rehabilitadoras, desde el trabajo social se va a buscar el empoderamiento de pacientes y familias y la lucha por garantizar los derechos de estas personas, tanto en el sistema sanitario como en el social en igualdad de condiciones (Aretio, 2010). A partir de esta tarea, se encargarán de otras funciones como la promoción de la coordinación institucional y el trabajo en red como modelo de atención integral de enfermos mentales dentro del sistema.

En el artículo 20 de la Ley General de Sanidad de 1986⁵, la búsqueda del modelo comunitario de atención a los enfermos mentales, venía acompañada de una lucha contra los principales prejuicios, estereotipos, estigmas o cualquier actitud negativa atribuida a las personas que sufren de enfermedad mental, más concretamente, TMG. Para llevar a cabo dicha lucha, hay que establecer una serie de estrategias. En este caso, se asignaron, como estrategias eficaces, la protesta, la educación y el contacto (Arnaiz y Uriarte, 2006) (López, Laviana, Rodríguez, y Aparicio, 2008).

Según afirma López y cols. (2008), se pueden observar mejorías, pero no a largo plazo, debido a la dificultad de transmitir una imagen positiva de estas personas desde el cambio. La educación, por su parte, supone una estrategia eficaz si se parte de información veraz que transmitir. Se ha llegado a confirmar que las personas que tienen más conocimiento o están de acuerdo con lo que se transmite en el mensaje, tienen más capacidad de recepción. Otro aspecto importante a tener en cuenta es que, cuando se habla de enfermo mental, es aconsejable hacerlo más desde un punto de vista psicosocial que biológico o biomédico, debido a la facilidad que se tiene para agrandar la diferencia entre enfermo y sano y provocar así, la distinción del paciente del resto de la sociedad (Uribe, Lucía, y Cortés, 2007).

Por último, establecer contacto con personas con trastorno mental ofrece resultados más efectivos (López et al., 2008). El contacto supone la reducción del estigma cuando lo aplicamos a la formación, lo que provoca en las personas, conductas más positivas. Para que se dé esta situación, es necesario que el estatus de los participantes, el apoyo institucional y las interacciones cooperativas, sean igualitarias.

Las tres estrategias mencionadas, tendrán cierto efecto positivo en la sociedad. No obstante, la manera más eficaz de combatir con la discriminación y facilitar así, la inclusión social, es combinarlas para conseguir una solución mayor (Abad, 2015).

⁵ Art 20 “Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.”

20.1. “La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.”

20.2. “La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.”

20.3. “Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.”

20.4. “Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.”

Dentro de este contexto, es momento de hablar de los protagonistas, los pacientes y sus familias, que son lo que experimentan las acusaciones y la consecuente marginación por parte de la sociedad. Las personas diagnosticadas de algún tipo de enfermedad mental tienen el derecho de decidir si expresarla o no, puesto que, en ocasiones, se decide esconder por miedo a las etiquetas de la sociedad que les impide estar integrado en la misma. Arnaiz y Uriarte (2006) opinan lo contrario. Revelar que se padece una enfermedad mental puede suponer algo positivo, en el sentido de que se proyecte la imagen de una persona que responde al tratamiento y es capaz de llevar una vida normalizada dentro de la sociedad, en vez de la representación que se transmite de personas peligrosas.

La aparición de asociaciones en España fomentó la ayuda mutua, es decir, los pacientes se sentían identificados con su problema, sus miedos y sus situaciones de rechazo social. Además de que va a suponer la aparición de aspectos beneficiosos para todos ellos, va a facilitar la creación de políticas mediante la participación en protestas o movimientos en defensa del colectivo (Ariño y San Pío, 2007).

Por último, el colectivo tendrá que hacer frente a los estigmas de la sociedad y de las falsas imágenes que se crean en torno al mismo. Para ello, será recomendable que las asociaciones estén interconectadas para poder facilitar la comunicación entre ellas y puedan compartir todas aquellas iniciativas que se deseen llevar a cabo (Abad, 2015).

Inclusión social de personas diagnosticadas de trastorno mental.

Hace unos años, se crea la Mental Health Europe (Salud Mental Europa), en representación de todas aquellas asociaciones, organizaciones y personas que se esfuerzan cada día por mejorar todo lo relacionado con la salud mental en Europa. Dicha red europea, ha dedicado todo este tiempo, entre otras cosas, a prosperar hacia la inclusión de las personas con problemas de salud mental, reconociendo sus necesidades ante la posible integración en la sociedad. Para comenzar con todo ello, es imprescindible valorar la situación actual en cuanto a la inclusión social y analizar las necesidades que siguen presentes y pendientes de cubrir.

Entre las distintas áreas a atender, la que nos interesa analizar es el área de **salud y servicios sociales**. El aspecto que se ha considerado más importante destacar es la prevalencia del modelo médico de las enfermedades psiquiátricas. La dificultad del modelo es que centra la intervención en el problema de salud, dejando a un lado las necesidades sociales que van surgiendo. Existen casos en los que el trastorno mental perdura toda la vida, por lo que es necesario poner soluciones que den la oportunidad de mejorar la calidad de vida del paciente y su reintegración social.

Otro aspecto que apareció en los informes nacionales era la ausencia o carencia de conexión entre el área de salud y el área social, hecho que puede traer consigo consecuencias como la falta de servicios para las personas con problemas de salud mental. En esta misma dirección, sería conveniente para alcanzar la plena inclusión social, una mayor disponibilidad de sistemas de pensiones, rehabilitación, educación-formación laboral y políticas de empleo.

Por otro lado, esta área ha traído consigo ciertas críticas en cuanto a que no tiene en cuenta el punto de vista de los usuarios y sus familias en el diseño y creación de las políticas de mejora. A esto se le suma la falta aparente de comunicación entre el personal sanitario, psiquiatras y trabajadores sociales (Mental Health Europe [MHE], 2009).

A modo general, se ofrece una serie de recomendaciones para promover la inclusión social de personas con enfermedad mental en los servicios de salud y sociales:

- Intensificar la comunicación e interacción entre el área de salud y el sector social y asegurar acciones integradas.
- Asegurar la implicación y participación de las personas con problemas de salud mental y sus familias en el diseño de políticas y procesos de decisión.
- Complementar el proceso de des-institucionalización, aumentando el desarrollo de soluciones alternativas en los servicios sociales y sanitarios en la comunidad. (MHE, 2009, p.16)

3. RESULTADOS

El fruto del esfuerzo y la motivación por encontrar respuestas y adentrarme en el ámbito de la salud mental desde el Trabajo Social, ha sido una guía que recopila una serie de pasos e indicaciones a seguir con los pacientes diagnosticados de un TMG, que requieren de atención profesional para reconstruir aquellos aspectos sociales que han repercutido en la enfermedad y han detenido el camino hacia la reinserción social.

3.1. Guía de Intervención

3.1.1. Justificación

El trabajo sobre esta temática se desarrolló por el interés de conocer el papel que desempeña y ejecuta el trabajador social en este ámbito y las dificultades con las que se puede encontrar a la hora de trabajar con el colectivo. Tener una herramienta en la que apoyarte en momentos de dudas supone un avance en el desarrollo del trabajo profesional.

Por otro lado, es muy alto el número de personas que sufren un TMG y son juzgados por la sociedad. El paciente y la familia son los principales sujetos en sufrir y ver transformada su realidad. No obstante, este dolor se agrava con la imagen que tiene la sociedad acerca de lo que es un trastorno mental y lo que supone estar diagnosticado de uno. Tacharlos de agresivos o violentos tiene sus consecuencias para el colectivo que se ve perjudicado para integrarse en la sociedad.

Facilitar la labor profesional en la asistencia de personas diagnosticadas de TMG tiene un interés académico. Como futura trabajadora social, aporta un interés profesional ya que la elaboración de una guía propia para la profesión supone recolectar, no solo la información investigada, sino la aprendida a lo largo de la carrera.

La guía de intervención ha sido posible gracias a las aportaciones de los profesionales en las entrevistas realizadas (*Anexo I*), la información acerca de la documentación (*Anexo II*) (*Anexo IV*), el ingreso (*Anexo V*) y los procesos a seguir (*Anexo III*) y la recopilación de información de múltiples fuentes plasmadas en el marco teórico anteriormente expuesto.

3.1.2. Consideraciones Iniciales

Como Trabajo de Fin de Grado de Trabajo Social, a través de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo y con la colaboración de los distintos centros de atención a salud mental ubicados en la ciudad de Zaragoza, he elaborado una guía de intervención para el trabajo social en personas con TMG (*Anexo VI*) en la que se recoge, de forma ordenada y desde una documentación previa, los distintos pasos a seguir para intervenir y trabajar adecuadamente con pacientes diagnosticados de TMG.

Los profesionales seleccionados para ser entrevistados están situados en:

- ASAPME (Asociación Aragonesa Pro Salud Mental)⁶
- Centro de Rehabilitación Psicosocial (C.R.P.) Nuestra Señora del Pilar. ULE
- Centro de Rehabilitación Psicosocial (C.R.P.) Nuestra Señora del Pilar. Unidades de Psicogeriatría⁷
- Hospital de día (Hospital Universitario Miguel Servet)
- Planta de Psiquiatría y Hospital de día (Hospital Clínico Lozano Blesa)
- Planta de psiquiatría (Hospital Royo Villanova)
- Residencia de Media Estancia Fundación Rey Ardid

En cuanto a su estructura, la guía incluye en primer lugar el alcance y propósito de su elaboración, las funciones que tendrá que desempeñar el profesional del Trabajo Social y los pasos que se pueden seguir en el proceso de atención de los pacientes. Dentro de los pasos, se puede encontrar una orientación de la documentación a completar, los dispositivos asistenciales con los que se puede contar, las formas en que pueden ser derivados y atendidos, las entrevistas que se tienen que hacer, los aspectos que hay que tener en cuenta a la hora de trabajar tanto con el usuario como con la familia y de qué forma se puede desarrollar el proceso de rehabilitación social. Por último, se añaden unas orientaciones para trabajar el aspecto de la inclusión social, los dispositivos asistenciales con los que se pueden encontrar y los logros y obstáculos que se pueden dar. A parte, se incluye un infograma con el propósito de incluir los pasos a seguir y los puntos clave del proceso.

Todos los partes del proceso son complejas, pero cabría destacar la importancia de la rehabilitación social. La guía, con el intento de facilitar la labor de los profesionales, busca un desarrollo adecuado y eficaz de la rehabilitación de cada uno de los pacientes con el fin de que desarrollem sus habilidades, se les capacite para vivir de forma independiente y se reintegren en la sociedad.

3.1.3. Metodología

Antes de mostrar la guía, hay que puntualizar ciertos temas de gran importancia que he podido recoger de los distintos profesionales entrevistados y de los observados en algunos soportes documentales basados en la opinión de expertos en el tema. Para reunir todas estas variables, he elaborado una tabla donde se puedan plasmar los temas más relevantes que han ido surgiendo en las entrevistas, la opinión de los profesionales y algunas críticas que conciernen a la salud mental y a su sistema de trabajo.

⁶ En adelante ASAPME

⁷ En adelante C.R.P.

La tabla subdivide las variables y los profesionales que posteriormente desarrollo brevemente.

Tabla 1. Variables

VARIABLES	PROFESIONALES
V1: Evolución de los pacientes	P1: ASAPME
V2: Existencia de recursos al alta	P2: Hospital de día (Hospital Miguel Servet)
V3: Estigma	P3: CRP Nuestra Señora del Pilar (ULE)
V4: Papel de la familia	P4: Hospital Clínico
V5: Medicación	P5: Hospital Royo Villanova
V6: Reconocimiento de la enfermedad	P6: CRP Nuestra Señora del Pilar (Psicogerátrico)
V7: Trabajo Social en Salud Mental	P7: Residencia de Media Estancia Fundación Rey Ardid
V8: Aprovechamiento de recursos	P8: Peter Christian Götzsche
	P9: Diego Figuera

Fuente: elaboración propia a partir de la información de entrevistas y recursos visuales (2019)

La Evolución de los pacientes es el aspecto más buscado, pero ¿son siempre positivos los resultados? Todos los profesionales entrevistados han querido recalcar los avances que experimentan la mayoría de los pacientes (V1). Se tiende a vincular enfermedad mental con persona que reside en un psiquiátrico del que no va a salir. No obstante, las profesionales que ejercen su labor en los centros de Zaragoza quieren representar una imagen de superación, de rehabilitación y de que es posible volver a reintegrarse en la sociedad. La profesional (P2) hace ciertas distinciones en cuanto a la actuación y el progreso de los pacientes. En el hospital de día se puede ver gran evolución en las personas, ya que es un recurso al que acuden todos los días y en el que se implican activamente. El problema viene cuando vuelven a su situación anterior en la que, si no tienes apoyos, no pueden avanzar correctamente, es decir, la evolución de cada paciente se ve marcada por la realidad social que experimenta fuera del centro, si tiene familia, un hogar, un trabajo, etc.

V2. Hablar de existencia de recursos supone distinguir lo social de lo sanitario. A nivel de salud, existen múltiples alternativas como son las UME a las que se derivan por orden del psiquiatra. Los recursos sociales, más que residenciales, son de asociaciones en las que se ofrecen actividades de ocio y tiempo libre. Si hablamos de recursos residenciales, no existen lugares donde acojan a estas personas salvo los pisos de Zaragoza Vivienda o pisos para pacientes de salud mental. (P3)

V3. Otro aspecto del que se habla mucho y sigue muy presente en el colectivo es la estigmatización. La profesional del trabajo social en el Hospital Clínico (P4) expresaba que existe estigmatización como en muchas otras enfermedades, pero también tiene una visión de que la enfermedad no dura toda la vida, no hay que estar lamentándose siempre, sino que hay que amarrarse a las oportunidades que aparecen por el camino, hay que apoyarse en todas aquellas organizaciones, como es el caso de ASAPME, que trabajan porque el camino de reinserción sea más fácil. Hay mucho estigma en la sociedad, pero también muchas personas con cierta sensibilidad, por lo que habría que incluir más campañas de concienciación. Unido a esto, la Trabajadora Social de ASAPME (P1) hablaba de la labor de sensibilización que llevan a cabo mediante campañas para intentar normalizar la situación, demostrando que se puede trabajar con personas que tienen enfermedad mental.

V4. Como se puede observar a lo largo del trabajo, la otra parte protagonista en el proceso es la familia. se ha hablado mucho de dos tipos de familias que se observan, por un lado, las familias protectoras, que se mantienen a lo largo del proceso junto al paciente ofreciendo todo tipo de ayuda que facilite su mejora. Por otro lado, existen familias que la situación les ha superado y aunque deciden colaborar en el proceso, no pueden seguir conviviendo con el paciente (P5).

La información que más se repite acerca de las familias es que están desesperadas o incluso quemadas. Llegan pidiendo ayuda porque ya no saben qué hacer, la situación les desborda y más, cuando el usuario no reconoce la enfermedad. En este tipo de casos se dificulta la labor de adjudicar los medicamentos, ya que, al no reconocerse la enfermedad, la familia se siente forzada al obligarle a tomarlos y el paciente, como tiene confianza con ella, se siente con libertad de negarse. En cambio, una vez que llegan al centro, tienen una rutina igualitaria para todos, por lo que comprenden que allí es algo que se tiene que hacer. La trabajadora social a cargo del C.R.P (P6) en la unidad de psicogeriatría opina que esto es así, la familia es un factor clave en el apoyo y afecto del usuario, pero en este tipo de decisiones, es mejor que los profesionales se hagan cargo.

V5. Peter Christian Gøtzsche (P8) es un médico danés que expuso una serie de críticas hacia la situación de los fármacos en las personas con problemas de salud mental. Entre otras cosas decía que los medicamentos se han vuelto algo necesario en la vida de estas personas debido a las repercusiones que derivan de la enfermedad. No obstante, existe un aspecto que no deja ver tanto, y es que los fármacos están provocando adicciones en los pacientes. A corto plazo, los efectos que se observan en los usuarios suelen ser positivos. A pesar de ello, a lo largo del tiempo, se puede observar lo contrario. Lo ideal sería utilizar los fármacos con menos abundancia o siempre que sean casos de gravedad con la intención de suprimirlos posteriormente y no puedan repercutir negativamente a largo plazo (Gøtzsche, 2012) (Gøtzsche, 2015).

V6. En cuanto a si los pacientes reconocen la enfermedad, los profesionales han confirmado que muchos de ellos no la admiten. Se considera como parte del proceso de la enfermedad, muchos de ellos no tienen conciencia por su patología, que les hace vivir una realidad diferente a la nuestra. Por ello, se considera necesario trabajar en la conciencia de la enfermedad y en que se disponga de un equipo sociosanitario para dar apoyo. (P7)

V7. En una entrevista al psiquiatra Diego Figuera en el programa de televisión El Intermedio (La Sexta) titulado “La soledad y la pobreza, claves en las enfermedades mentales en España: ¿estamos preparados para afrontar la situación?” (2019) se incluyen aspectos de los que no se habla tanto al exponer el concepto de trastorno mental y de los cuales tendríamos que aprender a construir una sociedad mejor y más sensibilizada con las personas que pasan por un problema de salud mental. (P9)

Comparto la forma de pensar del profesional al decir que la medicación no cura enfermedades mentales, sino que alivia sus síntomas. Los casos de salud mental son muy elevados y es que, aumentando los recursos de hospitalización no se va a conseguir una mejora progresiva. El factor clave de la rehabilitación de los pacientes es su reinserción social y laboral, ¿cómo conseguimos llegar a ello? empezando por aumentar los recursos de la comunidad, intentar crear un sistema de salud mental más centrado en lo comunitario y lo psicosocial con un mayor número de psicólogos y trabajadores sociales en los distintos dispositivos existentes.

Sin la figura de estos profesionales, es probable que el proceso se estancara, ya que necesitamos atender todas las áreas que afectan y rodean al paciente. Por otro lado, es importante utilizar adecuadamente y aprovechar cada recurso (V8) en el proceso para evitar que los usuarios ingresen en el último dispositivo en la cadena de asistencia: la unidad de agudos.

Por lo general, se observa una forma de pensar común en los profesionales entrevistados. Las perspectivas que se tienen en cada centro de trabajo son muy similares en cuanto a los aspectos que identifican de los pacientes. Son muchas las ocasiones en las que se ha mencionado la dificultad de reconocimiento de la enfermedad, la situación de desesperación y agotamiento que viven los familiares más cercanos y la evolución que experimentan cada uno de ellos.

4. BIBLIOGRAFÍA

- Abad Ruiz, A. (2015). Marginación y Enfermedad Mental II. En M. Miranda Aranda, *Lo social en la salud mental. Trabajo Social en Psiquiatría* (págs. 185-210). Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Allebeck, P. (1989). Schizophrenia: a life-shortening disease. *Psychiatr Bull*, 15(1), 81-89.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Madrid: Médica Panamericana.
- Aretio Romero, A. (2010). Una mirada al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 298-300.
- Ariño, B., y San Pío, M. J. (2007). El papel de las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 7(2), 115-126.
- Armesto Cabañas, J. (16 de 06 de 2016). *Trastorno Mental Grave, áreas sociales afectadas y papel del trabajador/a social en el ámbito de la salud mental*. Obtenido de Biblioteca UVa: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/19405>
- Arnaiz, A., y Uriarte, J. J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, 26, 49-59.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2012). *Hacia una reformulación de la Rehabilitación Psicosocial*. Obtenido de Portal web de la Asociación Española de Neuropsiquiatría: <http://www.aen.es/docs/CTecnicos16.pdf>
- Barg, L. (2006). *Lo interdisciplinario en Salud Mental. Niños, adolescentes, sus familias y la comunidad*. Buenos Aires: Espacio.
- Barnes, T. R., Milavic, G., Curson, D. A., y Platt, S. D. (1983). Use of the Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS) in a trial of maintenance antipsychotic therapy in schizophrenic outpatients: pimozide versus fluphenazine. *Social psychiatry*, 18(4), 193-199.
- Bebout, R., y Harris, M. (1995). Personal myths about work and mental illness: response to Lysaker and Bell. *Psychiatry, London*, 58(4), 410-423.
- Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, Madrid, 29 de diciembre de 1978
- Corrigan, P., Kuwabara, S., y O'shaughnessy, J. (2009). The Public Stigma of Mental Illness and Drug Addiction: Findings from a Stratified Random Sample. *Journal of Social Work*, 9(2), 139-147.
- Couceiro Muiño, C. (2013). Los familiares de las personas con trastorno mental: usuarios y cuidadores. En J. Sánchez Bravo et al, *Ética y Modelos de Atención a las Personas con Trastorno Mental Grave* (págs. 123-130). Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Fernández, J. (1997). La supervisión del Trabajo Social en Salud Mental. *Revista de Treball Social*, 48-58.

Figuera, D. [El Intermedio]. (2019, mayo 02). La soledad y la pobreza, claves en las enfermedades mentales en España: ¿estamos preparados para afrontar la situación?. [Archivo de video]. Recuperado de: https://www.lasexta.com/programas/el-intermedio/gonzo/la-soledad-y-la-pobreza-claves-en-las-enfermedades-mentales-en-espana-estamos-preparados-para-afrontar-la-situacion-video_201905025ccb5eef0cf261b488748add.html

Gabaldón Mel, A., y López Royo, D. (2013). Riesgos de la exclusión social. En J. Sánchez Bravo et al, *Ética y Modelos de Atención a las Personas con Trastorno Mental Grave* (págs. 95-110). Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.

Garcés Trullenque, E. M. (2015). El rol del trabajador social en salud mental. En M. Miranda Aranda, *Lo social en salud mental. Trabajo Social en Psiquiatría* (págs. 69-83). Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.

Garcés Trullenque, E. M. (2010). El Trabajo Social en Salud Mental. *Cuadernos de Trabajo Social*(23), 333-352.

Giménez Ascaso, S. (2015). El sistema asistencial en salud mental. En M. Miranda Aranda, *Lo social en salud mental. Trabajo Social en Psiquiatría* (págs. 121-147). Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.

Gómez Lavín, C., y Zapata García, R. (2000). *Psiquiatría, Salud Mental y Trabajo Social*. Navarra: Eunate.

Gøtzsche, P. [CCDH Comisión Ciudadana de Derechos Humanos] (2012, Mayo 12). El Dr Peter Gotzsche y los 10 mitos de la Salud Mental [Archivo de video]. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=AL1Kf-qXD4Y>

Gøtzsche, P. [CCDH Comisión Ciudadana de Derechos Humanos] (2015, Abril 29). Dr Peter Gøtzsche: la psiquiatría se hunde [Archivo de video]. Recuperado de: https://www.youtube.com/watch?v=qdOOS9Y_R_Y

Grad, J., y Sainsbury, P. (1968). The effects that patients have on their families in a community care and a control psychiatric service—a two year follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, 114(508), 265-278.

Hurry, J., y Sturt, E. (1981). *Social Performance in a population sample: relation to psychiatric symptoms*. Grant MacIntyre.

Idareta Goldaracena, F. (2018). *Trabajo Social Psiquiátrico. Reivindicación ética de la dimensión social en salud mental*. Valencia: Nau Llibres.

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. (2009). *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. Obtenido de GuíaSalud: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICS_compl.pdf

Ituarte Tellaeché, A. (1992). *Procedimiento y Proceso en Trabajo Social Clínico*. Madrid: Siglo XXI.

Jacobson, N., y Greenley, D. (2001). A conceptual model of recovery. *Psychiatric Services*, 52(5), 688.

Jenkins, J., y Carpenter-song, E. (2006). The new paradigm of recovery from schizophrenia: cultural conundrums of improvement without cure. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 29, 379-413.

Lahtinen, E., y otros, e. (1999). *Marco para la promoción de salud mental en Europa*. . Hamina: (STAKES) Centro Nacional de Investigación y Desarrollo para Asistencia Social y Salud, Ministerio de Asuntos Sociales y Salud, Finlandia.

Lehtinen, V., Riikonen, E., y Lahtinen, E. (1997). *Promoción de la salud mental en la agenda europea*. Helsinki: (STAKES), Centro Nacional de Investigación y Desarrollo para Asistencia Social y Salud.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, España, 29 de abril de 1986, núm. 102.

Liberman, R. P. (1988, 1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca.

López, M., Laviana, M., y López, A. (2009). *Estigma Social, Violencia y Personas con Trastornos Mentales Graves*. Obtenido de FAISEM: https://www.faisem.es/wp-content/uploads/2014/09/Libro_AEN_2009.pdf

López, M., Laviana, M., Rodríguez, A. M., y Aparicio, A. (2008). La Lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(101), 43-83.

Martínez Zambrano, F., y López, M. D. (2013). La estigmatización de los trastornos mentales. En J. Sánchez Bravo et al, *Ética y Modelos de Atención a las Personas con Trastorno Mental Grave* (págs. 79-90). Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.

Mental Health Europe . (2009). *De la exclusión a la inclusión. El camino hacia la promoción de la inclusión social de las personas con problemas de salud mental en Europa* . Confederación Española de Agrupaciones Familiares y Personas con Enfermedad Mental .

Mezzina, R., et al. (2006). Social nature of recovery: discussion and implications for practice. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9, 63-80.

Miranda Aranda, M. (2015). *Lo social en la salud mental (I)*. *Trabajo Social en Psiquiatría*. Zaragoza: Prensa de la Universidad de Zaragoza.

Miranda, M., y Garcés Trullenque, E. M. (1998). Trabajo Social en Salud Mental. En C. Alonso, *Organizaciones de Bienestar* (págs. 67-88). Zaragoza: Ediciones Mira.

Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M., y Guillén, A. I. (2006). *Resumen de Resultados de la Investigación: El Estigma de la Enfermedad Mental*. Obtenido de Comunidad de Madrid: http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/resumen_de_resultados_de_la_investigacion_el_estigma_de_la_enfermedad_mental.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2000). *Prevención del suicidio. Un instrumento para médicos generalistas*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de la Salud Mental: concepto, evidencia emergente, práctica.* Obtenido de Portal web de la Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Declaración Europea de Salud Mental.* Obtenido de Confederación Salud Mental España: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/declaracion-helsinki-4244/>

Organización Mundial de la Salud. (Diciembre de 2013). *Salud Mental: un estado de bienestar.* Obtenido de Organización Mundial de la Salud : https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos Básicos.* Obtenido de Portal Web de la Organización Mundial de la Salud: <http://apps.who.int/gb/bd/s/>

Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (Vol. 1). Washington, D.C: Pan American Health Org.

Ottati, V., Bodenhausen, G. V., y Newman, L. S. (2005). Social psychological models of mental illness stigma. *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*, 99-128.

Paykel, E. S., y Weissman, M. M. (1973). Social adjustment and depression: a longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 28(5), 659-663.

Pellegero, N. (1992). Esquemas de las tareas globales de un equipo de salud mental vinculado a la Atención Primaria de Salud. . En J. L. Tizón, *Salud Mental en atención primaria y atención primaria a la salud mental* (págs. 83-97). Barcelona: DOYMA.

Pinilla Budría, M. Á. (2015). La rehabilitación psicosocial en Trabajo Social: la intervención en trastorno mental grave. En M. Miranda Aranda, *Lo social en la salud mental. Trabajo Social en Psiquiatría* (págs. 97-120). Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.

Platt, S. D., Hirsch, S. R., y Knights, A. C. (1981). Effects of brief hospitalization on psychiatric patients' behaviour and social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63(2), 117-128.

Read, J., y Harre, N. (2001). The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatization of mental patients. *J Ment Health*, 10(2), 223-235.

Rocamora, A. (2012). *Intervención en crisis en las conductas suicidas.* España: Desclée de Brouwer.

Stanier, R. (2005). Salud Mental y Exclusión Social. En M. d. Sociales, *Primer Congreso: La salud mental es cosa de todos* (pág. 33). Valencia: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

Uribe Restrepo, M., Lucía Mora, O., y Cortés Rodríguez, A. C. (2007). Voces del estigma. Percepción del estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universitas Médica*, 48(3), 207-220.

Vaughn, C., y Leff, J. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry*(129), 125-137.

Waryszak, Z. (1982). Symptomatology and social adjustment of psychiatric patients before and after hospitalisation. *Social psychiatry*, 17(3), 149-154.

World Health Organization . (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease.* Ginebra: WHO.

5. ANEXOS

Anexo 1. Guion Entrevista.

Mi nombre es Sara Legazpe y acudo a ustedes porque voy a elaborar una guía de intervención para Trabajo Social en el TMG a partir de una recopilación bibliográfica y la aportación de los profesionales a cargo de cada centro de salud mental.

Mi idea es que dicha guía incluya una serie de pautas a seguir cuando el profesional se encuentre con un caso de estos. Una vez elaborada, me gustaría que cada profesional la evaluara para conocer si ha sido de utilidad o no.

- Mi idea es conocer un poco como es el proceso que lleváis aquí, es decir, como atendéis a los usuarios, que problemas identificáis, como se actúa con ellos. Proceso desde que ingresan hasta que se van.
- ¿Como afecta la enfermedad al entorno social? ¿Qué cambios experimenta el usuario?
- En cuanto a las familias, quiero saber un poco también como les afecta, que observáis en ellas. Como les ha cambiado la rutina, que problemas suelen tener.
- ¿Creéis que el aspecto social es un factor clave que hay que atender en estas personas?
- Relacionado con la pregunta anterior, ¿creéis que la estigmatización que existe hacia el colectivo interfiere en el bienestar del usuario?
- ¿Qué papel jugáis en la rehabilitación del paciente?
- ¿Tenéis alguna actividad o programa dirigido a la inclusión social de estas personas?
- Aquí ¿os suelen llegar muchas personas con trastornos mentales graves? ¿qué observáis en ellos?
- Tras un periodo de tiempo, ¿soléis ver resultados positivos? ¿Avances?

Muchas gracias por su colaboración.

Anexo 2. Guía de intervención

GUÍA DE INTERVENCIÓN PARA TRABAJO SOCIAL EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

SARA LEGAZPE MARTÍN

PROPÓSITO



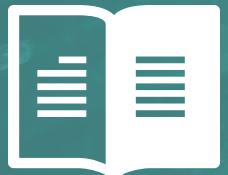
El objetivo que se busca alcanzar con la elaboración de este trabajo es facilitar la labor profesional de los trabajadores sociales ante la situación problemática de una persona diagnosticada de Trastorno Mental Grave. Dentro de esta guía, se pretende reflejar, a partir de una minuciosa recopilación bibliográfica y el testimonio de los profesionales de los centros de atención a la salud mental, unas pautas de actuación a seguir con dichos usuarios.

ALCANCE

Este documento va a servir como soporte para todos aquellos profesionales del trabajo social que requieran de la información y los procedimientos a seguir para atender y orientar a los usuarios o pacientes que están diagnosticados de un Trastorno Mental Grave.



FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL



El profesional al que va dirigida esta guía es el **Trabajador Social**, una figura importante en la consecución de la rehabilitación social.

El profesional que recurre a la guía va a tener que desempeñar sus funciones desde un ámbito concreto, la salud mental, y si hay que ser más precisos, desde el **Trastorno Mental Grave**.

Dicha labor no va a ser tarea fácil, ya que es un colectivo con varias dificultades que se pueden ver reflejadas en el desempeño de sus funciones, la realización de las actividades básicas de la vida diaria y demás aspectos que condicionan su forma pensar, actuar y de relacionarse con el resto de personas.

Como profesional del Trabajo Social, tiene que ser capaz de mantener una postura objetiva, de lidiar con los problemas que se le presenten al paciente y a su entorno más cercano mientras este bajo sus responsabilidades.

PASOS A SEGUIR

Trabajar con un colectivo específico supone seguir unas pautas concretas para que se pueda atender, de forma adecuada, todas aquellas necesidades que se presentan.

Cada centro o institución trabaja siguiendo unas directrices, adaptándose a las capacidades del mismo. Esta guía va a ser una aproximación a todas aquellas actuaciones observadas en los centros de salud mental.

En este tipo de asistencias, lo recomendable es que se elabore, en un primer momento, un procedimiento de admisión ante las posibles derivaciones y demandas en el centro correspondiente.

Las personas que terminan en este tipo de centros, no solo presentan problemáticas en su salud, sino que ven afectados otros aspectos de su vida como es el contexto social y familiar. Por tanto, va a tener que ser capaz de detectar y analizar todos ellos.

Aunque la figura del trabajador social no sea la principal fuente de recursos en la salud mental, lo recomendable es que requiera de cierta coordinación con el resto de profesionales sanitarios para poder completar correctamente la labor profesional.

Va a tener que estar para afrontar asumir ciertas responsabilidades referentes a la situación económica del paciente, la situación jurídica ya que, en su mayoría, están incapacitados legalmente y la situación social.

Antes de empezar la labor en el ámbito de la salud mental, es preciso que conozca los dispositivos asistenciales con los que se dispone para cualquier tipo de coordinación o derivación, ya que, cada uno tiene su forma de trabajar y no resultaría lógico comenzar una labor de estas dimensiones sin haber profundizado, en primera instancia, con los recursos asistenciales con los que cuenta el entorno en el que trabaje.

Hay que saber diferenciar entre los dispositivos que ofrecen una atención corta, media, larga, los que ofrecen apoyo mediante actividades y talleres y los que ofrecen un seguimiento diurno. Pero, además, hay que tener en cuenta el perfil del usuario porque, en según qué centros, se atiende en función de la edad, el problema o la situación social que presente.

DISPOSITIVOS ASISTENCIALES

Hay que tener en cuenta que cada Comunidad Autónoma cuenta con más o menos dispositivos y están estructurados de diversas formas. En este caso he recogido, de forma genérica, todos los dispositivos asistenciales con los que se puede encontrar.

Unidad de Corta Estancia (UCE)

Unidad de Media Estancia (UME)

Unidad de Larga Estancia (ULE)

Centro de Salud Mental Comunitario (CSM), Unidad de Salud Mental (USM)

Centros de Día, Centros de Rehabilitación Psicosocial, Unidades de Rehabilitación Intensiva Ambulatoria

Unidad de Psicogeriatría

Hospital de Día

Hospital de Noche

Alternativas Residenciales

Recursos de Apoyo al Empleo

Recursos de Apoyo Social

Asociaciones

Otros Dispositivos

La labor profesional se va a desarrollar en uno de estos dispositivos. No obstante, necesita conocer sobre cada uno de ellos a los que puede acceder en caso de requerirlo. Es importante comprender el proceso de acogimiento y tratamiento que se sigue.

No es lo mismo trabajar en un centro en el que habitan los pacientes durante un tiempo determinado, que un centro donde se ofrece apoyo a partir de actividades y cursos que se desempeñan en momentos puntuales de la semana.

Los dispositivos más comunes y sobre los que va a tratar dicha guía son: unidades de estancia (corta, media, larga), hospital de día, unidad de hospitalización en psiquiatría, residencia y asociaciones.

Las **Unidades de Corta Estancia** atenderán a los usuarios en momentos de crisis donde la enfermedad pasa por una alteración o está en un momento de mayor intensidad. Los usuarios experimentan una situación de auge de la enfermedad la cual requiere una atención más corta hasta que se estabilicen y vuelvan a su estado anterior. Muchos de ellos, una vez superar esta fase, pasan al hospital de día, un lugar dedicado todos los días de la semana a un seguimiento de su evolución ofreciendo actividades, un calendario de la toma de medicamentos, un espacio para compartir entre los distintos pacientes su situación y para ser asesorados en todas las preocupaciones que tienen fuera del recinto.

Por el contrario, las unidades en las que se atiende un largo periodo de tiempo, conocidas como **Unidades de Media-Larga Estancia**, se encargan de analizar todos los aspectos del paciente hacia la construcción de una persona que adquiera habilidades sociales conformes con la realidad que tienen fuera del centro para alcanzar su reinserción en la sociedad.

En los casos en que los pacientes vienen por voluntad propia y no, por derivación, que no suele ser lo común en según qué tipo de centros, es recomendable que visite, en primer lugar, asociaciones que trabajan con este colectivo con todo tipo de actividades y atención, sin tener que ser necesario ingresar en ningún espacio, es decir, acudiendo, de forma constante a ciertos recursos que ofrecen.

DERIVACIÓN

1 Antes de comenzar ningún proceso, como profesionales, tenéis que recibir al usuario interesado en ingresar. La forma de hacerlo va a depender, en cierta medida, del centro al que vaya a entrar. No es muy común ver a los pacientes acudir a centros de este tipo por su propia voluntad. Es muy usual observar circunstancias en las que las familias deciden informarse debido al desgaste que produce la situación en el hogar. En este caso, va a ser la **Comisión para Ingresos y Seguimiento de los pacientes en los centros sanitarios de rehabilitación de salud mental del sistema de salud** la que va a proponer el ingreso. Existen otros procedimientos en los que el paciente acude de forma voluntaria y es el propio centro el que envía la información a la comisión de ingresos para que decida si cumple o no los criterios, siempre y cuando no sean casos en los que se requiera un ingreso en UCE.

Otro dato a tener en cuenta es que el recibimiento y el posible ingreso, no solo depende de la figura del Trabajo Social, sino de otros profesionales que se encargan de analizar y evaluar los aspectos que le competen.

A partir de aquí, lo correcto es que contacte con los profesionales al tanto del caso para conocer los aspectos más relevantes y actualizar la información requerida. Es de vital importancia saber los pasos que ha recorrido el usuario, en qué centros ha estado y cuál ha sido su evolución.



PRESENTACIÓN DEL CASO

2



El equipo de trabajo se reunirá como suele hacer cada semana para exponer, a parte de los casos ya presentes en el centro, la posibilidad de ingreso de un nuevo usuario, una vez haya sido aprobado por la comisión. En ella, se tratará la información pertinente del caso y la ya actualizada en el proceso de derivación, con el fin de decidir sobre el acogimiento del usuario. Se realizará una evaluación para conocer el interés del usuario por ingresar y comenzar un plan de rehabilitación.

Depende del centro en el que se trabaje, puede existir la opción de que se requiera una visita domiciliaria, como es el caso de algunas **Unidades de Larga Estancia**. Se establece una fecha y se concreta el personal (trabajador social, enfermero y auxiliar de clínica).

En el caso de realizar la visita domiciliaria, el equipo se tendrá que reunir nuevamente para presentar el informe de cuidados “**in situ**” y el caso. A partir de aquí se decide el día de recepción y se contacta con los sujetos pertinentes para continuar con la acogimiento y traslado del usuario.

ACOGIMIENTO/ PRIMER CONTACTO

3

El primer contacto con el usuario es el paso más importante del proceso porque va a determinar, en cierta medida, su validez y capacidad para resistir al proceso y reconducir su situación hacia resultados positivos.

Hay que prestar mucha atención al sentimiento de vulnerabilidad que muestre el usuario y sus familias, ya que pueden confirmar la inestabilidad que tienen para controlar la situación, el estrés, los problemas o sus capacidades de comunicación.

La forma de trabajar va a depender, en cierta medida, de la institución y de que, una vez que se conozca al sujeto, se observe si presenta una problemática social que se necesite abordar.



ENTREVISTA INDIVIDUAL CON PSIQUIATRÍA Y TRABAJO SOCIAL

Dependiendo si se trata de un centro en el que se atiende de forma aguda o de lo contrario, se evalúa la situación del usuario con el fin de ofrecer una plaza en un centro de media-larga duración, habrá que analizar más o menos aspectos.

Pueden demandar ayuda por motivo de un paciente que presenta una situación grave producida por conductas de riesgo como puede ser un brote puntual que altera, por un momento, la percepción del individuo, distorsionando así, la forma de actuar en la realidad. Estos casos suelen ser puntuales y agudos, por lo que requieren de una supervisión en un periodo corto en el tiempo. Ante esto, se planteará el posible ingreso para atender los aspectos más afectados y cualquier amenaza que surja durante la estancia en el centro.

De otro modo, existen casos de abandono personal, donde el usuario termina por interesarse en las cosas o, por el contrario, el propio trastorno altera, en gran medida, su rutina y su entorno, llegando a un extremo de agotamiento que ni la propia familia es capaz de abordar. En estos casos, los pacientes suelen pasar por varios dispositivos de salud mental hasta terminar en un lugar de atención media-larga, donde se buscará la normalización de las habilidades sociales y de comportamiento ante el día a día.

INFORME SOCIAL

El siguiente paso a seguir para poder continuar con el acogimiento es la cumplimentación del **informe de Trabajo Social**.

Son muchos los prototipos de informe social que existen, pero basándome en la información adquirida por los profesionales de los centros de salud mental, un ejemplo de informe social podría estructurarse de la siguiente forma:

- Fecha
- Duración
- Tipología de intervención
- Familiares de referencia
- Ámbito de relaciones familiares/ personales/ sociales
- Ámbito laboral/ formativo/ económico/ vivienda
- Ámbito ocio y tiempo libre
- Ámbito legal y jurídico
- Propuestas



ENTREVISTA

FAMILIA

La responsabilidad de los usuarios recae, cada vez más, en las familias, aquellas que superan un límite de carga con el que no pueden combatir.

Los Trastornos Mentales Graves conllevan cierta dependencia física para desempeñar actividades, la dependencia económica, la aparición, en algunos casos, de discapacidades y demás efectos físicos y emocionales que pueden distorsionar el modo de vida del usuario y, por tanto, de su familia.

En esta entrevista tendrá que intentar recoger toda la información referente a la familia, lo que puede aportar o no al proceso y lo que está dispuesta a hacer por colaborar y que el paciente consiga reintegrarse adecuadamente.

Interesa que colaboren porque, esto no es solo un trabajo de profesionales, sino que el entorno social es el que más influencia tiene sobre el paciente y el que más puede determinar su evolución. Este es un proceso en el que tienen que colaborar todas las partes por el bienestar del paciente por lo que se tendría que ofrecer la posibilidad de que participasen, ya no sólo por el paciente sino también por la estabilidad de la familia.



ANALISIS SITUACIÓN INICIAL Y DETECCIÓN DE PROBLEMAS

Para conocer la situación del paciente en cada área se elabora una **Historia Social** en la que se recoge:

1. Datos de identificación
2. Situación y composición familiar
3. Datos habitacionales y comunitarios
4. Situación de la salud de paciente y familia
5. Autonomía y conocimiento de recursos del paciente
6. Situación jurídico- legal
7. Situación económica paciente y familia
8. Situación formativa, ocupacional y laboral
9. Servicios de salud mental y sociales utilizados



A partir de esta historia y los datos que se vayan cogiendo durante su estancia, se utilizaran distintos ficheros referentes a: la documentación básica, información económica, empoderamiento, información sanitaria, información jurídica e información social.

¿problema reconocido?

La realidad de la salud mental es muy compleja y no son pocos los usuarios con los que va a tener que trabajar que no van a reconocer que tienen un problema. Estas situaciones van a suponer un proceso más lento debido a la dificultad de trabajo que se presenta cuando los usuarios no tienen conciencia de lo que están viviendo, ya sea por delirios, alucinaciones, estar inmersos en un universo mental inexistente o simplemente porque no quieren.

Este aspecto puede traer consecuencias sobre todo en la toma de la medicación y seguimiento del tratamiento, ya que pueden negarse a tomar nada o abandonar el proceso de mejora. No obstante, aunque sea una dificultad, la labor va a ser la misma salvo porque se va a intentar introducir cada elemento de otra forma, negociando con el propio paciente, haciéndole ver lo que realmente necesita y mostrándole que no es el único en el lugar que necesita tomar medicación.

FACTORES CONDICIONANTES Y ESTIGMA

Son muchos los factores que pueden influir en la estabilidad de una persona que padece un Trastorno Mental Grave. La capacidad de control de las emociones resulta complicada cuando el estrés o la presión afloran en grandes medidas. Los pacientes se sienten vulnerables, no se relacionan y les da miedo estar en cualquier sitio.

A esto se le suma el estigma que sigue presente en la población. Son muchos los pacientes que captan las miradas o la forma de actuar de las personas cuando aprecian que pueden sufrir de una enfermedad mental. La gran mayoría de la población ha adoptado una imagen negativa de la salud mental que se asocia incluso con la violencia. No obstante, desconocen lo que puede producir esto en los pacientes. El estigma, ya sea en la calle, en casa o en el trabajo, perjudica, en gran medida, a la estabilidad del paciente, ya que se sienten observados, juzgados y excluidos, por lo que adquieren temores como el salir del centro por cómo le van a mirar, buscar un trabajo porque saben que le van a tratar diferente al resto y otras muchas situaciones que se perciben.

Ante esta realidad, como profesional del Trabajo Social, tiene que concienciar de la realidad del colectivo y de los cambios que son capaces de hacer si se les deja.

Por otro lado, tiene que trabajar sobre ese miedo a exponerse en la sociedad, a ser percibido como diferente o a la idea de que no son capaces de hacer ciertas cosas por todo lo que conlleva una enfermedad mental. Hay que intentar cambiar la visión que tienen de ellos mismos para poder empezar un proceso de rehabilitación y de participación en el entorno social. No obstante, esto tiene que ir ligado por un compromiso de la población para concienciar y mostrar que los que sufren son los pacientes y que toda actitud negativa hacia ellos, dificulta su evolución y reinserción en la sociedad.

Todo ello hay que vincularlo al papel que juega la familia durante el proceso de cambio. El compromiso de facilitar la rehabilitación a los pacientes va a recaer también en los familiares, puesto que son los principales apoyos y los agentes que más pueden influir en su estado de ánimo. Desde el centro, va a tener que trasmitir esta visión a las familias, porque hay veces que no se es consciente de como algo que nos puede parecer indiferente a la población en general, para ellos puede ser una gran repercusión en su bienestar general.

APOYOS FAMILIARES DE LOS QUE VAMOS A DISPONER

El papel de las **familias** va a ser clave en el proceso siempre y cuando estén de acuerdo en ofrecer colaboración durante el proceso. Los tipos de familias que se pueden observar ante las personas con Trastorno Mental Grave es muy variado, pero cabe destacar dos tipos que suelen ser las más pronunciadas. Por un lado, las familias protectoras, que ayudan a reconocer el problema intentando llevar la situación lo mejor posible. Por otro lado, están las familias que colaboran en el proceso, pero no mantienen una convivencia con el paciente, ya sea porque no pueden, porque no quieren o porque la enfermedad ha provocado un distanciamiento. No obstante, es muy difícil concretar porque hay muchos casos diferentes y, por tanto, las familias pueden acarrear de diversas formas el proceso.

Existen situaciones en las que el paciente está tan apegado a su familia que puede dificultar la adaptación en el centro en el sentido de que, en sus hogares, se les ha permitido ciertas cosas y cambiar de entorno y de reglas va a ser un gran cambio para el paciente. Dentro del centro, tengan o no apoyo familiar, tiene que hacerles ver que es parte de su familia, está para apoyarles a ellos y a sus familiares.



MARCAR PAUTAS DE ACTUACIÓN

Desde el Trabajo Social, lo principal que se quiere conseguir es mantener el nivel de funcionamiento y autonomía de los pacientes, es decir, que sean capaces de llevar a cabo las actividades básicas con cierta independencia y de forma correcta.

Como trabajador/a social, su papel va a llevar ligado la sensibilización que aunque el resto de profesionales también lo aborde, desde aquí, se ejecuta en parcelas más concretas.

Muchos profesionales defienden que la función principal que se busca y a partir de la cual se va a actuar es que los pacientes tengan en cuenta la figura del trabajo social, que la reconozcan y que sepan para qué esta. Es importante que establezca cierta vinculación con el profesional, no solo dentro del dispositivo, sino también en el caso de que salgan en algún momento de su vida y se tengan que dirigir a otro trabajador de dicha profesión por problemáticas puntuales. A partir de dicha unión, se espera que los pacientes sepan valorar su función y su labor profesional.

Por otro lado, tiene que tener en cuenta la variedad de pautas de actuación que se pueden dar en función del tipo de usuario. No es lo mismo trabajar en un centro dirigido a una población más joven la cual consigue resultados positivos con mayor rapidez gracias a sus capacidades físicas y mentales, que un centro exclusivo para la psicogeriatría, donde los pacientes se enfrentan a un proceso más lento en el que los cambios aparecen con menos facilidad ya que, a su edad, no se mantienen las mismas capacidades.



ATENCIÓN

En los centros se suele organizar entrevistas con los pacientes mediante la agenda o recurso electrónico, instrumento con el cual se tiene un control de con quien se habla cada día. De esta forma, los pacientes tendrán un momento de atención para que os muestren sus preocupaciones, sus emociones, sus avances y lo que quieren cambiar en ese determinado momento.

Se puede encontrar con situaciones en las que no se podrá seguir la organización establecida en el día debido a cambios en las actividades, preocupaciones de urgencia o que simplemente el paciente requiere su atención en un momento determinado.

Cuando un paciente quiere algo, normalmente acude al trabajador social para ver si es viable y si puede darse respuesta a su problema. No obstante, en las reuniones que realice con el resto de profesionales, podrá observar cómo se pone en común los avances, las recaídas y los problemas de cada paciente y se muestra aquellos aspectos que requieren de nuestra labor.

Por tanto, tiene que estar atento en todo momento, ya que las necesidades pueden presentarse inesperadamente y tiene que saber dar la atención suficiente para identificar la preocupación que muestra el paciente.



COMO TRABAJAR CON EL USUARIO

Para comenzar la rehabilitación, tendrá que averiguar qué aspectos del paciente están en malas condiciones. Hay que atender el factor económico que, en una gran parte de la población, es un problema, ya sea porque en momentos de mayor intensidad de la enfermedad no han sabido reaccionar y han hecho un mal uso del dinero, provocando un gran endeudamiento que solventar. Otros, en cambio, pueden haber sido traicionados por algún familiar o conocido que se ha aprovechado de la situación adjudicándose parte de su base económica.

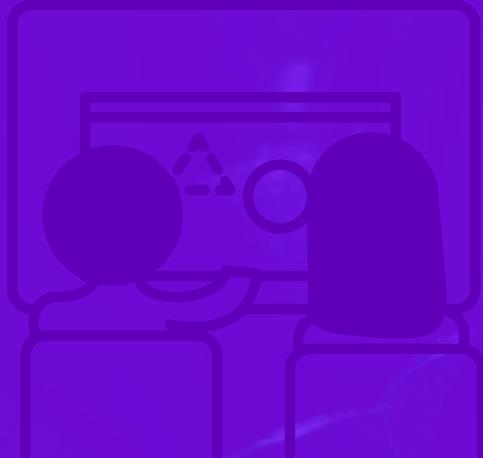
Hay que tener en cuenta que en algunos dispositivos se debe pagar unas tasas en función del dinero del que disponga el paciente. Por ello, habrá que tener un control de la economía desde que entre hasta que salga, intentado solventar los problemas, en el caso de que los haya y manteniendo hasta el final lo que en un principio debía tener.

Relacionado con lo económico encontramos el ámbito laboral. Las personas que pasan por un Trastorno Mental Grave tienen mayor dificultad en encontrar trabajo debido al estigma que se ha creado en cuanto a la repercusión que tiene la enfermedad y como ha recaído en sus capacidades. En otros casos también es el temor a la agresividad, a los brotes, a que se den momentos de crisis que impidan una realización correcta del trabajo. Aunque no solo depende de nosotros como profesionales, tiene que intentar que los pacientes alcancen un empleo acorde a sus capacidades en el que se les trate como a un trabajador más. Si un paciente está listo para salir del centro es porque ha trabajado en mejorar sus habilidades, en descubrir sus capacidades y en adquirir cierta responsabilidad ante las experiencias que le ofrezca la vida.

Por último, una vez llegue al que considera el momento final de su estancia en el centro, buscará una alternativa al alta que posibilite una convivencia normalizada.



COMO TRABAJAR CON LA FAMILIA



Los familiares son las personas que más sufren la enfermedad después del paciente porque conviven con él y su situación influye directamente en la estabilidad de la convivencia.

La desesperación es una actitud que les caracteriza cuando piden ayuda y apoyo, ya que han intentado todo por mejorar la situación. No obstante, se tiene que hacer ver a las familias que, muchas actitudes que tienen los pacientes son producto de la enfermedad y no son capaces de asimilarlo por ellos mismos.

Tiene que trabajar situaciones de sobreprotección de las familias que han impedido que los pacientes hayan realizado actividades que, para el resto de la población, pueden ser comunes pero para ellos es algo nuevo y que les hace sentir mejor el ser capaces de realizarlas.

Por tanto, la labor principal que tiene que hacer como profesional es dar pautas y directrices que impidan que las familias se vuelvan a estancar y no sepan actuar en situaciones similares, favoreciendo la aparición de alternativas que impidan su deterioro.

REHABILITACIÓN SOCIAL

Dentro del proceso de rehabilitación, se va a proceder a desarrollar una serie de programas de intervención que van a ayudar en la mejora de las habilidades personales y en el fortalecimiento de los apoyos para que puedan continuar con sus vidas de manera normalizada.

No obstante, tiene que volver a resaltar que el proceso va a variar dependiendo del dispositivo desde el que se trabaje. No es lo mismo trabajar con pacientes en una Unidad de Agudos, donde ingresan por crisis, que un centro donde conviven por un periodo largo de tiempo. Esta guía va a incluir aquellos procedimientos referentes a los dispositivos más comunes.

Proceso en **Unidad de Agudos**:

Como los pasos anteriores se comienza por una entrevista, siempre que la situación lo permita, se informa y asesora sobre los recursos y alternativas al alta. Seguidamente se centra la atención en la familia con la que, al igual que el paciente, se tendrá una entrevista.

Al estar ingresados alrededor de 10-15 días, la labor primordial es atender las demandas en momentos de crisis. Una vez se considere que esta de alta, con toda su vida organizada, se les solicita una cita en el centro de salud que les corresponde para comenzar un seguimiento que va a permitir observar su evolución y los cambios que experimenta.



Proceso en Unidades de Estancia superiores a 20 días:

- Recibir derivación, en el caso de que se desee trasladar de otro centro por las cuestiones pertinentes que se indiquen.
- Consultar con los profesionales a cargo del caso y recolectar información de la situación y su evolución.
- Con la información obtenida, valorar la necesidad de ingresar en el dispositivo receptor
- Tener un primer contacto con el usuario para evaluar sus capacidades y su necesidad de ser ayudado.
- Establecer una primera entrevista con psiquiatría y trabajo social para conocer, desde diferentes ramas, como se encuentra el usuario.
- Por último, hay que prestar una atención especial a las familias, que conocen al usuario, han convivido con él y tienen respuesta a muchas de las preguntas que necesitamos hacer. Hacerles ver, por nuestra parte, que este proceso no lo van a llevar solos, sino que vamos a estar para apoyarles en lo necesario y vamos a empezar a formar parte de la familia del paciente en toda su estancia dentro del centro.

A partir de aquí, los profesionales, ya sea desde centro de agudos o de estancias superiores, van a tener que seguir cada día la evolución, se van a tener que encargar de supervisar los avances, intentando evitar las resistencias o recaídas y favoreciendo la construcción de propósitos a conseguir en la vida del paciente, todo ello desde un ambiente que intente ser lo más normalizado posible y bajo un punto empático para poder comprender realmente por lo que están pasando ellos y sus familias.

Para conseguir que el proceso de rehabilitación e inserción sea efectivo, hay que partir de una serie de funciones que, como profesionales del Trabajo Social, tendrán que cumplir para que se alcancen los objetivos propuestos mediante la creación de actividades.

En primer lugar, van a tener que ser capaces de identificar si el usuario en cuestión presenta uno o varios aspectos sociales afectados en su estancia en el centro. En el caso de haberlos, se da por supuesto que van a tener que participar en la labor de mejora del paciente, atendiendo aquellos problemas que están desquebrando su entorno social y familiar. Para ello, se va a echar mano de todos los programas de salud que faciliten el cuidado de los problemas psicosociales mediante la prevención y apoyo.

Para disponer de la información necesaria sobre la situación del paciente y requerir de una derivación a otros centros, es fundamental que estén coordinados con el resto de instituciones que puedan ofrecer apoyo, datos y recursos que faciliten la continuidad del proceso.

Es importante promover que el área social en salud mental es un campo que hay que trabajar porque determina el estado de bienestar del paciente. Es fundamental que se reconozca en el mismo nivel que otros campos dentro de la salud mental, porque sin él, los cambios no tendrían el mismo alcance

El trabajador social, dentro del equipo multidisciplinar, va a colaborar por la consecución de resultados positivos mediante el contacto con asociaciones encargadas de desarrollar talleres y actividades dirigidas a la promoción de las familias en cuanto a la gestión de sus emociones, de sus habilidades, de su capacidad para mantenerse estables en momentos de crisis. En este tipo de asociaciones se encuentra uno o varios profesionales del Trabajo Social que se encargan de impartir este tipo de actividades o conseguir a alguien que lo haga, promoviendo la puesta en común de situaciones que experimentan los usuarios diagnosticados de una enfermedad mental y sus familias. Es importante recordarles que existen este tipo de establecimientos como forma de desconexión y de abrirse sin sentirse juzgado porque todo el que está allí, puede sentirse identificado con una situación similar a la suya. Esto propiciara el sentimiento de pertenencia, la eliminación de estigma, la sensación de avanzar y la visión hacia un nuevo comienzo.

Como se ha dicho en múltiples ocasiones, el usuario no es el único afectado. La familia más cercana, en el caso de que la haya, es la más perjudicada debido a su implicación emocional con el usuario en cuestión. Por ello, se va a tener que dar una atención especial y se va a ofrecer nuestra disposición en el caso de que necesiten ayuda emocional, material y económica dentro de nuestras competencias.

Por último, hay que intentar que el trabajo social se integre en todos los centros como parte del equipo para la promoción de las personas diagnosticadas de un trastorno mental.

ORIENTACIONES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

El primer paso que debe seguir como trabajador social es la defensa del **Principio de Autodeterminación** de todas aquellas personas que están pasando por una enfermedad mental de gravedad. Tendrá que ser capaz de hacerles ver que tienen unas capacidades que hay que potenciar, unos valores que les deben representar y una identidad que les hace únicos como persona, pero no refiriéndonos a una enfermedad.

Desde la Mental Health Europe (Salud Mental Europa) se crean una serie de estrategias de inclusión en el sector sanitario y social a partir de las cuales he podido elaborar mis propias líneas estratégicas a seguir para conseguir que los pacientes, una vez vuelvan a recuperar su ritmo de vida y se reinserten en la sociedad, puedan decir que se sienten como un punto más dentro de un cuadrado imperfecto. Aconsejo que cada profesional tenga en cuenta su instinto y no se guíe solo por estas ideas, sino que sea capaz de ofrecer la posibilidad de ampliarlas y de incluso incluir nuevas, para tener un amplio abanico de sugerencias que consigan un mayor efecto en la población.

Mi propuesta estratégica para

- Proponer una serie de actividades. Ofrecer un simulacro de una situación social en la que dos personas (una de ellas diagnosticada de TMG) mantengan un diálogo: la persona 1 tiene sus pensamientos llenos de estigma hacia los enfermos mentales, algo que no duda en expresar a la persona 2. Esta situación mostrará cómo se puede sentir una persona ante los comentarios despectivos que se le adquiere por sufrir una enfermedad mental. Después de observar cómo actúan, la persona 2 explicará cómo habría actuado si hubiese sido el individuo receptor. Este ejercicio servirá como lección para mostrar a las personas como podemos hacer sentir al otro por algo que no les hace diferentes, simplemente les dificulta para hacer ciertas cosas.
- En el caso de encontrarse en un centro de puertas cerradas donde viven los pacientes, es recomendable realizar salidas cada semana donde vayan a visitar centros, museos, teatros, cines, etc. Esta actividad potenciará el sentimiento de pertenencia, de aprendizaje, de su capacidad para afrontar la realidad. Si estamos hablando de dispositivos temporales o diurnos, aparte de los programas que ofrezcan, se aconsejara que contacten con asociaciones dirigidas al colectivo y sus familias para que participen en las actividades que ofrecen.
- Como profesionales del trabajo social y encargados de atender cada aspecto social que se vea alterado, tienen que ser capaces de actuar bajo un nivel de empatía y de deseo porque mejoren estas personas, resaltando sus potencialidades y sus capacidades y dirigiendo el proceso hacia aquellos deseos que quieren cumplir, pero no se ven capaces por las barreras que les pone la sociedad.

DISPOSITIVOS RESIDENCIALES

El abanico de posibilidades que tienen los pacientes que experimentan avances y consiguen mejorar su situación facilitando la continuidad de sus vidas fuera del centro, es bastante limitado. Son pocos los centros existentes dirigidos hacia el colectivo. En caso de verse en la situación de poder derivar un paciente, tendrá que consultar las opciones pertinentes que existen en la comunidad autónoma donde estemos trabajando. Algunos tipos de recursos existentes son:

- Sociedades municipales de vivienda que ofrecen pisos
- Pisos para pacientes de salud mental (por Comisión de Ingresos)
- Equipo de apoyo social comunitarios: supervisión y seguimiento en la vivienda.
- Centros residenciales (en caso de cumplir los requisitos)



LOGROS Y OBSTACULOS

Según las experiencias que he podido tener en los dispositivos de salud mental, son muchos los pacientes que evolucionan positivamente y consiguen salir. No obstante, esta imagen de superación no se suele ver plasmada en ningún medio. Actualmente, son pocas las noticias que se ven de usuarios con trastornos mentales y, entre ellas, suelen destacar aquellas que asemejan al paciente con una agresión, con violencia, con actitud peligrosa.

Las profesionales a las que he tenido el placer de entrevistar se sentían orgullosas de mostrar como los pacientes avanzan y no poco, desde jóvenes adictos a los estupefacientes hasta personas mayores cuyas capacidades se van deteriorando con el tiempo. Gracias a la ayuda de los profesionales han podido dirigirse hacia un objetivo: la recuperación y la adquisición de habilidades adecuadas para reinsertarse en el medio social.

Como profesionales deben intentar que se transmita esta visión positiva de los centros dirigidos a la salud mental, eliminando la imagen mental que tienen muchas personas sobre lo que es un psiquiátrico y lo que se hace dentro de él.

Si tengo que hacer una división, clasificaría dos tipos de pacientes: los que avanzan y los que no. toda persona que se estanca, se encierra en su mundo y no deja ser ayudado, difícilmente va a conseguir salir nunca del centro. Sin embargo, aunque suponga más trabajo, si poco a poco consiguen pequeños avances, es probable que puedan pasar a vivir a un lugar mejor de forma más independiente y sin depender de alguien las 24 horas del día.

Para que resulte viable la recuperación total del paciente, tienen que implicarse todas aquellas personas que forman parte del entorno de convivencia del mismo y nosotros como profesionales junto al resto del equipo multidisciplinar. Será a partir de compartir emociones y vivencias cuando se empezará a construir una identidad que defina a la persona tal y como es y a partir de la cual comience a desarrollar su idea de futuro fuera del centro.

CONCLUSIONES



Creo conveniente finalizar la guía con una idea que tenemos que defender en todo momento: cualquier procedimiento en el ámbito de la salud implica un proceso social, porque no solo se ve afectada la salud física o mental del paciente, sino que, como consecuencia de esto, se produce un impacto en todas las áreas sociales.



La Salud Mental trasciende a muchos ámbitos y es por eso que se exige un informe social de cada paciente para poder ser ingresado en alguno de los dispositivos asistenciales.



Por otro lado, es apropiado que trate de utilizar los recursos adecuadamente con el paciente para facilitar su rehabilitación y evitar que, en un futuro, ingrese en un Centro de Agudos.

Sumado a todo esto, como trabajador social, va a tener que desempeñar un papel sensibilizador, ya no solo en la sociedad en referente a la salud mental, sino también con profesionales que desconocen la importancia que tiene nuestra labor y como determina la mejora de los pacientes. La Salud Mental es muy compleja y requiere de muchas atenciones desde las distintas áreas de conocimiento, porque esto no es cuestión de utilizar medicación y controlar los brotes, sino que cada enfermedad es diferente, a cada persona le afecta de forma distinta y cualquier aspecto de su entorno puede repercutir y hacer retroceder al paciente a su situación inicial.

PROCESO A SEGUIR



PUNTOS CLAVE

Reconocer los avances del paciente



Establecer un plan organizativo cada día de la semana en coordinación con las actividades del resto de profesionales para cubrir todas las demandas



Actuar como apoyo en la reinserción reduciendo el estigma que pueda crearse en la mente del paciente y su entorno social



Recoger todo dato que se considere relevante del paciente



Establecer un entorno de trabajo de coordinación con el resto de profesionales



Conocer los Dispositivos Asistenciales con los que podemos contar para posteriores derivaciones



Ofrecer apoyo y asesoramiento a las familias en todo el proceso



Ayudar en el reconocimiento de la enfermedad



Es primordial escuchar todo lo que tiene que decir el paciente

