



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Evaluación de la Atención a la Salud Mental en Zaragoza:
Perspectivas de Familias y Entidades

Autor

Ana Sánchez Aznar

Director

Sergio Siurana López

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo / Universidad de Zaragoza

2024

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1. Justificación.....	5
1.2. Objetivos.....	6
1.3. Metodología.....	6
2. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. Definición de esquizofrenia.....	7
2.2. Subtipos de esquizofrenia y sintomatología.....	9
2.2.1. Tipos de esquizofrenia.....	9
2.2.2. Sintomatología: síntomas positivos y negativos.....	10
2.3. Familia en trastorno mental grave (TMG).....	11
2.3.1. Bases teóricas sobre la figura de la familia en el desarrollo de la esquizofrenia.....	12
2.3.2. Consecuencias del diagnóstico en las familias: carga, afrontamiento e implicación en entidades.....	13
3. MARCO LEGAL.....	15
3.1. Nivel Estatal.....	16
3.2. Nivel autonómico.....	18
4. TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL: INDIVIDUAL, CON GRUPOS Y COMUNITARIO.....	21
4.1. Trabajo social individual.....	21
4.2. Trabajo social con grupos.....	23
4.3. Trabajo social comunitario.....	24
5. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD: ESPAÑA Y COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN.....	25
5.1. Organización del Sistema Nacional de Salud.....	26
5.2. Organización en la Comunidad Autónoma de Aragón: Sistema de Salud Mental.....	26
5.2.1. Dispositivos intermedios o rehabilitadores.....	27
6. DESCRIPCIÓN DE LAS ENTIDADES.....	29
6.1. Fundación Rey Ardid.....	29

6.2. Asociación Aragonesa Pro Salud Mental (ASAPME Aragón).....	31
6.3. 2.a via Acompañamiento Terapéutico.....	33
6.4. Punto de Apoyo y Rehabilitación Psicosocial Comunitaria.....	35
6.5. Asociación Paso a Paso Aragón.....	36
7. RESULTADOS ENTREVISTAS.....	36
8. DISCUSIÓN SOBRE LOS RESULTADOS Y COMPARACIÓN CON EL PLAN DE SALUD MENTAL 2022-2025 DE ARAGÓN.....	42
8.1. Discusión de los resultados a partir de la situación de Sistema de Salud Mental en Zaragoza.....	42
8.1.1. Puntos fuertes sobre la atención a la salud mental.....	42
8.1.2. Puntos débiles de la atención a salud mental.....	44
8.2. Comparación de resultados con Plan de Salud Mental 2022-2025.....	45
9. PROPUESTAS DE MEJORA DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN ZARAGOZA.....	47
10. CONCLUSIONES.....	48
BIBLIOGRAFÍA.....	50
ANEXOS.....	53

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo analizar la situación de la atención a la salud mental en Zaragoza a través de las opiniones de familiares y entidades. También se analizará el logro de algunas líneas estratégicas del Plan de Salud Mental 2022-2025 de Aragón, las cuales algunas se cumplen y otras necesitan de mayor implicación.

A partir de entrevistas a entidades y familiares se destacan puntos fuertes y débiles de la atención a la salud mental en la ciudad y se presentan propuestas de mejora. Dentro de los puntos fuertes se destaca la confianza de los familiares en las entidades y profesionales, la eficacia de los grupos de ayuda mutua (GAM) y de psicoeducación, la disminución de la sobreprotección y la atención sin discriminación. A su vez, los puntos débiles destacables son las listas de espera en atención sanitaria y dispositivos intermedios, la ausencia de programas y servicios educativos en salud mental para niños y adolescentes y la dificultad de acceso a determinados sectores de la población que requieren de especial atención. Tomando en cuenta estos puntos, se establecen propuestas de mejora de la atención para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas.

A partir de esta investigación se subraya la importancia de considerar las perspectivas de usuarios, familias y entidades para desarrollar estrategias efectivas que respondan a las necesidades reales de la población.

Palabras clave: salud mental, familias, entidades, atención a la salud mental, Zaragoza, servicios, dispositivos, prestaciones

ABSTRACT

The aim of this work is to analyse the situation of mental health care in Zaragoza through the opinions of relatives and organisations. It will also analyse the achievement of some of the strategic lines of the Mental Health Plan 2022-2025 of Aragon, some of which are fulfilled and others need more involvement.

Based on interviews with organisations and family members, strengths and weaknesses of mental health care in the city are highlighted and proposals for improvement are presented. Among the strengths, the trust of relatives in the organisations and professionals, the effectiveness of the support groups and psychoeducational groups, the reduction of overprotection and care without discrimination are highlighted. Weaknesses include waiting lists in health care and intermediate facilities, the absence of mental health education programmes and services for children and adolescents, and the difficulty of access to certain sectors of the population that require special attention. On the basis of these points, proposals are made to improve the quality of life and well-being of people.

This research underlines the importance of considering the perspectives of users, families and organisations in order to develop effective strategies that respond to the real needs of the population.

Key Words: mental health, families, organisations, mental health care, Zaragoza, services, facilities, benefits

1. INTRODUCCIÓN

La salud mental se ha convertido en un tema que despierta cada vez más preocupación a nivel mundial. En los últimos años, el número de personas que tienen algún problema de salud mental ha aumentado de manera significativa. A esto se le suma que la pandemia ha impulsado la preocupación y el interés en lo que respecta al cuidado de la salud mental. Ante esta situación, se ha incrementado la necesidad de estudiar la forma en la que se puede mejorar la atención a la salud mental con el fin de reducir el gran impacto en la población que se está observando en los últimos años.

Las estrategias y los planes de salud mental que se renuevan cada pocos años tienden a resaltar los mismos problemas cada vez, demostrando que existe un déficit en su aplicación al no lograr realmente los objetivos planteados. Todo ello destaca la importancia de contactar con aquellos que están en primera línea de atención, como lo son los individuos y familiares, y con las entidades que prestan estos servicios para establecer un sistema de atención más eficiente y eficaz.

El objetivo principal de este trabajo es analizar la situación de la red de servicios de salud mental en la ciudad de Zaragoza, a partir de entrevistas con entidades y familiares de personas con enfermedades de salud mental. También se evaluará si la atención en Aragón ha mejorado, comparando los resultados obtenidos con el Plan de Salud Mental 2022-2025 de Aragón.

A continuación, se procede a presentar la estructura del documento y a explicar los contenidos que se van a encontrar en este trabajo. Se comienza recogiendo un marco teórico donde se expone una aproximación al concepto de esquizofrenia, incluyendo sus subtipos y sintomatología dado que es uno de los trastornos mentales graves más comunes. En esta parte también se revisan aspectos importantes de la familia en el trastorno mental grave (TMG), concretamente se indican bases teóricas de la intervención familiar en salud mental de la actualidad y se incluyen las consecuencias del diagnóstico. En el siguiente apartado se recoge el marco legal, donde se analiza brevemente la legislación que regula la salud mental a nivel nacional y autonómico en Aragón. Además, también se indica la existencia de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 y del Plan de Salud Mental 2022-2025 de Aragón, con este último se trabajará más adelante. Se seguirá con las funciones que tiene el trabajo social en la intervención con salud mental y se explicarán los tres ángulos desde los que puede realizarse el trabajo social en esta área: individual, de grupos y comunitario.

Seguidamente, se explicará la manera en la que se organiza el Sistema de Salud en España y en Aragón. De esta forma, se podrá indagar en la estructura de la atención a la salud mental en Aragón. Una vez se haya presentado esta parte organizativa, se pasará a desarrollar los dispositivos intermedios o rehabilitadores, ya que son los que ofrecen las entidades entrevistadas para las partes posteriores.

Una vez explicado lo más teórico del trabajo que permita enmarcar las siguientes partes del trabajo, se procede a describir cada una de las cinco entidades entrevistadas y a recoger los servicios y prestaciones que ofrecen, destacando aquellos orientados a familiares. Posteriormente se procede a presentar los resultados obtenidos en las entrevistas, organizando estos en función del tema en el que se centran. Estos resultados son interpretados teniendo en cuenta teoría existente y se clasifican en puntos fuertes y débiles de la atención en Zaragoza, consiguiendo con ello los objetivos planteados sobre analizar la situación de la red de servicios de salud mental en la ciudad. Además, se llevará a cabo una comparación de los resultados

con el Plan de Salud Mental 2022-2025 para observar el cumplimiento de las líneas estratégicas establecidas en este y si realmente se necesitan mejorar medidas para realizar una atención más correcta.

Finalmente, se ofrecerán una serie de propuestas para mejorar la atención a la salud mental en Zaragoza y se presentarán las conclusiones del trabajo, evaluando el logro de los objetivos.

1.1. Justificación

Los trastornos mentales son cada vez más frecuentes en la población. La Organización Mundial de la Salud (2022) señala que “aproximadamente una de cada ocho personas en el mundo sufre algún trastorno mental” (p. 3). Este dato destaca la importancia de atender estos problemas de salud mental como parte de un problema a nivel mundial que requiere de la colaboración de toda la población.

El alto número de casos de problemas de salud mental no solo afecta al individuo, sino que tiene impacto también en la familia, en la comunidad y en el propio sistema sanitario. La familia y la comunidad tienen un gran peso en la intervención con la población con algún tipo de problema de salud mental, por esto es importante tener en cuenta su perspectiva a la hora de actualizar las intervenciones y estrategias. A esto se le suma que la sociedad evoluciona y con ello van apareciendo nuevas necesidades y situaciones que requieren de una atención concreta para responder de manera adecuada y mejorar realmente el bienestar de las personas. Por ello, es necesario renovar las intervenciones y estrategias teniendo en cuenta las investigaciones realizadas, las características de la población y la perspectiva del individuo, la familia y la comunidad.

En el caso de Zaragoza, la atención a la salud mental carece de investigaciones que analicen la situación actual teniendo en cuenta realmente a las personas que acceden a los servicios y prestaciones. Esto supone un problema puesto que, para implementar medidas realmente eficaces, es necesario contar con la perspectiva de aquellos a los que éstas les afectan. Por ello, este trabajo se centra en analizar la atención a la salud mental en Zaragoza desde la perspectiva de entidades y familias. Con ello se identifican los puntos fuertes que deben mantenerse y los débiles a los que es necesario prestar atención para mejorarlos.

Además, este estudio evaluará el desarrollo de algunas de las líneas estratégicas del Plan de Salud Mental 2022-2025 de Aragón. Con ello se podrá observar si las estrategias implementadas realmente están logrando los objetivos previstos o si es necesario ajustarlas.

En conclusión, los trastornos mentales suponen un desafío a nivel mundial y local que afecta a individuos, familias, comunidades y sistemas sanitarios. En Zaragoza, es de gran importancia realizar investigaciones para desarrollar y aplicar estrategias efectivas. Este trabajo tiene como objetivo analizar la atención a la salud mental en la ciudad y evaluar la eficacia del Plan de Salud Mental 2022-2025 de Aragón, todo ello con el fin de identificar áreas de mejora y mejorar los servicios prestados.

1.2. Objetivos

El primer paso para comenzar a elaborar un trabajo de investigación es establecer los objetivos que se quieren conseguir con él. Durante la evolución del trabajo estos objetivos se han ido adaptando a las expectativas que iban apareciendo sobre el trabajo. Finalmente se observan los siguientes objetivos:

Objetivo general:

- Analizar la situación de la red de servicios de salud mental en la ciudad de Zaragoza a partir de entrevistas con entidades y familiares de personas con enfermedades de salud mental.

Objetivos específicos:

- Hacer una aproximación teórica al concepto de "esquizofrenia" como principal TMG
- Recopilar aspectos clave de la familia en los TMG (reacciones ante diagnóstico)
- Recoger entidades que trabajan con familiares de personas con esquizofrenia en la ciudad de Zaragoza
- Identificar las intervenciones que se realizan en salud mental en entidades de la ciudad de Zaragoza
- Conocer la situación de la atención en salud mental en Zaragoza a través de las entrevistas de familiares y entidades
- Plantear propuestas de mejora con relación a la intervención en salud mental teniendo en cuenta las entrevistas de familiares y entidades

1.3. Metodología

Para elaborar este trabajo de tipo cualitativo se ha llevado a cabo una investigación dividida en tres partes: revisión bibliográfica, realización de entrevistas e interpretación de los datos, para conseguir el objetivo principal.

Se comenzó con una revisión bibliográfica de los estudios existentes con el fin de orientar el trabajo y obtener información necesaria. Para realizar esta parte se buscó información en diferentes herramientas de búsqueda y bases de datos, concretamente en Google Académico, Zaguán, Alcorze y Dialnet. Además, también se han explorado las páginas webs del Gobierno de España y Aragón para acceder a aquellos documentos relacionados con la organización de la salud mental en el territorio y los servicios de cada zona. Para realizar las búsquedas se utilizaron ciertas palabras clave, concretamente: salud mental, esquizofrenia, dispositivos de atención, familia, trabajo social y tercer sector. Esta etapa permitió establecer la base teórica del trabajo, realizando una aproximación al concepto de esquizofrenia y recopilando aspectos clave de la familia en el trastorno mental grave. Además, se revisó la normativa nacional y autonómica para lograr establecer un marco normativo que permita conocer la situación legal de la salud mental en España desde la Constitución Española de 1978.

Para el segundo paso, se contactó con las entidades que contaban con plazas concertadas con el Sistema de Salud Mental en los dispositivos intermedios y rehabilitadores para centrar la atención en estas en el

segundo paso. Todas las entidades con las que se contacto se pueden encontrar en el anexo 1. A continuación, con las entidades que respondieron se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas, las cuales permitieron una ligera flexibilidad para poder obtener mayor información. La muestra incluyó al menos una entidad de cada uno de los tres sectores sanitarios de Zaragoza para obtener una visión general de la atención a la salud mental en la ciudad. En el Sector I se entrevistó a Fundación Rey Ardid; en el Sector II, a ASAPME Aragón y Punto de Apoyo y Rehabilitación Psicosocial Comunitaria; y en el Sector III, a 2.a vía. Además, se acudió a un grupo de ayuda mutua (GAM) de la asociación Paso a Paso para entrevistar directamente a varios familiares de personas con problemas de salud mental. Estas entrevistas permitieron identificar las principales intervenciones realizadas en salud mental por las entidades de Zaragoza. Además, se pudo conocer la situación de la atención a la salud mental en Zaragoza, así como conseguir una visión directa de los servicios basada en la experiencia.

Finalmente, en el tercer paso se interpretaron los resultados de las entrevistas teniendo en cuenta estudios previos y el Plan de Salud Mental 2022-2025 de Aragón. Para ello se revisó nuevamente la bibliografía existente sobre los puntos destacados en el segundo paso que fueron tratados en las entrevistas. De esta manera, se logró el objetivo general de analizar la situación de la red de servicios de salud mental en Zaragoza a partir de entrevistas con entidades y familiares de personas con enfermedades de salud mental. Además, se evaluó el cumplimiento real de algunas de las líneas del Plan de Salud Mental 2022-2025 de Aragón.

Para concluir, tras realizar los tres pasos, se redactaron una serie de propuestas de mejora para la atención a la salud mental en Zaragoza, basadas en toda la información recopilada anteriormente.

2. MARCO TEÓRICO

Para realizar el marco teórico se va a tener muy en cuenta el diagnóstico de esquizofrenia, puesto que es uno de los trastornos mentales graves más comunes y preocupantes en la actualidad. Según la Organización Mundial de la Salud (2022), “afecta a aproximadamente uno de cada 200 adultos, es una de las principales preocupaciones: en sus estados agudos es el más perjudicial de todos los trastornos mentales” (p. 3).

2.1. Definición de esquizofrenia

Para entender el concepto de esquizofrenia es necesario indagar en diversos aspectos que afectan a esta, como pueden ser su etimología, diferentes definiciones internacionales y nacionales y evolución de su concepto.

El término “esquizofrenia” proviene etimológicamente del griego, donde esquizo (*schízein*) se traduce como “escindido” o “dividido”, y frenia (*phrenós*) se refiere a “mente” o “alma”. (Real Academia Española, s.f.); Con ello obtenemos una primera aproximación a la definición de esquizofrenia desde una perspectiva etimológica, donde se entiende que la esquizofrenia es literalmente la mente o alma divididas.

La esquizofrenia ha sufrido una evolución conceptual a lo largo de los siglos, pero tomaremos como punto de inicio el momento en el que el psiquiatra Bénédicte Augustin Morel se refirió a ella por primera vez como Demencia Precoz en 1852. Emil Kraepelin utilizó este término en 1896 para definir la esquizofrenia,

indicando que supone “inicio temprano, evolución hasta el deterioro y ausencia de psicosis maníaco-depresiva” (Padín, 2012, p. 159).

Tras ese momento encontramos que multitud de autores y organizaciones han intentado redefinir el concepto hasta la actualidad. Sin embargo, no es hasta 1911 que Bleuler establece en su obra *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias* el término tal y como lo conocemos, indicando que la terminología utilizada hasta el momento no era realmente exacta ya que no se produce un deterioro mental si se interviene a tiempo.

Otro hito importante en el entendimiento de la salud mental fue la elaboración del primer Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-I, elaborado en 1952 por la Asociación Americana de Psiquiatría (nombrado desde ahora APA). En este la esquizofrenia se entiende como un Trastorno Psiquiátrico denominado “reacciones esquizofrénicas” las cuales se caracterizan por desajustes de la realidad y formación de conceptos, junto a alteraciones afectivas, conductuales e intelectuales (p. 26). Además, planteó la siguiente clasificación: “Simple, Tipo hebefrénico, Catatónico, Paranoide, Agudo indiferenciado, Crónico indiferenciado, Tipo esquizoafectivo, Tipo infantil, Tipo residual” (American Psychiatric Association, 1952, p. 26-28).

Con el paso de los años, la definición fue variando hasta llegar a la actualidad, donde a continuación se recogerán aquellas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el CIE-11, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V (nombrado en adelante DSM-V), redactado por la APA, y el Instituto Nacional de Salud Mental. Es importante hablar del CIE-11 y DSM-V puesto que han supuesto un gran avance en salud mental estableciendo unas pautas que sirven como guías internacionales para el diagnóstico de trastornos mentales.

La Organización Mundial de la Salud cuenta con una Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) donde se le asigna un código único a cada enfermedad. La esquizofrenia cuenta con el código 6A20, el 6 hace referencia a la categoría general de trastornos mentales, la A supone pertenecer a la subcategoría de trastornos psicóticos y el 20 indica que se trata de esquizofrenia. Se indica que son trastornos en múltiples modalidades mentales, incluido “pensamiento, percepción, experiencia personal, cognición, volición o voluntad, afecto y comportamiento” (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2022). Para poder asignar un diagnóstico es necesario que los síntomas estén presentes por un mínimo de un mes y su causa debe ser externa al efecto de sustancias o medicamentos. Es necesario destacar que en la CIE-10 el código que hacía referencia a esta enfermedad mental grave era F20.

Anteriormente se ha hablado del primer manual que clasifica los trastornos mentales, pero este se fue actualizando hasta que en 2014 aparece la versión más reciente y que se mantiene actualmente: el DSM-V. Elaborado por la APA, desarrolla en el capítulo con título “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” la esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y el trastorno esquizotípico. Todos ellos se caracterizan por presentar irregularidades en al menos una de las siguientes esferas: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo y síntomas negativos (DSM-V, 2014, p. 87). La esquizofrenia está recogida bajo el diagnóstico 295.90 (F20.9) y se indica que deben existir dos o más de los síntomas nombrados anteriormente, estando entre ellos al menos uno de los tres primeros indicados (delirios, alucinaciones y discurso organizado) durante mínimo un mes. Además, a parte de ese mes de síntomas, es necesario que los signos permanezcan por al menos seis meses para que pueda diagnosticarse el trastorno. La existencia de estos síntomas afecta al desarrollo de una gran parte de las áreas de la vida de las personas.

Cuando se habla del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), el cual pertenece al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, es necesario indicar que es la agencia federal que dirige las investigaciones sobre los trastornos mentales. Pese a ser una institución estadounidense, tiene un alto impacto a nivel internacional puesto que es uno de los principales centros de investigación en el campo de la salud mental y participa en multitud de investigaciones relacionadas con el tratamiento de la salud mental. Este define la esquizofrenia como “una enfermedad mental grave que afecta la forma en que una persona piensa, siente y se comporta. Las personas con esquizofrenia pueden parecer como si hubieran perdido el contacto con la realidad” (National Institute Of Mental Health, 2021).

De esta manera, haciendo una breve recopilación de algunas de las definiciones más destacables, podemos indicar que la esquizofrenia es una enfermedad mental grave y crónica que afecta la forma en la que la persona percibe, piensa, siente emociones y se comporta. Los síntomas deben estar activos por al menos un mes. Puede conseguirse una estabilidad a través de un tratamiento integral que recoja terapia psicológica, medicación y apoyo social. Este tratamiento no será igual para todas las personas debido a la complejidad que tiene este trastorno y a la manera tan diferente en la que afecta a cada una de las personas.

2.2. Subtipos de esquizofrenia y sintomatología

2.2.1. Tipos de esquizofrenia

La complejidad y la gran diversidad del trastorno provoca que siempre haya existido cierta complejidad para establecer un consenso sobre los diferentes tipos de esquizofrenia que existen. Por ello, actualmente, tanto el CIE-11 como el DSM-V optan por no establecer subtipos y limitarse a recoger los síntomas más característicos de la enfermedad, centrándose en la durabilidad de estos y en la combinación de estos con otros secundarios.

Sin embargo, en este apartado se recogerán los cinco subtipos recogidos en los anteriores DSM-IV y CIE-10, que establecen cinco subtipos “definidos por la sintomatología predominante en el momento de la evaluación” (Pichot, Aliño & Miyar, 1995). A continuación, se explicarán brevemente esos cinco subtipos a partir del DSM-IV de los autores Pichot, Aliño y Miyar (1995):

- **Tipo paranoide.** Se caracteriza principalmente por la presencia de ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes y la ausencia de lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o desorganizado y afectividad aplanada o inapropiada (p. 293). Las ideas delirantes tienden a estar organizadas en torno a un tema coherente.
- **Tipo desorganizado.** Dentro de sus características principales predominan el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. Además, no se cumplen los criterios para el tipo catatónico de esquizofrenia. En el caso de existir ideas delirantes y alucinaciones, estas son fragmentadas y carecen de una organización en torno a un tema coherente (p. 293 y 294).
- **Tipo catatónico.** Para diagnosticar este tipo de esquizofrenia es necesario contar con al menos dos de los siguientes síntomas: inmovilidad motora manifestada por catalepsia o estupor, actividad

motora excesiva, negativismo extremo o mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario y ecolalia o ecopraxia (p. 295).

- **Tipo indiferenciado.** Se reserva su diagnóstico para aquellos casos en los que no se cumplen los criterios de los tres tipos recogidos anteriormente.
- **Tipo residual.** Se caracteriza por la ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. Sin embargo, existen manifestaciones continuas de la alteración. Dicho de otra manera, hay una ausencia de los síntomas que caracterizan a los tipos mencionados anteriormente o su aparición es leve (p. 296).

2.2.2. Sintomatología: síntomas positivos y negativos

Como ya se ha dicho anteriormente, la esquizofrenia es un trastorno mental grave de gran complejidad que cuenta con una amplia y variada sintomatología. Las personas que padecen dicho trastorno no manifiestan los síntomas simultáneamente, incluso algunos pueden no aparecer o hacerlo solo durante un periodo corto de tiempo en la vida del paciente.

Los síntomas más comunes de la enfermedad se clasifican en síntomas positivos y síntomas negativos. Los síntomas positivos hacen referencia a aquellos aspectos que han aparecido con la enfermedad y que previamente no se tenían. A su vez, los síntomas negativos son las capacidades o características que se habían adquirido anteriormente pero que con el trastorno se han perdido.

En las páginas 87 y 88 del DSM-V se recogen los síntomas de los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Aunque sí que existe una clasificación de los síntomas negativos, los positivos carecen de categorización. Sin embargo, se puede analizar que aquellos síntomas no englobados en los negativos hacen referencia a los positivos.

Síntomas positivos

- **Delirios.** Son creencias fijas que se mantienen incluso ante evidencias que las contradicen. Se diferencian entre extravagantes, cuando son extremadamente extraños, fantásticos y fuera de lo común, y no extravagantes, cuando son más plausibles pero continúan desconectados de la realidad. Según el tema pueden ser persecutorios, referenciales, de grandeza, erotomaníacos o somáticos.
- **Alucinaciones.** Percepciones sensoriales que aparecen en ausencia de un estímulo externo. Dicho de otra manera, la persona percibe sensaciones que no están en ese momento en el entorno real. En esquizofrenia las más comunes son las alucinaciones auditivas, aunque pueden darse en cualquiera de los sentidos.
- **Pensamiento (discurso) desorganizado.** Como el propio nombre indica, ocurre cuando existe un discurso confuso, incoherente o fragmentado, dificultando que el individuo pueda transmitir sus ideas de forma clara y coherente.

- **Comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía).** Puede darse de maneras muy diferentes. afectando tanto a la actividad motora como a la expresión facial de la persona. Se caracteriza por la existencia de movimientos extraños, inusuales o desorganizados.

Síntomas negativos

- **Expresión emotiva disminuida.** Como su nombre indica, hace referencia a una reducción o falta de expresión de las emociones, normalmente manifestada en una falta de reacción emocional.
- **Abulia.** Se refiere a la carencia o disminución de motivación, iniciativa y capacidad para realizar actividades o tomar decisiones.

Pueden existir otros síntomas negativos como la alogia, anhedonia o asocialidad, pero no son tan característicos de la esquizofrenia. La alogia es la disminución del habla. La anhedonia hace referencia a la incapacidad de sentir placer al realizar actividades que anteriormente resultaban gratificantes. Y la asocialidad supone el evitar o rechazar activamente la interacción social con los demás.

Para que exista diagnóstico de esquizofrenia, deben estar presentes dos o más de los síntomas nombrados durante un tiempo considerable (1 mes o más). Además, es importante que al menos uno de estos síntomas sea delirios, alucinaciones o discurso desorganizado.

En lo que respecta al CIE-11, se clasifican en función de la modalidad mental a la que afecta, es decir, se indica que pueden existir múltiples trastornos del pensamiento, la percepción, la experiencia personal, la cognición, la volición o voluntad y el comportamiento. Dentro de cada una de estas posibles modalidades mentales se recogen a modo de ejemplos algunos de los síntomas recogidos por el DSM-V. También pueden existir posibles alteraciones motoras, es aquí donde se incluye la catatonía. La catatonía se incluye dentro de la existencia de posibles alteraciones motoras. A su vez, se diferencian los síntomas centrales, los cuales son “las ideas delirantes persistentes, las alucinaciones persistentes, los trastornos del pensamiento y las experiencias de influencia, pasividad o control” (CIE-11, 2021).

2.3. Familia en trastorno mental grave (TMG)

La familia siempre ha sido considerada como una de las unidades sociales más importantes para el desarrollo de la personalidad y, por ello, su papel en el desarrollo del trastorno mental ha sido objeto de estudio para muchos investigadores. La gran parte de las investigaciones reconocen a los familiares como elementos fundamentales en el desarrollo y el tratamiento de la enfermedad, ya sea de manera desfavorable o beneficiosa.

En este subapartado se explicarán brevemente algunos conceptos y teorías clave sobre la posición que toma la familia en el desarrollo y tratamiento de la esquizofrenia, que ha servido para estructurar la intervención familiar con trastorno mental en la actualidad. Se recogerán también las consecuencias que tiene el diagnóstico de enfermedad mental en las familias, indicando las cargas que trae, la forma en la que afrontan los familiares el diagnóstico y la implicación que tiene la familia dentro de entidad según el punto del tratamiento en el que se encuentre el usuario.

2.3.1. Bases teóricas sobre la figura de la familia en el desarrollo de la esquizofrenia

Durante la segunda mitad del siglo XX, se mostró un especial interés por la manera en la que la familia afectaba al transcurso y la evolución de la esquizofrenia. Por ello, comenzaron a desarrollarse teorías, modelos e ideas que destacan la importancia de la dinámica familiar en el trastorno mental grave. Se van a recoger una serie de conceptos para entender la evolución que ha tenido la intervención con familiares de personas con esquizofrenia son: teoría del doble vínculo, teoría de vulnerabilidad al estrés y emoción expresada.

La intervención con familiares de personas con esquizofrenia comenzó a desarrollarse a partir de la segunda mitad del siglo XX, debido a la aparición de un especial interés por la manera en la que la familia afectaba al transcurso y la evolución de la esquizofrenia. A partir de ese momento se fueron creando diferentes conceptos y teorías importantes sobre la influencia de las dinámicas familiares en la enfermedad. Esto permitió ir estableciendo las bases sobre las que se ha ido construyendo la intervención con familias. Se prestará especial atención a la teoría de doble vínculo, el modelo de vulnerabilidad al estrés y la emoción expresada.

- La teoría de doble vínculo fue desarrollada por Gregory Bateson en 1956 para explicar las causas psicológicas de la esquizofrenia. Consiste en transmitir a una persona dos o más mensajes contradictorios entre sí, generando una sensación de angustia ante la incapacidad de atender correctamente ambos. En el caso de la esquizofrenia, el autor entiende que la esquizofrenia aparece causada por “un contexto familiar en el que se producen interacciones incongruentes. (...) llevando al individuo a escapar de la realidad a través del delirio” (Torres, 2007). Pese a que esta teoría nunca se ha confirmado. Supuso un punto de inflexión en la forma en la que se trataba a las familias, ya que desde ese momento comienzan a ser tratadas desde un punto de vista sistémico.
- El modelo de vulnerabilidad al estrés pretende explicar el motivo por el que algunas personas tienen mayor riesgo de tener esquizofrenia. Para ello, entiende que esta aparece por la combinación de factores genéticos o biológicos, que establecen una vulnerabilidad inicial; y ambientales. Estos últimos van generando una vulnerabilidad acumulativa, haciendo que el entorno que rodea a la persona pueda intervenir en la aparición del trastorno (González, 2004). En este caso se percibe a la familia como una posible fuente de estrés, que puede aumentar la vulnerabilidad al estrés, o como un gran apoyo emocional que ayude a mitigar dicho estrés.
- La emoción expresada es un concepto que aparece con la finalidad de dar nombre al estilo de comunicación más común en los entornos familiares de personas con esquizofrenia. Se descubrió que el tipo de comunicación en el núcleo familiar podía afectar al número de ingresos hospitalarios y recaídas del paciente (Brown et al., 1972). Por ello, el objetivo en muchas en muchas situaciones consiste en reducir la emoción expresada a través de la intervención psicosocial con las familias, mejorando la convivencia y la comunicación y siendo especialmente beneficiosa para los pacientes. Para determinar el grado en el que se da la emoción expresada se tendrán en cuenta cinco aspectos según Vizcarro y Arévalo (1986), los dos primeros positivos y los tres últimos negativos:
 - Comentarios positivos
 - Calor

- Hostilidad
- Implicación emocional excesiva
- Comentarios críticos

En lo que respecta a España, el desarrollo de la intervención con familias comienza a desarrollarse a partir de la Ley 14/1986 se realizó una reforma del sistema sanitario que supuso el cierre de los antes mal llamados “manicomios”. Esto provocó que muchas personas con problemas de salud mental que habían vivido toda su vida en estas instituciones ahora tuvieran que volver a la sociedad y a la normalidad, donde carecían de un comportamiento que les permitiera una verdadera reinserción sin apoyo en la sociedad. Es entonces cuando las familias de estas personas tuvieron que hacerse cargo de ellas sin tener las herramientas necesarias para actuar como sus familiares necesitaban. Ante la falta de apoyos y recursos sociales para ayudar tanto a los familiares como a los usuarios, muchos de esos familiares se agruparon para dar respuesta a la gran problemática que estaban viviendo. De esta manera se crearon gran parte de las entidades del tercer sector que existen actualmente orientadas a la atención en salud mental, tanto para familiares y usuarios como para la comunidad en general.

Actualmente, la familia es considerada una pieza fundamental tanto en el desarrollo como en el tratamiento y la rehabilitación psicosocial de las personas con problemas de salud mental. En ciertas ocasiones esto puede generar en las familias unas necesidades que es importante tener en cuenta y atender a través de diferentes medios. Además, se les debe otorgar las habilidades necesarias para gestionar su situación de la mejor forma posible, por el bien del paciente y de ellos mismos. Una de las formas en las que se puede realizar esta atención y facilitar las competencias pertinentes es a través del trabajo social con grupos, el cual se explicará más adelante.

2.3.2. Consecuencias del diagnóstico en las familias: carga, afrontamiento e implicación en entidades

Tras lo mencionado anteriormente parece quedar claro que la familia adquiere el rol de cuidador de la persona con esquizofrenia, incluso cuando existe un desconocimiento previo de la enfermedad. Esta desinformación puede causar estigmas que traigan consigo actitudes negativas como rechazo o temor, dificultando la recuperación. El fomento de discriminación por parte del entorno más cercano del paciente tiende a causar un diagnóstico y tratamiento tardíos por el intento de negación de la enfermedad y rechazo a los profesionales que pueden servir de ayuda. De esta manera se demuestra lo importante que es que los familiares cuenten con información sobre el trastorno que les permita aceptar el diagnóstico, mejorando así el pronóstico para la persona. A su vez, se les deben proporcionar las herramientas y habilidades necesarias para gestionar la situación de la mejor forma posible, tanto por el bien del paciente como de la familia.

Cargas subjetivas y objetivas en familiares de personas con trastorno mental grave

Cuando una persona recibe un diagnóstico de trastorno mental grave aparecen una serie de situaciones en la familia que pueden suelen entenderse como cargas que trae consigo la enfermedad. Se habla entonces de carga subjetiva, para referirse al sufrimiento personal de la familia, y carga objetiva, haciendo referencia a aquello observable. (Marsh et al., 2015).

La carga subjetiva engloba sobre todo las reacciones emocionales y relacionadas con los sentimientos que surgen en los familiares ante el diagnóstico. Principalmente se observan sentimientos de tristeza y pérdida, pero también son comunes la vergüenza, el miedo y la irritabilidad. Los miembros de la familia pasan por un duelo ante esa sensación de pérdida. Con el paso del tiempo la enfermedad se acepta y poco a poco es normalizada, permitiendo que la vida de los familiares siga su rumbo. Sin embargo, en muchas ocasiones se encuentran en un constante desequilibrio emocional ante la posible inestabilidad de la enfermedad (Marsh et al., 2015)

Cuando se habla de carga objetiva se hace referencia a las repercusiones objetivas y observables que trae consigo la enfermedad. Una de las cargas más comunes es el aislamiento social en el que se sume la familia tras el diagnóstico, ya sea por extrema atención al paciente con esquizofrenia o por rechazo del exterior a causa de los estigmas, donde la red social se reduce hasta casi desaparecer. También se observa desorganización del hogar, es decir, la rutina establecida en el domicilio se ve alterada a causa del trastorno. Finalmente, se ve afectada la economía familiar por diferentes motivos, como puede ser la dimisión de uno de los miembros para el cuidado del familiar, el alto gasto en tratamientos y atención externa o el diagnóstico en la persona que mantenía económicamente el hogar (Gradillas, 1998).

Estilos de afrontamiento de los familiares ante diagnóstico de trastorno mental grave

Atendiendo al artículo de García Laborda & Rodríguez Rodríguez (2005) titulado *Afrontamiento familiar ante la enfermedad mental*, se observan dos actitudes ante el diagnóstico: la minimización y la hipervigilancia. La minimización se manifiesta a través de actitudes de “falta de atención, ignorancia, negación o racionalización selectiva de los hechos o del significado de la enfermedad mental y sus consecuencias” (p. 47). En el polo opuesto se sitúa la hipervigilancia, relacionada con posturas obsesivas hacia el tratamiento y la atención de la enfermedad y actitudes hipocondríacas.

Sin embargo, si seguimos con el artículo de García Laborda & Rodríguez Rodríguez (2005), en el aspecto conductual se reconocen tres formas en las que las familias hacen frente al diagnóstico de una enfermedad mental:

- Lucha activa. Se extiende desde los esfuerzos por minimizar los efectos potenciales de la enfermedad sobre la capacidad funcional, hasta la hiperactividad que suele mostrar el estrés causado por la debilidad e indefensión que aparecen al aceptar el rol del enfermo. (p. 18)
- Capitulación. Se destacan actitudes de pasividad, inactividad y dependencia de los demás. Esto puede provocar que el propio paciente genere una mayor dependencia y demanda de los servicios. De alguna manera las limitaciones que provoca la propia enfermedad son menos importantes para la persona que el hecho de que se le preste atención. (p. 19)

- Evitación. Se refiere a las reacciones relacionadas con liberarse de la obligación de aceptar la enfermedad. Mantiene relación con la minimización y la negación. Es decir, supone enfrentar la enfermedad a partir de la noche aceptación de esta. (p. 19)

Implicación de las familias en la intervención en entidades

En función de la evolución del tratamiento de una persona, se observan tres situaciones diferentes sobre la implicación de la familia en la intervención dentro de entidades del tercer sector.

El primero de los casos aparece cuando el usuario nunca ha sido diagnosticado y tratado, por lo que las familias no lo han visto con mejoría a causa del tratamiento. Esta es la situación más complicada a la hora de orientar a los familiares, puesto que se opta por intervenir con la familia fomentando el cuidado de su propia salud mental.

El segundo caso hace referencia a aquellos usuarios que han estado en tratamiento alguna vez y esto ha supuesto que sus familias vivieran una mejoría de la situación pero que en algún momento decidió dejar de tratarse. En estas situaciones aparece más frustración e impotencia en las familias. La intervención se orienta entonces hacia intentar introducir poco a poco al usuario en los recursos que existen. Es la situación en la que más posibilidades existen de poder trabajar con el usuario y la familia.

La última situación es aquella en la que la persona está en tratamiento, por lo que la intervención se realizará sobre todo con ella. En estos casos la atención hacia las familias se orienta sobre todo hacia la mejora de algún aspecto concreto o, en ocasiones, su figura desaparece ligeramente.

3. MARCO LEGAL

Es esencial contextualizar el tema abordado dentro del marco legal y normativo con la finalidad de conocer las bases legales que permiten desarrollar actuaciones dirigidas a las personas con esquizofrenia y sus familiares. La existencia de normativa garantiza derechos y deberes que deben de ser respetados a la hora de tratar con esquizofrenia y todo lo que la rodea. Es necesario destacar que la normativa que se va a desarrollar a continuación estará orientada hacia el ámbito de los problemas de salud mental en general, sin limitarse específicamente a la esquizofrenia.

En los anexos (anexo 3) se presenta una recopilación de la normativa utilizada para este apartado, tanto a nivel estatal como autonómico.

Se clasifican en dos niveles de acuerdo al ámbito territorial al que se aplican: a nivel estatal o autonómico.

3.1. Nivel Estatal

- Constitución Española de 1978

Se comenzará a hablar de la normativa a partir de la Constitución Española (CE) de 1978 para tener el marco referente al periodo de la democracia en España. Es el núcleo del ordenamiento jurídico español, por lo que toda legislación posterior a ella debe respetarla.

Dentro de su preámbulo se recoge como función “establecer la justicia, la libertad y la seguridad y promover el bien de cuantos la integran” (CE, 1978), entendiéndose con ello que se determinan todos los derechos y libertades de la ciudadanía para garantizar la seguridad y el bien de esta, basándose en un sistema justo para todos.

A lo largo del contenido de la Constitución no se hace mención explícita a la salud mental como tal. Pero en su artículo 43 se reconoce el derecho a la protección de la salud. También se determina lo siguiente dentro de ese mismo artículo: “Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios” (CE, 1978). Con esto último se entiende que será competencia de los poderes públicos desarrollar prestaciones y servicios para organizar y tutelar la salud pública, entre ellas la orientada a la salud mental.

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad

La Ley 14/1986 supone la reforma del sistema sanitario español, produciendo una serie de cambios que suponen mejores condiciones de salud para españoles y extranjeros con residencia establecida en el territorio nacional. Como se indica en el artículo 1, “la presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución”.

En el artículo 8 son recogidas las actuaciones que serán desarrolladas por las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los Órganos competentes en cada caso, y entre estas actuaciones se encuentra la promoción y mejora de la salud mental.

Dedica el Capítulo III a la salud mental, donde reconoce en el artículo 20 unos principios que permiten adecuar la actuación de las Administraciones Sanitarias. Establece un antes y un después en el tratamiento de la salud mental puesto que supone el cierre de las instituciones psiquiátricas, mal llamadas manicomios, y plantea una atención integral desde el ámbito comunitario. Se pretende reducir la necesidad de hospitalización y, en el caso de que sea necesaria, esta se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales. A su vez, pretende fomentar y desarrollar los servicios de rehabilitación y reinserción social.

Se observa como esta ley pretende reinsertar a las personas con problemas de salud mental en la comunidad, cerrando las instituciones psiquiátricas que generaban una marginación absoluta de las personas que residían en ellas.

- Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud

El Real Decreto 63/1995 reconoce la atención especializada en salud mental y la asistencia psiquiátrica como parte integral del Sistema Nacional de Salud, incluyendo el diagnóstico y seguimiento clínico, la psicofarmacoterapia y las psicoterapias individuales, de grupo o familiares.

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud

En el artículo 1 se indica que el objeto de la Ley 16/2003 es establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, garantizando la equidad, calidad y participación social en el Sistema Nacional de Salud.

Dentro de la exposición de motivos se recoge que la salud mental se incluye tanto dentro de la atención primaria como de la atención especializada. Esto se desarrolla dentro de los artículos 12 y 13, donde se especifica que la atención primaria comprenderá la atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada.

- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

El objetivo del Real Decreto 1030/2006 consiste en “establecer el contenido de la cartera de servicios comunes de las prestaciones sanitarias de salud pública, atención primaria, atención especializada”. Con ello se logran establecer unos servicios mínimos que deben ser proporcionados por todas las Comunidades Autónomas. De esta manera se garantiza una igualdad en el acceso a una correcta atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud.

- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública

La Ley 33/2011 tiene como objetivo principal “establecer los fundamentos para que la población pueda alcanzar y mantener el nivel de salud más alto posible”. En su Preámbulo, se destaca que la salud está influenciada por diversos factores, entre los cuales el entorno familiar juega un papel fundamental. En este sentido, el artículo 1 de la ley reconoce la necesidad de abordar los aspectos que más impactan en la salud, subrayando la importancia de considerar a los familiares en las acciones y servicios de salud, especialmente en el caso de personas con problemas de salud, incluyendo aquellos relacionados con la salud mental.

Además, el artículo 23 destaca la necesidad de coordinación entre los servicios asistenciales y de salud pública para brindar una atención integral a las familias. Esto resalta la importancia de una atención centrada en el entorno familiar para promover el bienestar físico, mental y social de las personas.

Por otro lado, el artículo 28 establece que se deben analizar los riesgos derivados de la exposición de las personas a su entorno y a los agentes presentes en él, con el fin de proteger su salud en todos sus aspectos.

Esta disposición refuerza la necesidad de considerar los diversos factores ambientales que pueden afectar la salud física, mental y social de las personas.

- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026

A nivel estatal se elabora la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud en el periodo 2022-2026, impulsada y promovida por el Ministerio de Sanidad. Comenzó a desarrollarse en el año 2006 en colaboración con las comunidades autónomas e integra aportaciones realizadas por personas con problemas de salud mental, sus familiares y profesionales sanitarios. De esta manera se establece el marco para las acciones orientadas a mejorar la salud mental de la población

La última actualización de la Estrategia plantea “nuevas líneas estratégicas, recoge las recomendaciones actuales en materia de salud mental, propone objetivos y el desarrollo de un sistema de evaluación consensuado con las comunidades autónomas, que permitirá medir el alcance de esta nueva estrategia”. Se indican las líneas estratégicas con sus respectivos objetivos generales, específicos y recomendaciones.

La Línea 6 sobre atención e intervención familiar se centra, como su propio nombre indica, en destacar la importancia de atender a la familia e intervenir con ella. La intervención familiar entiende a “la familia y su entorno como elemento activo en la recuperación psicosocial de la persona con problemas de salud mental”. Las familias deben contar con información, formación, cuidado y autocuidado, ya que se convierten en un potencial usuario y se les deben proporcionar las herramientas necesarias para poder atender la situación lo mejor posible. Los programas formativos de intervención familiar resultan básicos en un modelo de atención comunitaria de salud mental

3.2. Nivel autonómico

- Ley Orgánica 5/2007, de 20 de abril, de reforma de Estatuto de Autonomía de Aragón

Para comenzar a enumerar la normativa vigente en Aragón que regula la salud es necesario referirse al Estatuto de Autonomía de Aragón. Este recoge las competencias que tiene la Comunidad Autónoma de Aragón y regula su autogobierno al amparo de la Constitución Española de 1978. En su artículo 14 reafirma el artículo 43 de la Constitución, recogiendo el derecho de todas las personas de acceder a los servicios públicos de salud.

En el artículo 71 se recogen las competencias exclusivas de la Comunidad Autónoma de Aragón. En lo que a salud se refiere, el artículo 71.55ª se atribuye competencia exclusiva a la Comunidad Autónoma en materia de “sanidad y salud pública, en especial, la organización, el funcionamiento, la evaluación, la inspección y el control de centros, servicios y establecimientos sanitarios”.

- Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón (modificada por el Decreto Legislativo 2/2004, de 30 de diciembre, por el Decreto-Ley 1/2010, de 27 de abril y por la Ley 10/2011, de 24 de marzo)

La Ley 6/2002 establece en su artículo 1 el objeto de la misma: “ la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en los artículos 43 y concordantes de la Constitución”. Además, regula también la ordenación del Sistema de Salud de Aragón, integrando y articulando “actividades, servicios y prestaciones que tienen como finalidad la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad y (...) además de las acciones rehabilitadoras oportunas”.

En lo que refiere a salud mental, su artículo 30 sobre Asistencia Sanitaria indica en el apartado f que el Sistema de Salud de Aragón deberá, en la medida de lo posible, llevar a cabo la atención, promoción, protección y mejora de la salud mental. Por ello, el artículo 49 de la ley recoge la atención a la salud mental como una de las estructuras operativas en las que se ordenan los servicios sanitarios para garantizar una prestación integral y coordinada. Sin embargo, el único artículo orientado directamente a la atención de la salud mental es el 53. Este indica que “la atención a los problemas de salud mental se realizará en el ámbito de la comunidad, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio (...), así como la atención a domicilio.” A su vez, este mismo artículo pretende recoger el desarrollo de los servicios de rehabilitación y reinserción social, en coordinación con los servicios sociales y sociosanitarios como pueden ser entidades del tercer sector.

Respecto a las familias, el artículo 28 señala las funciones del Sistema de Salud de Aragón, estando entre ellas “la ejecución de las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social y familiar de las personas enfermas, facilitando la coordinación del sistema sanitario y social”.

- DECRETO 174/2010, de 21 de septiembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el reglamento de la estructura y funcionamiento de las áreas y sectores del Sistema de Salud de Aragón.

DECRETO 168/2021, de 26 de octubre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba y regula el mapa sanitario de Aragón.

La Comunidad Autónoma de Aragón tiene como competencia la gestión territorial y estructural del Sistema de Salud, y esta se desarrolla y aprueba en el Decreto 174/2010. El mapa sanitario de Aragón es aprobado por el Decreto 168/2021, de 26 de octubre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba y regula el mapa sanitario de Aragón.

El Sistema de Salud de Aragón se organiza territorialmente en áreas y sectores, en el apartado siguiente sobre la organización del sistema de salud mental se explicará esta gestión y se recogerán las líneas asistenciales.

- Ley 9/2014, de 23 de octubre, de Apoyo a las Familias de Aragón

La familia continúa siendo considerada como una unidad esencial en la que la persona cuenta con su primera atención. Es el medio en el que se establece el desarrollo social, cultural, económico y político. Con este motivo se crea la Ley 9/2014, que tiene entre sus objetivos indicados en su artículo 1 establecer el marco legal y las bases para diseñar y desarrollar una política integral de apoyo a las familias en todos los

ámbitos en los que estas desarrollan sus funciones. Además, también tiene como objeto el reconocimiento de la familia como estructura básica de la sociedad aragonesa y ámbito natural donde se desarrolla la persona.

En el artículo 19 de la ley se recogen las medidas en materia de servicios sanitarios, las cuales fomentarán las políticas de prevención y hábitos saludables desde el ámbito familiar. Para ello se busca garantizar una correcta información y formación de los cuidadores de los pacientes del entorno familiar implementando las medidas que sean necesarias.

- Cartera de Servicios de Atención a la Salud Mental del Sistema de Salud de Aragón

El Sistema de Salud de Aragón establece una Cartera de Servicios de Atención a la Salud Mental con la finalidad de realizar una atención integral desde una oferta de prestaciones. Estas pueden ser de carácter curativo y rehabilitador, orientadas al tratamiento del paciente y el apoyo a su familia, o de carácter preventivo y de promoción, enfocadas a la comunidad.

- Plan de Salud Mental del Gobierno de Aragón 2022-2025

El Gobierno de Aragón crea un Plan de Salud Mental 2022-2025 que se apoya en otros planes de salud como puede ser la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud anteriormente nombrada. Se encarga de plantear 9 líneas estratégicas con sus respectivos objetivos generales y específicos y sus actuaciones y recursos necesarios. Las líneas son las siguientes:

- Línea 1. Promoción, prevención y bienestar físico en salud mental.
- Línea 2. Atención a las personas con trastorno mental grave.
- Línea 3. Salud Mental en la infancia y la adolescencia.
- Línea 4. Adicciones.
- Línea 5. Psicogeriatría.
- Línea 6. Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida.
- Línea 7. Coordinación, colaboración y transversalidad.
- Línea 8. Formación, investigación, innovación y nuevas tecnologías.
- Línea 9. Humanización

En la página 10 del Plan se indican las características del mismo:

- “Está orientado hacia una asistencia sanitaria comunitaria, respetuosa, que acompaña a las personas en su recuperación.
- Contiene actuaciones concretas, realistas, medibles, que mejoran la asistencia e impactan positivamente en la salud de los usuarios.

- Asocia una propuesta de reorganización y aumento de recursos, con su consiguiente estimación presupuestaria” (Gobierno de Aragón, 2022).

4. TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL: INDIVIDUAL, CON GRUPOS Y COMUNITARIO

Las personas que presentan algún tipo de problema de salud mental suelen manifestar dificultades en muchas áreas que afectan a su vida diaria. De esta manera queda clara la necesidad de realizar una atención integral que permita abordar la problemática física, mental y social. Es entonces cuando se puede observar la estrecha relación que mantiene el trabajo social con el tratamiento de estas personas, sobre todo en lo que refiere a la intervención en todas aquellas áreas relacionadas con lo social.

De manera general, las tareas que ejercen los trabajadores sociales estarán delimitadas por el Centro en el que se esté realizando la labor. Sin embargo, E.M. Garcés Trullenque (2010) recoge tres funciones básicas:

- Función de atención directa. Se refiere a la interacción directa del trabajador social con individuos, familias, grupos o comunidades que precisen de sus servicios, ya sea porque se encuentren en riesgo de exclusión social o ya estén en esa posición. Esta función tiene como objetivo movilizar los recursos con los que cuenta la persona para que aprenda a superar sus problemas encontrando las soluciones de manera autónoma.
- Función preventiva, de promoción e inserción social. Como su propio nombre indica, esta función hace referencia a la necesidad de prevenir lo máximo posible el empeoramiento de la enfermedad y promover el bienestar psicosocial, tanto del usuario como de la familia. Además, se busca facilitar la inserción de las personas en la sociedad a través de “los recursos normalizados, los recursos específicos dirigidos a este colectivo y fomentar la creación de grupos de autoayuda, asociaciones de familiares y afectados, etc.” (Garcés Trullenque, 2010)
- Función de coordinación. El trabajador social debe ser el encargado de coordinar a los diferentes profesionales, recursos y servicios para poder realizar una atención integral del usuario. Esto se debe a que es considerado como el especialista en recursos y servicios sociales proporcionados en la comunidad. Participa como enlace entre disciplinas y servicios.

El trabajo social en salud mental puede realizarse desde tres ángulos según la función y el alcance que se quiera lograr: individual, de grupos y comunitario.

4.1. Trabajo social individual

Dentro del trabajo social, la atención individual supone el punto de partida esencial para cualquier tipo de intervención. Desde ese ángulo se pretende conocer la realidad de las personas y sus necesidades concretas con la finalidad de brindar un apoyo personalizado. Además, se pueden desarrollar actuaciones más adaptadas a las características de cada individuo que mejoren su bienestar y calidad de vida. Lo mismo ocurre cuando se trata del trabajo social individual en relación con las familias. En este caso, se trabaja con las familias de los usuarios, atendiendo sobre todo a sus circunstancias y dificultades.

En lo que respecta al trabajo social individual en salud mental, se trabaja situando en el centro de la intervención al individuo en sí mismo. Esto permite ver las áreas más afectadas por la enfermedad y prestar especial atención a las necesidades que estas traen consigo.

Con los familiares de personas con esquizofrenia u otro tipo de enfermedad mental, el trabajo social en este nivel se centra en asesorar, informar, educar y acompañar. A continuación se explica brevemente cada una de esas tres funciones:

- **Información y asesoramiento.** Desde el trabajo social se pretende asesorar a los familiares y proporcionarles información referente a la enfermedad. Esta abarca aspectos sanitarios como el tratamiento o los síntomas, y aspectos sociales, como servicios de apoyo y recursos comunitarios. Además, proporciona información sobre la forma en la que se puede acceder a servicios de salud mental y asesora sobre los derechos que tiene el paciente.
- **Educación individual.** Dentro de esta función se agrupa el aprendizaje de diferentes tipos de habilidades que permitan gestionar las situaciones que puedan suponer un problema. Además, se pretende dar pequeñas estrategias que permitan mejorar la convivencia y la relación entre familiares y usuario. Estas intervenciones no deben ser confundidas con la atención desde algunos de los grupos nombrados en el próximo apartado, ya que en este caso se trabaja desde un nivel individual.
- **Acompañamiento.** Es importante que las familias vean al trabajador social como una figura que les va a acompañar y a brindar apoyo tanto emocional como social a lo largo del proceso. Dentro de esta función se encuentra la escucha activa y la validación de sus sentimientos. Además, también se facilita la conexión con otros recursos de apoyo en la comunidad que les pueda ser de ayuda.

Además, dentro de la Cartera de Servicios de Atención a la Salud Mental del Sistema de Salud de Aragón se recogen las técnicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos comunes a todos los servicios de salud mental. En este caso se van a recoger aquellos referentes al trabajo social, que se pueden entender como servicios ofrecidos desde el trabajo social individual:

- “Estudio de las necesidades socio-familiares: entrevista familiar, visitas a domicilio, coordinación con otros profesionales.
- Información, asesoramiento, acompañamiento, gestión y derivación para prestaciones.
- Diagnóstico social.
- Elaboración, gestión, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Intervención elaborado: elaboración del Proyecto de Intervención Sociofamiliar; ejecución del Proyecto de Intervención a nivel individual, familiar, grupal y comunitario; evaluación de la intervención; seguimiento.
- Coordinación con Servicios Sociales y otros Sistemas de Protección Social.” (Sistema de Salud de Aragón, s.f.)

Respecto a las intervenciones llevadas a cabo con los familiares de manera individual, es necesario hablar de la terapia familiar sistémica. Desde ella se entiende que las dificultades de la esquizofrenia y otros trastornos mentales graves se ven agravados ante dinámicas familiares y patrones de comunicación problemáticos. De esta manera, si se identifican y se atienden esos patrones disfuncionales que existen en

la relación y en la comunicación en el hogar, se pueden lograr mejoras a nivel individual y familiar (Espina, 1991, p. 13-33.).

4.2. Trabajo social con grupos

Una de las formas de llevar a cabo el trabajo social en salud mental es a través de grupos. El trabajo social con grupos ha sido definido por multitud de autores a lo largo de los años, pero la definición más reconocida es la establecida por G. Konopka en 1963 que indica que “es un método de Trabajo Social que ayuda a los individuos a mejorar su funcionamiento social a través de experiencias constructivas de grupo, y a enfrentarse con sus problemas personales, de grupo y de comunidad” (G. Konopka, 1963). En 1972 modificó la palabra *individuos* por *personas*, manteniendo el resto de la definición. La autora reconoce en su definición la importancia de tener en cuenta al grupo como elemento con el que intervenir para mejorar la inserción social y el desarrollo personal de la persona.

Respecto a la tipología del trabajo social con grupos, T. Rossell Poch (1998) recoge la clasificación que establece Kisnerman (1971), atendiendo a lo establecido por G. Konopka. Para plantear la clasificación presta especial atención en la diferencia que existe entre trabajo social de grupo y trabajo social con grupos, cambiando solo una preposición se puede variar la posición en la que participa el trabajador social en el grupo. Cuando se habla de trabajo social de grupo se indica que el grupo es el objeto con el que trabaja el profesional y al que conduce para poder llevar a cabo la intervención, entendiendo que el profesional es insustituible. Sin embargo, en el trabajo social con grupos se entiende que el profesional es un participante más del grupo cuya función es hacer que los integrantes se organicen de manera autónoma e intentar que ellos mismos sean quienes dirijan el grupo, se centra más en el empoderamiento de los participantes. A partir de estas diferencias se plantean los dos tipos de grupos:

- Grupos orientados hacia el crecimiento. Diferenciando entre grupos terapéuticos, grupos de aprendizaje y grupos recreativos. Son aquellos en los que el profesional se sitúa como pieza fundamental para la intervención grupal (trabajo social *de* grupo)
- Grupos de acción social. Hace referencia a aquellos donde el profesional se encuentra junto a los participantes como uno más, el cual puede llegar a desaparecer sin impedir el funcionamiento del grupo (trabajo social *con* grupos)

En España, se propuso una clasificación basada en la de Kisnerman en las IV Jornadas Nacionales de Trabajo Social y Salud, celebradas en Bilbao en 1995. Esta se centraba en cuatro tipos y definiciones de grupos que se diferencian sobre todo en el objetivo final de cada uno. Se añade también en cada tipo de grupo un ejemplo relacionado con familiares de personas con esquizofrenia para que se entiendan de manera más clara:

- Grupos psicoeducativos/socioeducativos. Son aquellos cuyo objetivo es proporcionar a las personas una serie de capacidades y comportamientos de los que carecen por diferentes motivos. De esta manera se pretende evitar la marginación social y el deterioro causado por la enfermedad, tanto a los individuos como a los familiares.

Por ejemplo, un grupo de familiares de personas con esquizofrenia que desconocen aspectos clave del tratamiento y la evolución de la enfermedad podría participar en un programa psicoeducativo para adquirir información sobre la patología y estrategias de afrontamiento.

- Grupos socioterapéuticos. Son utilizados en aquellos casos donde la personas esté pasando por una serie de aspectos que le producen dolor y sufrimiento, o que le supone un obstáculo en el crecimiento de sus capacidades. Por ello, tienen como objetivo desarrollar las capacidades de la persona y la familia para lograr que se enfrenten tanto a ellos mismos como al entorno.

Como ejemplo observamos la creación de un espacio seguro donde las familias de personas con esquizofrenia puedan expresar sus emociones y recibir el apoyo emocional necesario para afrontar la situación.

- Grupos de Ayuda Mutua. Se caracterizan por la ausencia de la participación de profesionales. Su objetivo principal es que los miembros del grupo se brinden apoyo mutuo entre ellos ante una situación complicada que les afecta.

En el caso de familiares de personas con esquizofrenia, un grupo de ayuda mutua es aquel que se reúne periódicamente con el fin de compartir experiencias, preocupaciones y estrategias de afrontamiento relacionadas con el cuidado de sus seres queridos, todo ello de forma mucho más autónoma que en el resto de grupos.

- Grupos de Acción Social. Estos grupos están orientados a lograr objetivos sociales a nivel comunitario, buscando el beneficio más allá de los integrantes del grupo. En este caso el trabajador social participa sobre todo al inicio para proporcionar unas bases sobre las que el grupo aprenda a auto organizarse para lograr los objetivos propuestos, pero luego se caracterizan por ser prácticamente autónomos. Estos grupos son los que en ocasiones derivan en asociaciones y entidades de ayuda comunitaria.

Un ejemplo podría ser un grupo de familiares de personas con esquizofrenia que se organiza para promover la sensibilización sobre la enfermedad en la comunidad y mejorar los servicios disponibles para quienes la padecen.

En los anexos se presenta una tabla (anexo 2) que recoge la información de los diferentes tipos de grupos de una manera más visual para un mejor entendimiento.

4.3. Trabajo social comunitario

El último nivel de intervención es el referente al trabajo social comunitario. Esta disciplina se define como el “proceso que se realiza para la consecución del bienestar social de la población, con la participación directa y activa de ésta en el análisis, concienciación y resolución de los problemas que afectan a la comunidad” (Lillo y Roselló, 2023, p. 11). A lo largo de este nivel se pretende fomentar la solidaridad entre los miembros de la comunidad, mejorando su convivencia y permitiendo desarrollar capacidades en los tres niveles de intervención del trabajo social (individual, grupal y vecinal).

Las organizaciones del Tercer Sector desempeñan un papel fundamental dentro del trabajo social comunitario al impulsar el cambio social y el progreso promoviendo la participación activa de los miembros

de la comunidad en la identificación y resolución de problemas existentes en la propia comunidad. A su vez, proporcionan recursos, servicios y apoyo para las familias y los individuos que los necesiten.

En lo que respecta al trabajo social comunitario en el ámbito de la salud mental, Munilla Rebollo et al. (2012) señalan dos perspectivas de intervención en función de la situación del usuario y el objetivo de la acción. En primer lugar, la intervención comunitaria se centra en proporcionar apoyos para la integración y participación en la comunidad de las personas que padecen un trastorno mental grave y alargado en el tiempo. En segundo lugar tenemos la intervención con la población general, donde se llevan a cabo actividades preventivas y educativas con el objetivo de evitar futuros problemas de salud mental y desmitificar la exclusión y discriminación hacia quienes padecen enfermedades mentales. (p. 53)

En lo que respecta a la salud mental, las asociaciones sirven como un recurso comunitario al que recurrir siempre que se considere necesario. Muchas de estas entidades están creadas por los propios familiares de personas con enfermedad mental, que se agrupan con la finalidad de buscar una respuesta conjunta a sus necesidades y poder ayudar a la comunidad a través de sus experiencias y servicios.

En relación con lo indicado anteriormente sobre las dos perspectivas de intervención en el trabajo social comunitario, las entidades pueden proporcionar diferentes recursos, apoyo y servicios orientados a familiares y usuarios, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de quienes se ven afectados por los trastornos mentales. Sin embargo, la intervención no se queda únicamente aquí puesto que las entidades son las principales encargadas de llevar a cabo funciones educativas y preventivas enfocadas hacia la comunidad en general.

Para finalizar, según indican Sarasola Sanchez-Serrano et al. (2019) el trabajador social en el ámbito comunitario cuenta con las siguientes funciones: “facilitador de procesos en la comunidad, comunicador, organizador, observador, incitador, mediador, asesor, informador, defensor, formalizador, catalizador, animador y otras que estarán por venir” (p. 86). Cuando habla de las funciones que están por venir se refiere a todas aquellas que van a aparecer con la evolución constante que está sufriendo la sociedad en este último tiempo, los nuevos desafíos comunitarios que vendrán.

5. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD: ESPAÑA Y COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

En el apartado referente a la normativa que regula algunos aspectos referentes a la salud mental en España y Aragón se ha explicado que la Ley General de Sanidad delega una serie de competencias a nivel autonómico. Por ello, a lo largo de este punto se explicará la organización de los servicios dentro del Sistema Nacional de Salud y de la Comunidad Autónoma de Aragón. En el caso de Aragón se centrará la atención en los dispositivos intermedios o rehabilitadores orientados a la intervención en salud mental. Es importante conocer estos aspectos para entender el funcionamiento de la red de servicios dentro de España y Aragón.

5.1. Organización del Sistema Nacional de Salud

España cuenta con un Sistema Nacional de Salud descentralizado puesto que son las Comunidades Autónomas las que poseen competencias sanitarias. A nivel nacional, el Ministerio de Sanidad se encarga de

elaborar políticas de salud que sirvan como marco general, delegar las competencias en materia de salud a las Comunidades Autónomas y coordinar el sistema general de salud en todo el país. Las diecisiete Comunidades Autónomas son las encargadas de efectuar las competencias que les han sido otorgadas, gestionando así su propio sistema de salud. También se encargan por lo tanto de lo relacionado con la planificación, financiación y prestación de servicios sanitarios. De esta manera se logra detectar y atender lo máximo posible las necesidades de salud más características de la población de cada territorio.

Cada Comunidad Autónoma cuenta con dos niveles de atención en su sistema de salud: atención primaria y atención especializada. En ambos casos se cuenta con una cartera de Servicios Básica que debe ser respetada por todo el territorio. El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización define ambos tipos de atención:

- Atención primaria: “nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos”.
- Atención especializada: “garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse en dicho nivel”.

5.2. Organización en la Comunidad Autónoma de Aragón: Sistema de Salud Mental

La organización territorial del Sistema de Salud de Aragón se recoge en el Decreto 174/2010, de 21 de septiembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el reglamento de la estructura y funcionamiento de las áreas y sectores del Sistema de Salud de Aragón. En este se indica que el mapa sanitario de Aragón se organiza en 8 Áreas de Salud-Sectores y sus correspondientes Zonas Básicas de Salud, alcanzando una mayor descentralización. Esta disposición se realizará atendiendo a criterios socio-demográficos, epidemiológicos, asistenciales y de ordenación de los recursos sanitarios.

Las Áreas de Salud son la estructura fundamental del sistema sanitario, mientras que el Sector Sanitario “constituye la organización administrativa de carácter instrumental en cada Área de Salud, para la provisión de los servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma de Aragón” (Decreto 174/2010, de 21 de septiembre). La ciudad de Zaragoza se organiza, junto a pueblos de los alrededores, en tres sectores y áreas:

- Área I, Sector de Zaragoza I.
- Área II, Sector de Zaragoza II.
- Área III, Sector de Zaragoza III.

Estas áreas y servicios se dividen a su vez en zonas de salud. En el anexo 4 se recopilan las zonas de salud de cada una de las tres áreas de Zaragoza.

Cada Área de Salud, a través del Sector, organizará sus servicios en cuatro líneas asistenciales: atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria y salud mental. Centrando la atención en la línea

asistencial de atención a la salud mental, los artículos 9, 18, 19 y 20. En ellos se plantea que los pacientes de salud mental serán atendidos en los centros de atención primaria y en la red de recursos especializados. Los dispositivos para atender la salud mental se organizan en dos bloques según la finalidad de los mismos:

- Dispositivos sanitarios:
 - Centros de Salud Mental
 - Unidades de hospitalización breve.
 - Hospitales de día.
 - Unidades especiales o monográficas.
- Dispositivos intermedios o rehabilitadores:
 - Centros de rehabilitación psicosocial (Centros de día).
 - Unidades rehabilitadoras de media estancia.
 - Pisos tutelados.
 - Unidades residenciales-rehabilitadoras de larga estancia.

Para este trabajo se centrará la atención en los dispositivos intermedios o rehabilitadores.

5.2.1. Dispositivos intermedios o rehabilitadores

Uno de los objetivos de la Ley General de Sanidad respecto a la atención de la salud mental es reducir la necesidad de hospitalización fomentando y desarrollando los servicios de rehabilitación y reinserción social. Esta es precisamente la finalidad de los dispositivos intermedios o rehabilitadores del Sistema de Salud de Aragón.

Con ello, se pretenden establecer medidas alternativas a la hospitalización permanente o no necesaria, permitiendo que el paciente pueda permanecer en su entorno o volver a él lo antes posible. De esta manera, se crean espacios destinados a que el usuario reciba unas pautas para poder desenvolverse en la sociedad de manera integrada, teniendo en cuenta las áreas que precisan mayor atención en cada paciente, evitando el aislamiento de la persona.

Para explicar los dispositivos intermedios o rehabilitadores se hará uso sobre todo de la Cartera de Servicios Sanitarios de atención a la Salud Mental y a la publicación del Ministerio sobre la Organización en las comunidades autónomas de la atención a la salud mental. Concretamente, estos dispositivos son: centros de rehabilitación psicosocial (centros de día), unidades rehabilitadoras de media estancia (UME), unidades rehabilitadoras de larga estancia (ULE), pisos tutelados y equipo de apoyo social comunitario (EASC).

En anexos (anexo 5) se recoge una tabla recopilatoria de los dispositivos intermedios o rehabilitadores que se van a presentar a continuación y las prestaciones o servicios que se dan en cada uno.

- Centros de rehabilitación psicosocial (Centros de día)

Sirven como dispositivo que permite al usuario con trastorno mental grave la permanencia en el medio social y familiar cuando existe una estabilidad de los síntomas y cierta autonomía o apoyo familiar. Plantea un Plan Individualizado de Rehabilitación y Reinserción que permite atender las necesidades del paciente de manera individual y personal, permitiendo una flexibilidad con los tiempos de permanencia en el dispositivo. También se realizan apoyos a familiares. Además, permite la socialización entre las personas en un medio no institucionalizado que les ayuda a adquirir habilidades sociales para integrarse en la sociedad.

- Unidades rehabilitadoras de media estancia (UME)

Están orientadas a atender a pacientes de larga evolución que necesiten cierta contención y no tengan todavía las habilidades necesarias para desenvolverse en un dispositivo con un régimen abierto completo. En estos casos, el régimen es de internado abierto, lo que permite que los pacientes puedan salir durante el día a realizar actividades beneficiosas para su rehabilitación y regresan por la noche, esto fomenta su autonomía y su capacidad de desenvolverse en la sociedad. La estancia puede prolongarse de 6 meses a un año. De esta manera se puede realizar una intervención mucho más terapéutica y una asistencia médica integral para aquellos casos en los que las personas tengan dificultades para recuperarse.

Para acceder será necesario contar con la aprobación de una Comisión Colegiada y un informe donde el psiquiatra solicite y exponga los motivos para considerar necesario el uso del dispositivo.

- Unidades residenciales-rehabilitadoras de larga estancia (ULE)

El ingreso en estas unidades está dirigido a pacientes con trastorno mental grave que “presentan grandes dificultades de adaptación a su entorno, en concreto para pacientes que tras años de estancia en un hospital psiquiátrico resulta difícil su inserción en la comunidad” (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). En ellas se realizará un plan individualizado de rehabilitación y reinserción y un Plan Individualizado de Tratamiento (PIT). Además se llevarán a cabo diferentes actividades rehabilitadoras y de ocio, tiempo libre y convivencia.

Al igual que las Unidades rehabilitadoras de media estancia, el acceso deberá contar con la aprobación de una Comisión Colegiada y un informe donde el psiquiatra solicite y exponga los motivos para considerar necesario el uso del dispositivo.

- Pisos tutelados.

Los pisos son considerados como uno de los mejores dispositivos para integrar a las personas que carecen de entorno familiar o este es poco adecuado. Están orientados a aquellas personas que cuentan con autonomía personal y ciertas habilidades sociales que les permiten desenvolverse en un entorno grupal con el resto de personas que vivan en el domicilio. El número de personas por piso debe ser de 3 o 4, nunca

superando los 6 convivientes. Se caracterizan por contar con supervisión externa del equipo de salud mental en gran parte de las actividades del día y permite continuar con programas orientados a la integración en la sociedad. Resulta un dispositivo especialmente útil y necesario tras el alta en unidades rehabilitadoras de media estancia.

- Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC)

El Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC) es otro dispositivo de gran importancia para aquellos pacientes que presentan dificultades para vincularse con otros recursos clínicos y rehabilitadores. Tiene como objetivo principal vincular al paciente con los recursos sanitarios y rehabilitadores que precise mediante el trabajo en domicilio, con la familia y el entorno a través de un equipo interdisciplinar (Gobierno de Aragón, 2017). El dispositivo se basa en realizar atención social domiciliaria y apoyo comunitario en el domicilio del paciente para que la persona recupere o potencie sus capacidades personales, relacionales y sociales necesarias para fomentar la autonomía y la integración social comunitaria.

Los dispositivos intermedios o rehabilitadores serán ofertados por entidades del tercer sector dentro de cada uno de los sectores sanitarios en los que se organiza el sistema de Salud de Aragón. En el caso de este trabajo, se centrará la atención especialmente en las entidades que ofrecen los dispositivos de Centro de Día, Pisos Tutelados y Equipo de Apoyo Social Comunitario en los tres sectores que dividen la ciudad de Zaragoza.

6. DESCRIPCIÓN DE LAS ENTIDADES

Dentro de este apartado se presentarán las principales atenciones llevadas a cabo por cada una de las entidades con las que se ha contactado para la realización de este trabajo. Muchas de ellas, se encargan de atender a un amplio abanico de perfiles, sin embargo en el aparatos se profundizará especialmente en aquellos servicios ofrecidos a personas con enfermedad mental y sus familiares.

Toda la información recogida en este apartado ha sido obtenida a través de las páginas webs y las entrevistas realizadas con cada una de las entidades.

6.1. Fundación Rey Ardid

La Fundación Rey Ardid es una de las entidades sin ánimo de lucro que más servicios ofrece en Zaragoza. De hecho, cuenta con todas las plazas de las prestaciones de salud mental concertadas por el SALUD en el Sector Sanitario I de Zaragoza, incluidos los dispositivos intermedios o rehabilitadores. Esto la posiciona como una de las organizaciones más importantes de la ciudad, por ello es necesario conocer los servicios que puede ofrecer a la población. Tiene como misión “desarrollar actividades dirigidas a la atención, cuidado e integración de personas vulnerables” (Memoria responsabilidad social, 2022, p. 9). En lo que respecta al perfil de población atendida, se observa que trabaja a partir de cinco líneas estratégicas:

mayores, formación y empleo, soporte, empresas sociales y salud mental. Con ello, puede proporcionar una atención integral dentro de la propia entidad.

Para este trabajo se centrará la atención en los servicios que proporciona la fundación dentro del área de salud mental. Intervienen prestando una atención individualizada y comunitaria que pretende conseguir la recuperación y el empoderamiento de la comunidad, las personas con problemas de salud mental y sus familiares. La entidad es consciente de la gran amplitud de perfiles que existen, por lo que realizan un Plan Personalizado de Recuperación con el que se pretende atender las necesidades individuales de cada uno de los usuarios. Este plan estará consensuado con el equipo rehabilitador, su Unidad de Salud Mental de referencia y con la familia (Fundación Rey Ardid, s.f.). Esto último demuestra que la familia siempre tendrá un papel importante en el tratamiento de los usuarios.

La atención a salud mental se realiza en función de seis áreas en función de las dificultades y necesidades que tenga el usuario. Cada una de las áreas cuentan con una serie de programas:

Tabla 1. Áreas y programas proporcionados por Fundación Rey Ardid

Área psicoclínica	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de intervención psicoterapéutica individual y grupal. - Programa psicoeducativo para usuarios y familiares - Programa de rehabilitación cognitiva - Programa de prevención de recaídas en adicciones a personas de los dispositivos. - Programa de apoyo e intervención familiar
Área rehabilitadora	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de promoción de la autonomía personal y social - Programa de continuidad de cuidados y de promoción de la salud
Área de intervención comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de acompañamiento terapéutico, atención domiciliaria y apoyo comunitario.
Área de alternativas residenciales	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de pisos (16 plazas)
Área de inserción laboral	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de orientación, rehabilitación y acompañamiento en itinerarios formativos, ocupacionales y laborales
Área de inclusión social	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de ocio y tiempo libre - Programa de inclusión a través del arte - Programa de participación de usuarios y familias - Programa de ayuda mutua de usuarios y familias - Programa de sensibilización y lucha contra el estigma - Programa de voluntariado

Fuente: Página Web de la Fundación Rey Ardid (s.f.). Salud Mental.

En lo que respecta a las familias, las dos áreas que trabajan de forma directa con ellas son la psicoclínica y la de inclusión social. En la primera, se ofrece psicoeducación para usuarios y familias y apoyo e

intervención familiar. En la segunda, los programas se orientan a la participación y al programa de ayuda mutua de usuarios y familias. De esta manera, se observa que los servicios para familiares en Rey Ardid atienden realmente a varios aspectos que pueden suponer un desafío para los familiares, desde el desconocimiento y la falta de apoyos hasta la necesidad de conocer gente con problemáticas similares y la motivación para participar en la sociedad.

6.2. Asociación Aragonesa Pro Salud Mental (ASAPME Aragón)

La Asociación Aragonesa Pro Salud Mental (ASAPME Aragón desde ahora) es una entidad de iniciativa social, sin ánimo de lucro y de funcionamiento democrático para garantizar la participación de todos los socios y usuarios. Fue creada tras la aprobación de la Ley General de Sanidad en los años 80, que conlleva una reforma psiquiátrica que supuso el cierre de los antiguos llamados manicomios. De esta forma se crean multitud de entidades, debido a la vulnerabilidad en la que se quedan muchos familiares, quienes deciden juntarse para crear entidades que puedan atender algunas de sus necesidades y ayudar a los demás en su misma situación.

Las personas que padezcan algún tipo de problema de salud mental, los familiares de estos y las personas interesadas en salud mental pueden ser socios y posibles usuarios de la entidad. Además, también se engloban dentro de estos perfiles de posibles beneficiarios las empresas privadas y los profesionales que estén interesados en aumentar sus conocimientos sobre la enfermedad mental y su tratamiento en la sociedad.

La entidad es la encargada de ofrecer el dispositivo intermedio o rehabilitador de Centro de Día dentro del Sector Sanitario II de Zaragoza. Tiene como misión “conseguir la integración en la sociedad de las personas con enfermedad mental a través de un abordaje integral que implique, tanto a la persona afectada, como a su entorno familiar” (Asociación Aragonesa Pro Salud Mental, 2022, p. 13). Para ello, se compromete a ofrecer una respuesta sanitaria y social a las personas con enfermedad mental, atendiendo también a sus familias, y a servir de cauce de sensibilización a la sociedad.

ASAPME Aragón cuenta con multitud de servicios que atienden diferentes áreas en el tratamiento de los usuarios con trastorno mental grave. Esto se van a presentar en la siguiente tabla, donde se explicará cada uno de ellos de manera breve:

Tabla 2. Servicios ofertados por ASAPME Aragón

Ocio y Cultura	Recoge actividades más dinámicas y lúdicas que permitan cubrir el tiempo libre de los usuarios, pueden ser ocio, deportes, salidas culturales y un amplio listado.
Rehabilitación en Salud Mental	2 grandes servicios que ofrecen desde atención psiquiátrica, psicológica y social, a entrenamiento en habilidades sociales y laborales: <ul style="list-style-type: none"> - Centro de Día - Centro de Inserción Laboral (CIL)

Apoyo Comunitario	Proyecto en el que se realizan intervenciones en el domicilio y en el entorno habitual de personas incapacitadas judicialmente tuteladas por el Estado.
Inserción Laboral	Se realiza orientación y apoyo en la integración sociolaboral de las personas que padecen una enfermedad mental y pretenden insertarse en el mercado laboral. Se llevan a cabo talleres y actividades relacionadas con la búsqueda de empleo
Atención Psicosocial	Engloba dos servicios clave de la entidad: <ul style="list-style-type: none"> - Centro de Atención Social: se ofrecen servicios de información y asesoría, de asesoría jurídica, de asesoría y terapia psicológica y un programa de psicoeducación familiar. - Servicio de Psicología y Psiquiatría para usuarios y familiares.
Formación en Salud y Bienestar	Es un servicio orientado sobre todo a la sensibilización social a través del conocimiento. Busca impartir unos conocimientos a la sociedad para eliminar estigmas y, con ello, situaciones de exclusión social por las que tienen que pasar las personas con problemas de salud mental. También se recoge una oferta formativa sobre salud mental para perfiles profesionales y no profesionales.
Atención a Colectivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Atención Infanto-juvenil - Atención en instituciones Penitenciarias - Atención a Víctimas de Delitos desarrollado en las Oficinas de Asistencia a las Víctimas del Gobierno de Aragón
Taller Ocupacional	Pretende replicar la actividad laboral para lograr varios objetivos en función de la persona que participa, desde establecer una rutina con horarios hasta utilizarlo como paso previo a la salida al mundo laboral para coger experiencia. También puede ser aprovechado como actividad terapéutica.
Proyecto Zaragoza + Humana	Proyecto financiado por el Ayuntamiento de Zaragoza al que puede acceder toda la población. Se ofrecen actividades mensuales que tienen como objetivo la sensibilización social de la salud mental: paseos saludables, salidas culturales y asesorías psicológicas y psiquiátricas gratuitas.
Proyecto Cerca de ti	Proyecto financiado por el Gobierno de Aragón que busca acercar a tres comarcas de Aragón (Comarcas de Campo de Belchite, Campo de Borja y del Bajo Martín) algunos de los servicios ofrecidos por la entidad. En él se ofrecen los siguientes servicios: agrupa2 (escuela de familias, café tertulia, habilidades sociales, formación en competencias digitales), conciencia2 (actividades divulgativas y formativas y sensibilización) y comunitaria-mente (agenda cultural de ocio y actividades en recursos

	comunitarios).
--	----------------

Fuente: Elaboración propia a través de ASAPME Aragón (2022) Memoria de Sostenibilidad

Pese a ser una entidad formada en un inicio por familiares, se observa que las actividades para esta parte de la población son relativamente escasas. El servicio más centrado en los familiares es el programa de psicoeducación para familiares que se ofrece los miércoles, de forma presencial o telemática. En él participan diferentes perfiles profesionales que proporcionan conocimientos en materias muy amplias sobre el tratamiento, los síntomas, el papel del cuidador, la gestión de . Por otro lado, se ofrece servicio de psicología y psiquiatría de manera privada para todos aquellos familiares que buscan mejorar en algunos aspectos de su vida, prevenir futuros problemas relacionados con la salud mental o recibir un correcto tratamiento si ya se tienen dichos problemas. A esto se le suman los dos proyectos (Zaragoza + Humana y Cerca de ti), que pueden resultar más beneficiosos para algunos de los familiares debido a su fácil acceso sin compromisos y con muchos servicios orientados hacia ellos. Finalmente, el servicio más usado por los familiares es la asesoría jurídica, donde una profesional se encarga de resolver las posibles dudas legales que tengan las personas y asesorar en la medida de la posible.

6.3. 2.a via Acompañamiento Terapéutico

Como la gran parte de las entidades entrevistadas, la asociación 2.a via Acompañamiento Terapéutico es una cooperativa de iniciativa social sin ánimo de lucro que tiene como objetivo “trabajar en la atención, detección, asesoramiento, tratamiento, acompañamiento terapéutico e inserción social de personas con problemáticas psicológicas y sociales” (2.a via Acompañamiento Terapéutico, 2022, p. 2) Respecto a su misión, 2.a via pretende “realizar un trabajo especializado en salud mental en el propio entorno de las personas, mediante equipos interdisciplinarios en los que se proporciona atención individualizada y se trabaja por la inclusión de usuarios y usuarias” (2.a via Acompañamiento Terapéutico, 2022, p. 2).

La entidad es la encargada de ofrecer los dispositivos intermedios o rehabilitadores de los pisos supervisados y el EASC dentro del Sector Sanitario III de Zaragoza. De esta manera, otro de sus principales objetivos es mantener a las personas dentro de su entorno social y local a través de atenciones en el domicilio o en pisos supervisados, buscando su mayor autonomía posible.

Tabla 3. Dispositivos proporcionados por la entidad 2.a via

<p>Programa de Pisos Supervisados/Protegidos</p>	<p>La entidad cuenta con un total de 25 plazas divididas en 9 pisos distribuidos casi por toda Zaragoza.</p> <p>Son hogares funcionales y convencionales en los que conviven personas autosuficientes, en un régimen parcialmente autogestionado. Poseen una organización interna de tareas comunes, flexible, y una asistencia integral, sin olvidar que la finalidad es potenciar la autonomía individual.</p> <p>Los profesionales acuden normalmente dos veces por semana,</p>
---	--

	pudiendo modificar la frecuencia según las necesidades y el piso.
Equipo de Apoyo Sociocomunitario	Es un servicio proporcionado por un equipo multidisciplinar cuyas funciones básicas, son ofrecer atención social domiciliaria y apoyo comunitario que permita a personas con dificultades de funcionamiento mantenerse en su propio domicilio o en el entorno familiar, y, ofrecer apoyo para mejorar la y vinculación con la red de recursos de salud mental, de servicios sociales y de apoyo en su propio entorno a fin de mejorar su situación y calidad de vida, así como ofrecer apoyo a sus familias.
Acompañamiento Terapéutico	Pretende proporcionar apoyo y sostén para personas con trastorno mental. Es un recurso psicosocial del ámbito de la salud mental, en el cual se trabaja a través del vínculo que se establece entre el acompañante terapéutico y la persona acompañada. El objetivo de esta técnica clínica es restablecer los lazos con el ámbito social, para poder buscar recursos para relacionarse con los demás y consigo mismo.

Fuente: 2. a via Acompañamiento Terapéutico (2022) Memoria (p. 4)

A estos servicios principales se les suma las siguientes atenciones:

- Proyecto de acompañamiento terapéutico en prisión. Se centra en ofrecer tratamiento y atención a aquellas personas que se encuentran en prisión y que padecen algún tipo de problema de salud mental grave. Además, también pretende apoyar y acompañar a estas personas en su reintegración en la sociedad.
- Cursos sobre salud mental comunitaria y acompañamiento terapéutico. Consisten en diferentes formaciones orientadas a acercar la experiencia de la entidad a la población con el fin de sensibilizar a la comunidad.
- Talleres. Destinados a que los usuarios puedan tener actividades de ocio y tiempo libre. Algunos ejemplos son el taller de cocina, manualidades, paseos por la ciudad, salidas culturales, deporte y grupos de socialización. Esto permite que los usuarios puedan trabajar sus habilidades sociales y ampliar poco a poco su red relacional.

En lo que respecta a los familiares, la entidad oferta un programa dedicado a la intervención familiar. Este está “destinado a la atención de los familiares de las personas con trastorno mental grave, familias con problemas de convivencia y madres y padres con dificultades en el ejercicio de sus funciones parentales” (2.a via Acompañamiento Terapéutico, 2022, p. 5). El programa cuenta con la presencia de un mediador y facilitador en la resolución de conflictos que pretende impulsar y orientar la comunicación con la finalidad de reducir el sufrimiento y el malestar dentro de la familia. También se pretende dotar de las herramientas necesarias para gestionar los conflictos que surgen dentro del entorno familiar.

Asimismo, los pisos supervisados, el EASC y el acompañamiento terapéutico permiten mejorar la calidad de vida de la propia familia al proporcionar un entorno seguro y estructurado para los usuarios, reduciendo la carga de cuidado que puedan tener los familiares. Además, la atención integral realizada por los

profesionales a los usuarios en su entorno más cercano genera un sentimiento de tranquilidad en las familias.

6.4. Punto de Apoyo y Rehabilitación Psicosocial Comunitaria

La entidad de Punto de Apoyo y Rehabilitación Psicosocial Comunitaria (desde ahora Punto de Apoyo), es una Cooperativa de iniciativa social. Cuenta con un equipo interdisciplinar formado por dos psicólogas, una trabajadora social y una integradora social. Esto permite atender las necesidades de las personas desde diferentes áreas profesionales. Tiene como objeto social la prestación de apoyo, asesoramiento, atención y seguimiento de personas con discapacidad y enfermedad mental grave, siendo esta la población a la que destinan sus servicios. Sus objetivos principales son: control y manejo de sintomatología presente y recuperación de capacidades y habilidades de la persona que permitan la mejora de su funcionamiento psicosocial. Además, también tiene como finalidad realizar apoyo al mantenimiento e integración de la comunidad y apoyo familiar.

La entidad es la encargada de ofrecer el dispositivo intermedio o rehabilitador del EASC dentro del Sector Sanitario II de Zaragoza, siendo este el principal servicio que proporciona la entidad. Este dispositivo está orientado a mayores de 18 años con enfermedad mental grave e importantes necesidades en el soporte social y familiar. También deben precisar atención periódica en su domicilio y estar en una situación de grave aislamiento y gran deterioro en su funcionamiento psicosocial (Punto de Apoyo y Rehabilitación Psicosocial Comunitaria, s.f.). El dispositivo está formado por un conjunto de prestaciones, centradas en la atención psicosocial de la persona, que prestan apoyo y ayuda al usuario con enfermedad mental grave dentro de su propio entorno. De esta manera, se busca que la persona sea lo más independiente y autónoma posible y que se reintegre en la sociedad. El servicio está orientado sobre todo a personas que no tengan una adherencia a ningún otro tipo de dispositivo intermedio o rehabilitador, puesto que otro de los fines es lograr esa adhesión a la red asistencial. Con esta atención se abarcan prácticamente todas las áreas en las que pueda existir algún tipo de dificultad para la persona y para su vida, desde aspectos como la adherencia al tratamiento y la conciencia de enfermedad hasta puntos como aislamiento social y acercamiento a recursos comunitarios.

En este caso, la intervención que se hace con familiares directamente es de apoyo y escucha. Esto se debe a que los servicios que ofrece la entidad están enfocados principalmente a la atención de personas con trastorno mental grave, entonces se necesita que la persona esté totalmente de acuerdo con permitir la participación de familiares. Si esto último se cumple, se puede realizar apoyo familiar, fortalecimiento en su labor terapéutica y capacitación en solución de problemas. De hecho, en muchos casos esa intervención con familias y usuario es casi inevitable, ya que a veces viven en el mismo domicilio.

6.5. Asociación Paso a Paso Aragón

Paso a Paso Aragón es la entidad más joven con la que se ha contactado. Fue formada en 2018 por familiares de personas con problemas de salud mental que acudían a algunos de los servicios de Rey Ardid y, de esta manera, se fueron agrupando hasta construir su propia asociación sin ánimo de lucro con la intención de ser escuchados. La entidad está formada por personas diagnosticadas, familiares, profesionales

y todo aquél que esté interesado en defender los derechos humanos de las personas con diversidad funcional (Asociación Paso a Paso Aragón, 1 octubre 2019). A diferencia del resto de las entidades entrevistadas, Paso a Paso no está vinculada directamente al Sistema de Salud de Aragón, es decir, no cuenta con plazas concertadas con él.

Paso a Paso tiene como objetivo principal dejar atrás el estigma que se asocia a la salud mental. Para ello, se promueve la sensibilización sobre esta en la comunidad y se busca la integración de las personas con enfermedad mental en la sociedad. Además, la asociación pretende ofrecer apoyo y acompañamiento a otros familiares y usuarios, compartir experiencias, mejorar la calidad de vida y visibilizar la muerte por suicidio (Asociación Paso a Paso Aragón, 15 agosto de 2020)

En lo que respecta a actividades, la entidad cuenta con varios Grupos de Ayuda Mutua (GAM) tanto para familiares como usuarios con problemas de salud mental. Además, en 2020 se creó un GAM orientado a personas que se encuentran pasando un duelo por la muerte por suicidio de un ser querido. (Asociación Paso a Paso Aragón, 5 diciembre de 2020). También se realizan otras actividades como talleres de Mindfulness y de literatura, comidas para socializar, salidas culturales y charlas informativas en universidades, centros cívicos y hospitales.

A esto se le suma su acción anual más grande desde su inicio en 2022: "MAYEMBER", donde celebran mayo como el Mes del Orgullo Loco. Durante todo el mes se organizan numerosas actividades que tienen como objetivo hablar y concienciar sobre la salud mental en la comunidad, buscando así la eliminación de estigmas y discriminación en la sociedad. Algunas de estas actividades consisten en charlas formativas impartidas por profesionales en el tema, talleres de salud mental, y actividades artísticas como proyección de cortos, teatro o exposiciones.

7. RESULTADOS ENTREVISTAS

Las entrevistas realizadas con las entidades y familiares permitieron obtener gran cantidad de información referente a los servicios y la organización relacionados con la salud mental en Zaragoza. A lo largo de este apartado se recogerán esas opiniones para agruparlas en función del tema concreto en el que se centren. Con ello se podrá obtener una visión integral que contemple tanto la perspectiva de los familiares como la de las entidades involucradas en el cuidado y apoyo de las personas con problemas de salud mental en Zaragoza. Esto permitirá conocer su situación y las problemáticas que existen.

Los temas en los que se agrupan los resultados son los siguientes: terapias de grupo, sobre protección del usuario, salud mental en menores, salud mental como desafío universal, listas de espera y dificultad de determinadas personas para acceder a los servicios.

Todo aquello que se encuentre entrecomillado hace referencia a citas textuales de las entrevistas realizadas para la elaboración de este trabajo. Para no comprometer a ninguno de los entrevistados, no se proporcionará el nombre de la persona ni de la entidad que habla, se hablará de manera general de entidades y familiares.

- Terapias de grupo más frecuentes: GAM y psicoeducación

Como se ha mencionado en apartados anteriores, se recogen cuatro tipos de grupos en trabajo social con grupos: psicoeducativos, socioterapéuticos, de ayuda mutua y de acción social. Tras realizar la investigación, se ha observado que las entidades ofrecen sobre todo grupos de psicoeducación y de ayuda mutua. Sin embargo, muchas veces estos se van entremezclando y pasando por toda la tipología de grupos que se indica. Según los propios familiares, estos grupos les han permitido gestionar su situación a partir del conocimiento y la comprensión.

En el caso de la psicoeducación, los familiares afirman que han podido “conocer aspectos clave de las enfermedades” que padecen sus familiares y han obtenido “herramientas para tratar más o menos con los problemas de lo mental”, permitiéndoles comprender mejor las necesidades y desafíos que tienen ellos y sus familiares. También destacan la forma en la que han aprendido a comunicarse y a mejorar la dinámica familiar, diciendo que han podido “construir un hogar mucho más entendible tanto para ellos como para nosotros” Tras asistir al grupo se ha observado que los familiares se sienten más capacitados para atender correctamente a sus seres queridos, cuando al inicio las entidades indican que “cuando el diagnóstico viene de repente las familias tienen que aprender tantas cosas que a veces no saben ni por dónde empezar”. Muchos de los programas de psicoeducación cuentan con la presencia de varios profesionales permitiendo proporcionar información sobre diferentes áreas que pueden estar afectadas por los problemas de salud mental. Algunos de los profesionales que participan son psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, orientadores laborales o abogados. De esta manera, la psicoeducación les ha ofrecido a los familiares apoyo en todos los aspectos, tanto emocional como práctico, y tener una base teórica sobre cuestiones de interés en salud mental.

Respecto a los grupos de ayuda mutua (GAM), los familiares manifiestan que son los que “más me han ayudado desde que empezó todo, aquí puedo hablar hasta de lo que no tiene que ver con la familia y eso”. Estos grupos crean un espacio seguro donde los familiares pueden expresar sus preocupaciones, dificultades, miedos o situaciones si lo desean sabiendo que el resto del grupo le va a brindar apoyo. Muchas veces, parte del grupo ha compartido las mismas situaciones difíciles y esto crea un sentimiento de comprensión real que aumenta ese apoyo. Hay ocasiones en las que incluso no se habla de salud mental, pero el hecho de tener un lugar donde poder compartir experiencias y problemas más allá de las familias sirve como terapia para los miembros. Se crea una cohesión y un vínculo que en ocasiones puede derivar en la formación de redes de apoyo y amistades, incluso los familiares afirman que salen “a tomar café o a ver un museo”. Pese a no ser muchas las entidades que tienen un GAM como parte de los servicios ofrecidos, el número va aumentando considerablemente. Algunas de las entidades que carecen del servicio indican que “cada vez son más las personas que preguntan por él”.

En conclusión, los grupos de psicoeducación están más orientados a proporcionar conocimiento y herramientas para mejorar el entorno y la dinámica familiar. Mientras, los GAM sirven como zona donde los familiares pueden compartir sus situaciones y brindarse apoyo entre ellos, incluso cuando no se habla de salud mental. Muchas veces el tipo de grupo va variando y teniendo diferentes objetivos, por ejemplo Paso a Paso es un GAM que en ocasiones actúa como grupo de acción social al intervenir en la comunidad. Esto hace que, según los familiares y algunas entidades, estos sean los tipos de grupos que más se utilizan.

- Breve margen entre ofrecer apoyo al usuario y sobreprotegerlo

La atención a las personas con problemas de salud mental ha evolucionado a lo largo de los años. Como indican las entidades, inicialmente las intervenciones “se centraban en infantilizar al usuario a partir de la sobreprotección”, como si no fueran capaces de tomar decisiones por sí mismos o realizar tareas de manera autónoma, incrementando así su dependencia. Sin embargo, en la actualidad, la intervención está más orientada a ofrecer apoyos, herramientas y recursos que permitan al usuario desarrollar sus capacidades y realizar tareas de manera más independiente. Es importante destacar lo que las propias entidades afirman, que “la línea que divide estos dos enfoques es especialmente fina” y se puede cruzar sin ser realmente consciente de ello.

La gran parte de las entidades entrevistadas reconocen que, “en muchas ocasiones es inevitable volver a ese trato infantil, ya que es mucho más sencillo hacer algo por una persona que enseñarle a hacerlo”. No obstante, son conscientes de que este trato provoca pérdida de autonomía, desprotección y dependencia en la persona, por lo que tratan de evitarlo. Para ello, los profesionales se forman continuamente y las entidades utilizan el modelo de atención centrado en la persona, el cual pone en el centro de la intervención al usuario, a sus opiniones, deseos y preferencias.

Las entidades también coinciden en que “los familiares son los que más suelen infantilizar a los usuarios, haciéndolos cada vez más dependientes”. Estas actitudes de sobreprotección suelen estar relacionadas con lo que las entidades entienden como “una desconfianza hacia ellas y el trato que estas puedan proporcionar a los pacientes”. Esta desconfianza puede llevar a las familias a disminuir de forma progresiva la autonomía de sus seres queridos de manera inconsciente al creer que así los protegen más y mejor. Con el tiempo, se afirma que “las familias confían más en los dispositivos de atención”, por lo que dichos comportamientos han disminuido considerablemente hasta convertirse en casos puntuales. Poco a poco se está consiguiendo un desarrollo gracias a la educación de los familiares en la forma correcta de atender a sus familiares.

En definitiva, aunque la atención a las personas con problemas de salud mental continúa necesitando que tanto profesionales como familiares eviten totalmente la infantilización y la sobreprotección, se podría decir que los casos en los que se producen estos comportamientos son mínimos. Para conseguir eliminar estos comportamientos, las familias han aumentado su confianza en la red de servicios y realizan grupos de psicoeducación que les permita saber apoyar a sus seres queridos sin caer en la sobreprotección. Mientras, los profesionales se forman en la importancia de impulsar la autonomía y empoderar a los usuarios a través de las capacidades individuales y los enfoques centrados en la persona. Al continuar fomentando la autonomía personal y el empoderamiento de los usuarios se conseguiría mejorar su calidad de vida y su bienestar.

- La salud mental es un desafío universal

Las entidades afirman que “la atención a las personas con problemas de salud mental no entiende de situación económica, género o edad, se ayuda a todos”. De hecho explican que atienden a personas con perfiles muy diferentes entre sí, indicando que “cualquier persona puede tener problemas de salud mental, independientemente de su situación”. Por ello, tanto entidades como familiares han estado de acuerdo en que la “concienciación y sensibilización en materia de salud mental deberían ser promovidos por y para toda la población”.

Según las familias, “hasta el más rico sufre a veces por un familiar con problemas de salud mental”. De esta manera se puede destacar que la mayoría de los desafíos que traen consigo los problemas de salud mental son comunes, sobre todo los relacionados con la necesidad de apoyo emocional y cuidado. Ser consciente de la universalidad que existe en materia de salud mental permite comprender la magnitud de la situación. La realidad entonces es que, como dicen las familias, “es función de toda la comunidad luchar” por trabajar en el establecimiento de medidas y estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento.

Sin embargo, pese a que las enfermedades mentales tienen desafíos de carácter universal, las entidades afirman que “el tratamiento de estas depende mucho de factores como la ubicación geográfica”. Esto quiere decir que el acceso a los dispositivos de ayuda no es el mismo para todos y que dependen del lugar en el que se viva. En el caso de Zaragoza, no todas las zonas cuentan con los mismos servicios, como podría ser el caso de los Hospitales de Día. Esto supone que, como algunos profesionales afirman, la recuperación y estabilización de los pacientes “depende del código postal en el que han nacido”.

En resumidas cuentas, la salud mental es un desafío universal que afecta a individuos y comunidades en todo el mundo sin importar sus características. Sin embargo, la intervención que se realiza con las personas que tienen problemas de salud mental no tiene ese carácter universal, ya que no todas las personas tienen acceso a los mismos recursos. Esto provoca una grave desigualdad al afectar a la calidad de vida y al bienestar de los pacientes.

- Listas de espera eternas y largos tiempos de espera

Las listas de espera interminables son uno de los grandes problemas que dificultan en muchos casos el tratamiento y seguimiento de los pacientes de salud mental. Este problema se puede observar tanto en el acceso a los dispositivos intermedios o rehabilitadores ofertados por las entidades como en la atención en psiquiatría y urgencias.

Prácticamente todas las entidades cuentan con largas listas de espera “de años” para acceder a sus servicios, sobre todo a los pisos supervisados y al equipo de acompañamiento. Esto se debe a que el número de plazas concertadas con el Servicio Aragonés de Salud es insuficiente. Se habla de situaciones en las que “las personas pueden pasar años dentro del servicio”, por lo que el movimiento en las listas de espera es bastante escaso. Con ello, pueden pasar años hasta que se accede al dispositivo que resulta realmente necesario para su situación.

La atención psiquiátrica dentro del Sistema Público de Salud “no se queda atrás en lo que respecta a las largas esperas”, de hecho supera a las entidades del tercer sector con creces. Muchos de los usuarios hablan de los largos intervalos entre sus citas psiquiátricas, a menudo teniendo que esperar “meses y meses” para ser atendidos. Esto provoca que sea considerablemente complicado realizar un seguimiento continuo de los pacientes. A veces, si la persona se encuentra siendo atendida dentro de una entidad de salud mental, los profesionales de esta se ponen en contacto con su psiquiatra de referencia para comunicar la necesidad de ofrecer una cita lo antes posible. Las entidades intentan “adelantar ligeramente alguna de las citas”. Pero esto no se queda aquí puesto que muchos usuarios y familiares exponen las ocasiones en las que “entre una cita y otra el psiquiatra ha cambiado” y no se les ha informado. En estas situaciones afirman que “resulta todavía más complicado, por no decir prácticamente imposible, establecer una conexión” terapéutica entre el paciente y el psiquiatra, siendo esto una pieza fundamental en la intervención con las personas que

padecen algún tipo de problema de salud mental. Se quejan los familiares de que esto produce una necesidad de “repetir la historia continuamente” del paciente, retrocediendo lo que se había avanzado con el anterior profesional de psiquiatría.

En urgencias la situación no se aleja mucho de lo comentado hasta ahora. Las familias expresan que en ocasiones las esperas pueden “superar las siete horas”, causando una sensación de impotencia dentro de la familia. Estas esperas se deben a la forma en la que se organiza la atención dentro del sistema de urgencias, donde se tiende a atender por orden de llegada del paciente y, como mucho, se establece un criterio de prioridad general independientemente del tipo de problema de salud con el que se cuente. Con ello puede ocurrir que no haya nadie en la consulta de psiquiatría mientras el paciente espera abajo durante horas a que le toque su turno para poder acceder a la atención, situación que denuncian muchos familiares e incluso entidades diciendo que les “ha tocado estar no sé cuantas horas esperando cuando en psiquiatría no hay nadie”. Esto es un grave problema puesto que las personas que acuden a urgencias por motivos de salud mental muchas veces lo hacen con un brote que debería ser tratado lo antes posible. A esto se le suma que, una parte considerable de las personas con algún tipo de problema de salud mental, normalmente un trastorno mental grave, tienden a querer abandonar el hospital antes de ser atendidos. Si la espera dura horas la probabilidad de que se vayan es mucho mayor. En los casos donde no existe una incapacitación judicial, los familiares que les acompañan no pueden hacer nada ni evitar su marcha. Con lo cual, la persona queda sin tratar ante posibles casos de descompensación y brotes graves. Los familiares expresan esta preocupación indicando que “no se puede permitir tener a una persona en ese estado durante horas porque lo menos que puede pasar es que se largue sin poder hacer nada”.

- Falta de programas y servicios para menores y dentro de los colegios

En los últimos años, el número de niños y adolescentes que desarrollan algún tipo de problema de salud mental ha aumentado considerablemente. Durante este periodo es de vital importancia informar y tratar correctamente todo lo relacionado con la salud mental. Sin embargo, es precisamente en esa etapa de la vida donde se observa una clara escasez de dispositivos orientados a este tema. Esto supone un problema tanto para los jóvenes que no tienen diagnosticado ningún tipo de problema de salud mental por el momento como para aquellos que ya cuentan con diagnóstico.

En los casos en los que los niños y adolescentes carecen de diagnóstico, la escasa oferta produce un claro desconocimiento en la materia que puede provocar conductas que favorezcan la aparición de trastornos mentales en un futuro. Una de las peores consecuencias de esta desinformación es el hecho de que suele traer consigo estereotipos y prejuicios que van asentándose en la conducta de la persona y derivan en una clara discriminación hacia la salud mental en general. Los familiares afirman que “los niños que no entienden que pasa pueden ser muy crueles”. Estos comportamientos discriminatorios que pueden existir cuando se es un niño van expandiéndose con el paso de los años hasta que finalmente forman parte inherente de la persona. Cuanto más mayor, más difícil es cambiar la percepción de la población e inculcar unos valores basados en el respeto hacia otros colectivos, haciendo que el ciclo de discriminación hacia la salud mental continúe existiendo en la sociedad. Por estos motivos, los familiares de personas con enfermedad mental denuncian precisamente la “escasez de programas y profesionales” de la salud mental dentro de colegios e institutos, donde el acceso a estas edades sería mucho más masivo.

Cuando ya existe un diagnóstico de salud mental se observa un problema de falta de servicios orientados a la atención de esta parte del colectivo. La ausencia de estos dispositivos especializados afecta directamente en el desarrollo y el bienestar de esta parte de la población afectada. Además, puede suponer una evolución desfavorable de la enfermedad y aumentar el deterioro en su salud mental a lo largo de la vida. Una atención a tiempo supone un beneficio a largo plazo. La carencia de estos dispositivos genera cierta desprotección también en los familiares, quienes se encargan de “hacer todo y más” a través de una atención completa de los menores, aumentando la sobrecarga en el propio cuidador. A esto se le suma el desconocimiento que tienen muchos familiares sobre cómo comunicarse y tratar con personas con problemas de salud mental, lo que aumenta el miedo a no intervenir “de la mejor manera”.

En conclusión, se puede afirmar que es de vital importancia la existencia de programas y dispositivos de atención para los menores, tengan o no diagnóstico de salud mental. La desinformación de los niños y adolescentes puede provocar discriminación que, si no se actúa a tiempo, puede acabar suponiendo a largo plazo la reproducción del ciclo de rechazo y exclusión hacia la población con problema de salud mental. A esto se le suma la ausencia de servicios de atención a los menores con diagnóstico, que imposibilita el correcto desarrollo escolar y social de esta parte de la población.

- Existe una dificultad para acceder a quienes más lo necesitan y descentralización

Existen diversas vías a través de las cuales los familiares acceden a los servicios de salud mental, desde la simple recepción de un folleto informativo hasta el seguimiento de recomendaciones de terceros. Sin embargo, este acceso no es uniforme para todas las personas. Las entidades denuncian “lo difícil que es llegar a las personas que realmente más necesitan los servicios”, evidenciando una falta de estrategias efectivas para alcanzarlas. Además, se desconoce cómo orientar adecuadamente los recursos disponibles para atender a esta parte de la población afectada.

Muchas personas con problemas de salud mental se encuentran aisladas y excluidas de la sociedad, con familiares que, según indican las entidades, “han desaparecido o en verdad nunca han estado”. Esta situación hace que tengan muchas necesidades y, a su vez, las deja desprotegidas en todas las áreas de su vida. Como indican las entidades, a esto hay que sumarle que en la mayoría de los casos, “estas personas no van a acceder a la red de servicios por sí solas” debido a la desconfianza, el miedo, la no conciencia de enfermedad o el rechazo a los servicios. Esta realidad genera un sentimiento de impotencia en las entidades, que buscan ofrecer estrategias comunitarias, conferencias, talleres y actividades similares para “facilitar la entrada poco a poco” en la red de salud mental. Sin embargo, las entidades afirman que la principal dificultad para acceder a las personas es el estigma y los prejuicios que se tienen hacia los problemas de salud mental, dicen que “el silencio por el qué dirán tiene la culpa de que muchas personas no acudan a los servicios hasta que la enfermedad está muy avanzada”.

El medio rural destaca como una de las zonas con mayor soledad y desprotección, donde el acceso y la adherencia a los servicios de salud mental son aún más difíciles debido a lo que las entidades indican que es “falta de transporte, profesionales y concienciación sobre la salud mental”. A pesar de estas dificultades, las personas que logran acceder a la red de servicios “se mantienen en ella durante gran parte de sus vidas”.

Se podría finalizar indicando entonces que, pese a existir estrategias comunitarias que intentan acceder a esa parte de la población a la que más cuesta llegar aún no son suficientes en número o eficacia para lograr su cometido. La situación es especialmente preocupante en el medio rural, donde el problema de acceso se repite con frecuencia. Sin embargo, las personas que ya han entrado a la red de servicios, independientemente de la dificultad para acceder, tienden a permanecer en ella gran parte de su vida. Como indican las entidades “Las personas que ya están en la red siempre van a ir a todo, el problema está en mover a las personas solas y más necesitadas”.

8. DISCUSIÓN SOBRE LOS RESULTADOS Y COMPARACIÓN CON EL PLAN DE SALUD MENTAL 2022-2025 DE ARAGÓN

Una vez presentados los puntos principales de las entrevistas, es necesario interpretar los resultados. Para ello se analizará la situación de la red de salud mental en Zaragoza a partir de las opiniones de familiares y entidades.

Se llevará a cabo una comparación de los resultados con el Plan de Salud Mental 2022-2025 para observar el cumplimiento de las líneas estratégicas establecidas en este. Con ello, se puede comprobar a partir de las vivencias de entidades y familiares si realmente se necesitan mejorar medidas para realizar una atención más correcta.

8.1. Discusión de los resultados a partir de la situación de Sistema de Salud Mental en Zaragoza

Los datos obtenidos a lo largo de las entrevistas deben permitir obtener una visión del estado actual en el que se encuentra la atención a la salud mental en algunos aspectos, pudiendo hacer una discusión de resultados a partir de destacar los puntos fuertes y débiles de la atención.

Algunos de los resultados presentados se recogerán tanto en puntos fuertes como en puntos débiles en función del aspecto que se destaque.

8.1.1. Puntos fuertes sobre la atención a la salud mental

Comenzando por los puntos fuertes del sistema, es necesario iniciar con la gran consideración en la que se tiene a los profesionales y a las entidades que trabajan con salud mental. Anteriormente se ha indicado que en Aragón, el Sistema de Salud Mental en Zaragoza se apoya en las entidades para ofrecer gran parte de los dispositivos intermedios o de rehabilitación. Teniendo esto en cuenta es necesario indicar que las entrevistas muestran que se tiene en gran consideración a los profesionales y a las entidades que trabajan con salud mental, por lo que se puede indicar que realmente la organización de los dispositivos mencionados es correcta y satisface a gran parte de la población. Además, la delegación de responsabilidades en las entidades permite la individualización del tratamiento de la salud mental en muchos aspectos al poder cumplir los objetivos que les imponen de una forma más cercana y centrada en cada situación.

Otro de los puntos fuertes que se destacan es la gran eficacia que tiene la intervención en las familias a partir de los grupos, tanto en los GAM como en la psicoeducación. De esta manera se logra que las familias puedan acceder a aquellos que más se ajusten a sus necesidades y expectativas. En muchas de las entidades son estos grupos los principales recursos a los que puede acceder y realmente accede la familia. Esto destaca que la educación del círculo más cercano a las personas con problemas de salud mental es realmente un punto al que se le da mucha importancia debido a la necesidad de proporcionar herramientas que permitan disminuir la emoción expresada. Esto mantiene relación con lo ya mencionado sobre el estudio de Brown et al. (1972) donde se destacó que reducir la emoción expresada permitía mejorar la comunicación en la familia y “disminuyendo los ingresos y recaídas”. De esta manera, la atención hacia familiares en Zaragoza centrada en proporcionar herramientas y crear espacios seguros para familiares realmente resulta efectivo en la reducción de la emoción expresada y, por tanto, en la evolución en muchos casos de las enfermedades de sus seres queridos.

Las entrevistas también dejaban ver otro gran punto fuerte de la atención a la salud mental en Zaragoza cuando se especificaba que el principal modelo utilizado actualmente es el centrado en la persona. Esto se produce progresivamente, comienza con la atención guiada por un “modelo manicomial” (Espino-Granado, 2005), donde se generaba un aislamiento de la población para realizar tratamientos muy pobres. Este modelo pasa a orientarse hacia la atención comunitaria a partir de la Ley 14/1986 General de Sanidad, donde la intervención se enfoca hacia la integración social a partir del uso de recursos comunitarios como entidades (art. 5). Es entonces cuando aparece este modelo centrado en la persona que guía la actuación en la actualidad y que supone uno de los grandes avances y puntos fuertes en el tratamiento de las personas con problemas de salud mental. En las entrevistas se demuestra que este modelo es el más utilizado por las entidades en Zaragoza.

En relación con los dos puntos anteriores se puede explicar el motivo de que la sobreprotección por parte de familias y entidades hacia las personas con problemas de salud mental haya disminuido de manera considerable los últimos años. La educación y el cambio de modelo han permitido que los familiares tengan los conocimientos necesarios para ser conscientes de la importancia que tiene evitar la infantilización con el fin de promover su autonomía personal. Lo mismo ocurre con las entidades que, al cambiar su modelo han podido orientar sus actuaciones hacia el fortalecimiento de las capacidades de los usuarios para desenvolverse en la sociedad.

Finalmente, para acabar con los puntos fuertes es importante destacar que la atención a la salud mental no diferencia entre la etnia, el género o la situación económica de las personas. Las propias entidades afirman esto en multitud de ocasiones a lo largo de las entrevistas, reconociendo también la existencia de perfiles muy variados dentro de sus servicios. Esto último coincide de hecho con lo indicado por la Organización Mundial de la Salud (2001), la cual destaca que “los trastornos mentales y conductuales (...) Son también universales, puesto que afectan a personas de todos los países y sociedades, a individuos de todas las edades, a mujeres y hombres, a ricos y pobres, a residentes en entornos urbanos y rurales” (p. 19). Precisamente, esta presencia de personas con características tan diferentes hace recapacitar en la importancia que tiene realmente eliminar cualquier tipo de estigma o prejuicio que pueda existir dentro de las propias atenciones a la salud mental. En Zaragoza se puede decir que, al menos las entidades entrevistadas, han logrado atender con éxito sin caer en estereotipos y prejuicios.

8.1.2. Puntos débiles de la atención a salud mental

Tras realizar las entrevistas, parece haber quedado claro cuál es el principal punto débil, que no el único, de la atención a la salud mental: las listas de espera. Según las entrevistas, este problema se observa tanto en el acceso a las entidades y a la atención psiquiátrica como a la atención en urgencias. Las esperas en urgencias son de horas, en psiquiatría de meses y en los dispositivos intermedios o rehabilitadores se habla incluso de años. Estas esperas pueden suponer un riesgo puesto que muchos problemas de salud mental requieren de una atención temprana para evitar su empeoramiento. Este aumento en las esperas se debe sobre todo a que durante los últimos años el número de personas con problemas de salud mental ha aumentado. Esto se corrobora con el *Informe mundial sobre salud mental* de la OMS (2022) donde se indica que “aproximadamente una de cada ocho personas en el mundo sufre algún trastorno mental” (p. 3). Sin embargo, pese a este aumento de pacientes en potencia, las propias entidades afirman que el número de plazas apenas ha aumentado durante los últimos años. Por ejemplo, según los datos del Gobierno de Aragón, en el caso de los pisos supervisados se observa que en el año 2002 Aragón contaba con 55 plazas, en 2010 estas aumentaron más del doble hasta alcanzar las 121 plazas (Gobierno de Aragón, 2002) , pero en 2021 estas ascendían únicamente a 139 (Gobierno de Aragón, 2021).

Otro de los grandes puntos débiles de la atención a la salud mental que se ha destacado es la ausencia de programas y servicios dedicados a educar a los niños y adolescentes en lo que respecta a la salud mental. Estos programas deben realizarse sobre todo en el entorno educativo para un alcance mayor de población infante juvenil. Como indica la OMS (2022) “la primera infancia, la infancia y la adolescencia son edades de vulnerabilidad y de oportunidades en materia de salud mental” (p. 8). Por esto es realmente importante invertir recursos económicos en materiales que permitan educar tanto a aquellos menores que cuenten con diagnóstico en salud mental, para proporcionarles información que evite en la medida de lo posible una evolución negativa de la enfermedad, como a los que no la tienen. En el bloque de aquellos que carecen de problemas de salud mental por el momento, la educación en materia de salud mental es necesaria por dos motivos: la prevención y la no discriminación. Esto se relaciona directamente con lo expresado por UNICEF (2021) en su publicación *En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental en la infancia*, donde se indica que “las escuelas y los entornos de aprendizaje pueden ofrecer oportunidades para apoyar la salud mental, pero también pueden exponer a los niños a determinados riesgos, como el acoso” (p. 8). De esta manera se puede comprender, por un lado, la necesidad de inculcar a los más pequeños hábitos saludables que eviten dificultades en la salud mental de su futuro, y por otro lado, la importancia de enseñarles a entender y respetar al resto de personas de su entorno. Si se educa desde el principio, en el futuro los casos se reducen. Teniendo todo esto en cuenta quedan claros los motivos por los que la carencia de programas que conciencien a los menores en aspectos de la salud mental es uno de los puntos débiles de la atención en Zaragoza.

El último de los puntos débiles a destacar en la atención en salud mental tiene que ver con la dificultad de llegar a muchas personas que realmente necesitan atención pero no acuden a buscarla porque no quieren o porque no pueden. En este caso se van a observar los motivos recogidos por Cruz Roja en su investigación sobre *Barreras de acceso a los servicios de salud mental en Argentina* (Cruz Roja Argentina, 2023), donde se habla de barreras económicas, sociales y culturales, organizacionales y profesionales. En el caso de Zaragoza, teniendo en cuenta las respuestas obtenidas en las entrevistas, las principales barreras para acceder a los servicios de salud mental son las personales y las sociales y culturales. Las personales tienen que ver sobre todo con la carencia de conciencia de enfermedad que tienen muchas de las personas, esta es justo una de las razones que las entidades dan en las entrevistas sobre los motivos por los que la

gente no acude a los servicios. Sin embargo, las principales barreras que se observan, y que coinciden con las entrevistas realizadas, están relacionadas con lo social y lo cultural, es decir, con la estigmatización sobre la salud mental que todavía existe en la sociedad actual. Esto es un gran punto débil para el cual se necesita mucha sensibilización de la población en materia de salud mental, con el fin de evitar estereotipos y estigmas negativos.

Siguiendo con el punto débil anterior, se destacan dos poblaciones a las que resulta especialmente complicado acceder: aquellas que viven en entornos rurales y personas sin techo. El medio rural también supone una gran complicación para acceder a la población que requiere de atención mental. Como se ha podido observar, la gran parte de los dispositivos intermedios o rehabilitadores se encuentran en las capitales de provincia o en territorios especialmente grandes de la Comunidad Autónoma. Esto supone que las personas que requieran dichos servicios y que vivan relativamente lejos de ellos ven reducidas y condicionadas sus posibilidades de recibir una correcta atención, desistiendo muchas veces incluso antes de intentarlo. La Confederación Salud Mental España realizó un reportaje sobre la vida de las personas con problemas de salud mental en los entornos rurales que destaca dos de las mayores dificultades: “la falta de modelos comunitarios en salud mental dentro de lo rural” y “las distancias y a la falta de conectividad tanto a nivel territorial como a nivel digital” (Confederación Salud Mental España, 26 enero 2024). Finalmente, para concluir con la población que tiene grandes dificultades para acceder a los servicios de salud mental, y para finalizar los puntos débiles de la atención, se destaca la vulnerabilidad de las personas sin techo. Este es otro sector de la población al que resulta especialmente complicado acceder, y que muchas veces tiende a quedar en el olvido. De hecho, el estudio de Fe Bravo (2003) plantea tres barreras con las que se encuentran las personas sin techo para acceder al sistema de salud mental: la existencia de varios servicios con funciones diferentes, la gran magnitud de sus necesidades que requieren la intervención desde varias instituciones, la sectorización de los servicios sociales y sanitarios y la escasa motivación (p. 120). Curiosamente, la organización por sectores del sistema sanitario en Aragón resulta ser una de las barreras con las que se encuentran estas personas, puesto que “su condición de sin hogar, al carecer de un domicilio fijo y tener una gran movilidad, la sectorización que es la base de la organización de la mayoría de los servicios sociales y sanitarios los deja fuera de su responsabilidad asistencial” (Fe Bravo, 2003, p. 120)

De esta manera se observa que las dificultades para acceder a la población mencionadas por las entidad van incluso más allá de lo que ellas mismas afirman. Por ello, la ausencia de proyectos destinados a acercar la atención a la población es un gran punto débil del sistema de salud mental.

8.2. Comparación de resultados con Plan de Salud Mental 2022-2025

Zaragoza carece de una investigación previa que relacione directamente la valoración de entidades y familiares y la atención en salud mental en la ciudad, por lo que la comparación entre estudios similares es complicada. Sin embargo, anteriormente se ha indicado que Aragón cuenta con un Plan de Salud Mental 2022-2025, el cual plantea nueve líneas estratégicas con el fin de mejorar la salud mental en la comunidad autónoma. De esta manera, se realizará una comparación entre los resultados de las entrevistas y este Plan, con el fin de comprobar el verdadero cumplimiento de algunas de las actuaciones que se establecen.

A raíz de las entrevistas realizadas se puede observar el cumplimiento real de algunas de las actuaciones de las nueve líneas estratégicas. Concretamente se evaluarán las siguientes líneas, puesto que han sido las más destacadas por las entidades y familiares como se ha podido ver en los resultados:

- Línea 2. Atención a las personas con trastorno mental grave: Algunos de los aspectos de la línea no están siendo cumplimentados de forma efectiva. Precisamente, uno de los principales puntos que destacaban las entidades y muchos de los familiares era la necesidad de aumentar las plazas en pisos tutelados y en el equipo de apoyo social comunitario. De esta manera se realizaría una atención integral centrada en promover la autonomía e independencia de los usuarios con el fin de que se mantengan el mayor tiempo posible en su entorno habitual y puedan adherirse a los recursos de rehabilitación. Se puede observar entonces que esta medida no está siendo cumplida correctamente por el momento debido a las largas listas de espera que existen sobre todo en estos servicios. Sin embargo, el Plan prevé que a mediados de este 2024 esta actuación comience a ser efectiva y observable, permitiendo un mejor desarrollo de la línea.
- Línea 3. Salud mental en la infancia y la adolescencia: Existen carencias en el desarrollo efectivo de esta línea. Los familiares resaltan la falta de recursos asistenciales y educativos para los menores, agravando sus situaciones y generando una evolución de la enfermedad. Además, algunos de los familiares destacaron la poca concienciación y sensibilización en salud mental de los profesores.
- Línea 6. Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida: Se está desarrollando con éxito debido a la conciencia que está tomando la sociedad sobre el tema. Las entidades destacan que cada vez están dándole más importancia a la formación en este aspecto con el fin de prevenir el suicidio. Además, cada vez son más los recursos orientados a la atención y tratamiento de la población en riesgo de suicidio y en supervivientes de suicidio. El logro de esta línea se puede ver en entidades como Paso a Paso, las cuales crean grupos de ayuda mutua centrados únicamente en atender el duelo y las consecuencias de los intentos de suicidio.
- Línea 7. Coordinación, colaboración y transversalidad: En este caso, la línea se está desarrollando correctamente con algunos ámbitos institucionales y administraciones públicas, mientras que con otras no. En el caso del ámbito educativo, las familias destacan la falta de atención que se le da a la concienciación de salud mental y de profesionales en este área. Sin embargo, la coordinación de la sanidad con lo social (Servicios Sociales) está siendo cada vez mayor, permitiendo una mayor atención integral de los usuarios. Sin embargo, las entrevistas demuestran que esa coordinación todavía está siendo bastante complicada en determinadas ocasiones.
- Línea 9. Humanización de la salud mental: Se está cumpliendo correctamente de manera progresiva. Las entrevistas demuestran que todavía queda sobreprotección en la atención a los usuarios, pero se está logrando eliminar de forma especialmente efectiva. Esto significa que la práctica respeta cada vez más el respeto, la dignidad y la autonomía de las personas. Además, las entrevistas también resaltan el uso del modelo de atención centrado en la persona, por lo que se sitúa en el centro de la intervención a la persona y a sus intereses y capacidades.

Con esto se pueden ver algunas de las líneas que requieren un mayor impulso para ser efectuadas correctamente, con el fin de evitar que lleguen los plazos establecidos por el Plan 2022-2025 y que estas queden sin completar correctamente. En el caso de que no se tengan en cuenta las problemáticas existentes

en la atención a la salud mental en Zaragoza, será casi imposible conseguir que la gran parte de la población cuente con una plena salud mental o reciba las atenciones que necesita.

9. PROPUESTAS DE MEJORA DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN ZARAGOZA

Tras analizar los resultados de las entrevistas a familiares y entidades y explicar los puntos fuertes y débiles de la atención a la salud mental, se procede a proporcionar una serie de propuestas que permitan mejorar esta red de atención y servicios. Para ello, se tendrán en cuenta los aspectos desarrollados anteriormente.

Una de las propuestas más necesarias es la de aumentar el número de profesionales en la sanidad pública, concretamente psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales. Estas áreas permiten atender de manera integral las necesidades sanitarias y sociales de las familias y los usuarios. Esta mejora es necesaria puesto que durante las últimas décadas el número de personas con algún tipo de problema de salud mental ha aumentado exponencialmente, pero el número de profesionales que atienden a este tipo de personas no ha crecido al mismo ritmo. Este es uno de los principales motivos por los que existen largas de espera tan extensas tanto en las entidades como en el Sistema Nacional de Salud es la clara falta de profesionales en muchas de las áreas. Sería necesario aumentar el número de profesionales como psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales o trabajadores sociales para permitir un seguimiento continuado de los pacientes en el que no tengan que esperar más de cuatro meses para una cita.

Otra de las medidas para acelerar las listas de espera dentro de las entidades es el aumento de plazas concertadas por el Servicio Aragonés de Salud. Actualmente, el número de plazas concertadas que existen es insuficiente para cubrir la situación de los pacientes. Esto se debe a que el número de plazas se ha tendido a mantener mientras que los usuarios que necesitan determinados servicios aumentan a un ritmo acelerado. Debe quedar claro que esta medida debe complementarse con la anterior, puesto que al existir más plazas se necesitarán más profesionales para que la atención sea adecuada. Para las entidades, el aumento del número de plazas permitiría atender a una mayor cantidad de pacientes que antes podían pasar años esperando un hueco en ese servicio que tanto necesitaban. Mientras, para los usuarios, una atención más rápida podría prevenir el empeoramiento de la situación, mejorando su evolución y calidad de vida. Los familiares también se ven beneficiados, ya que el estrés y la carga emocional que supone la espera del tratamiento se reduce considerablemente.

Los servicios de urgencias del hospital son uno de los principales problemas con los que cuentan las personas con problemas de salud mental, debido a las largas esperas cuando se necesita atención prácticamente inmediata ante determinadas problemáticas de la enfermedad. Como medida para solucionar este aspecto, se plantea la modificación de la forma en la que se organizan las atenciones en urgencias. Es decir, iría mucho más rápido si en vez de atender únicamente por el orden de llegada y la prioridad que se establezca, se tuviera en cuenta el tipo de atención que requiere cada persona. En estos casos se podrían evitar por ejemplo las situaciones en las que la consulta del psiquiatra está vacía sin atender a personas que están en urgencias esperando ser atendidos con gran necesidad por esta especialidad.

En lo que respecta a los niños y adolescentes, es necesario promover la creación de programas orientados a la atención de menores con o sin enfermedad mental. Tener a menores sin enfermedad mental formados permite una mayor comprensión de aquellos que sí presentan diagnóstico en salud mental, y estos últimos podrían conocer mejor su situación. Además, también es necesario formar a los profesores para que sepan atender situaciones relacionadas con la salud mental. Al tener profesores con conocimientos mínimos en el trato y manejo de estos casos, se podrá ofrecer una atención a los estudiantes mucho más adecuada a todas sus posibles necesidades y se evitarán los casos en los que el profesorado puede ser el factor que inicia o promueve la discriminación. Con estas medidas se pueden evitar problemáticas futuras relacionadas con la discriminación, fomentar hábitos saludables que eviten problemas futuros y crear un clima educativo adecuado para todos.

Otras de las medidas que puede suponer una gran mejora de la atención es la promoción de dispositivos. En el caso de la ciudad como tal, es importante promocionar aquellos servicios dirigidos sobre todo a la intervención con los usuarios en el domicilio y entorno más cercano, como el EASC y los pisos tutelados. Al centrarse en crear más plazas en estos recursos y fomentar la derivación a ellos, sería más sencillo intervenir de manera más temprana y personalizada. La intervención en el entorno más cercano mejora la autonomía personal y el bienestar de los usuarios. A esto es necesario sumarle la creación de proyectos destinados a acercar los servicios al medio rural o facilitar el acceso de las personas a estos, como podría ser el proyecto Cerca de ti de ASAPME Aragón. En el caso de las personas sin techo es más complicado, pero se deberían promocionar los servicios de trabajo de calle que movilizarán la atención a esta parte de la población para acercar directamente los servicios.

Finalmente, la última de las propuestas que pretenden mejorar la atención en salud mental es la creación de más terapias en grupo en la comunidad. Impulsar los grupos, ya sean de psicoeducación o de ayuda mutua, permiten que los familiares obtengan los conocimientos necesarios para gestionar la enfermedad de sus seres queridos y les permite crear un lugar seguro en el que poder expresarse. Esto fortalece la red de apoyos de los familiares, evitando la soledad y permitiendo la socialización de estos.

10. CONCLUSIONES

Este trabajo se inició con el objetivo de conocer la situación de la atención a la salud mental en Zaragoza a través de las opiniones de familiares y entidades de la ciudad. Para ello, se realizó un recorrido teórico y práctico que permitiera agrupar esas opiniones atendiendo a las fortalezas y debilidades del sistema. De esta manera se han establecido propuestas para mejorar la atención.

La investigación previa resalta la importancia de tener en cuenta a la familia en el desarrollo de estrategias orientadas a la mejora de la salud mental. Esto se debe a que la situación les afecta en gran parte de los aspectos de su vida, siendo necesario cuidar también su bienestar. A esto se le suma la necesidad de una correcta atención por parte de la comunidad, es decir, de las entidades que ofrecen los servicios y prestaciones a los que acceden las personas afectadas.

Tras realizar las entrevistas, los resultados han indicado que la atención a la salud mental en Zaragoza ha ido mejorando respecto a décadas anteriores. Para corroborar esta afirmación se destacan los puntos fuertes de la atención. El primero es la confianza que tienen los familiares en las entidades para el tratamiento y rehabilitación de sus seres queridos. Se sigue con la gran eficacia de los grupos de

psicoeducación y de ayuda mutua para la intervención con los familiares, donde se ha observado que estos pueden aprender y desahogarse mejorando su bienestar y el de los usuarios. Estos dos puntos mantienen relación y le dan sentido a la disminución de la sobreprotección. Además, a estos puntos se les suma el carácter universal de la salud mental, evitando cualquier tipo de discriminación dentro de la atención a la población.

Sin embargo, todavía le queda un largo camino que recorrer para atender las necesidades que tanto familias como entidades resaltan. Por ello, se destacan los puntos débiles con los que cuenta la atención. El mayor problema de la atención a la salud mental hace referencia a las listas de espera para acceder a los servicios sanitarios y a los dispositivos intermedios y rehabilitadores. A este le sigue la ausencia de programas y servicios dedicados a educar a los niños y adolescentes en salud mental, lo que puede acabar causando problemas mayores en el futuro. Además, se detecta una gran dificultad de acceso a determinados sectores de la población que requieren de gran atención a su salud mental, como las personas sin techo o aquellas que viven en el medio rural.

Al comparar los resultados de las entrevistas con el Plan de Salud Mental 2022-2025, se detecta la falta de cumplimiento de algunas líneas establecidas, concretamente la 2, 3 y 7. Sin embargo, las líneas 6 y 9 parecen estar siendo ejecutadas con éxito. Estos datos indican que todavía queda mucho por cumplir en un plan que termina el año que viene y que parece no avanzar en el logro de sus objetivos.

En conclusión, este trabajo destaca la importancia de mantener los puntos fuertes de la atención a la salud mental mientras se solventan los puntos débiles, teniendo en cuenta la opinión de aquellas personas que se encuentran en primera línea, como son los usuarios, las familias y las entidades. Además, atender a las demandas de la población afectada permite establecer estrategias y planes realistas que se ajusten a las verdaderas necesidades manifestadas. Con esta investigación se establece una base para futuras intervenciones en Zaragoza orientadas hacia una atención efectiva y de calidad a la salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

2. a via Acompañamiento Terapéutico (2022) Memoria <https://2avia.org/wp-content/uploads/2023/07/MemoriaWeb2022.pdf>

American Psychiatric Association. (1952). *DSM-I: Diagnostic and statistical manual mental disorders*.

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.

Asociación Aragonesa Pro Salud Mental. (2022). *MEMORIA DE SOSTENIBILIDAD*. <https://asapme.org/wp-content/uploads/2023/09/MEMORIA-SOSTENIBILIDAD-2022.pdf>

Asociación Paso a Paso Aragón (15 agosto, 2020) *El comienzo* <https://pasoapasoaragon.wordpress.com/>

Asociación Paso a Paso Aragón (15 agosto, 2020) *NUEVO GAM (GRUPO DE AYUDA MUTUA)* <https://pasoapasoaragon.wordpress.com/>

Asociación Paso a Paso Aragón (15 agosto, 2020) *Presentando nuestra Asociación Paso a Paso Aragón* <https://pasoapasoaragon.wordpress.com/>

BLEULER, E.(1950) *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*, Nueva York, International Universities Press.

Brown GW, Birley JL, Wing JK. (1972) *Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication*. *Br J Psychiatry*. Sep;121(562):241-58

Confederación Salud Mental España (26 enero 2024) *Un día en... Salud mental en la España vaciada: la cara y la cruz de vivir en el entorno rural* <https://consaludmental.org/sala-prensa/un-dia-en-salud-mental-entorno-rural-revista-encuentro/>

Cruz Roja Argentina (2023) *Barreras de acceso a los servicios de salud mental en Argentina* <https://cruzroja.org.ar/observatorio-humanitario/wp-content/uploads/2023/04/Barreras-en-el-acceso-a-servicios-de-salud-mental-Observatorio-Humanitario.pdf>

Espina, A. (1991). *Terapia familiar en la esquizofrenia*. *Revista de Psicoterapia*, 2(8), 13–33. <https://doi.org/10.33898/rdp.v2i8.977>

Espino-Granado, A. (2005) *La atención a la Salud Mental en España. Estrategias y compromiso social*. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Fe Bravo, M. (2003). *Intervenciones en Personas sin hogar con trastornos mentales: Situación en Europa y España*. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 3 (2), 117-128

Fundación Rey Ardid (2022). *Memoria responsabilidad social*. https://www.reyardid.org/wp-content/uploads/2023/09/Memoria-RSC_FRRA.imp_2022.pdf

Fundación Rey Ardid (s.f.). *Salud Mental*. <https://www.reyardid.org/salud-mental/>

Garcés Trullenque, E. M.(2010). *El Trabajo Social en salud mental*. *Cuadernos de trabajo social*, 23, 333-352.

GISELA KONOPKA: *Social Group Works: A Helping Process*, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, N. J., 1963, pág. 29.

Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad (2017). *Plan de salud mental 2017-2021*.

Gobierno de Aragón (2021) *Dispositivos de la Salud Mental: Con población y centros de referencia* https://www.aragon.es/documents/20127/47401601/RECURSOS_SALUD_MENTAL-ARAG%C3%93N-con_poblaci%C3%B3n-2021.pdf/3d7b099f-f7fe-f305-c1f7-e6bdf8044d6c?t=1612945684281

Gobierno de Aragón departamento de Salud y Consumo (s.f.). *Cartera de Servicios de Atención a la Salud Mental del Sistema de Salud de Aragón*.

González, R. T. (2004). *Guía de intervención familiar en la esquizofrenia*. Editorial Glosa, SL.

La esquizofrenia. (2021). *National Institute Of Mental Health (NIMH)*. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia>

Lillo, N., & Roselló, E. (2023). *Manual para el trabajo social comunitario* (Vol. 48).

Marsh, D.T., Pickett-Schenk, S. & Cook, J.A. (2015) *Las Familias y las Enfermedades Mentales* https://www.plenainclusion.org/wp-content/uploads/2021/03/28._lasfamiliasylasenfermedadesmentales.pdf

Ministerio de Sanidad (2022) *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026* https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011) Instituto de Información Sanitaria. *Atención a la salud mental. Organización en las comunidades autónomas*. <http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>

Miranda Aranda, M. (coord.) (2021) . *Lo social en salud mental (I)*. Trabajo social en psiquiatría. *Prensas de la Universidad de Zaragoza*.

Munilla Rebollo, R. V., Mancebo Muñoz, J., Caneiro Villayndre, M. Á., Nieto Acero, L., Titos Rodríguez, R., Subirats Matías, D. & Paniagua Guijarro, I. (2012). *Las funciones del Trabajador Social en los Equipos de Apoyo Social Comunitario en salud mental*. *Trabajo Social Hoy*. (67), 51-62.

Organización de las Naciones Unidas para la Infancia. (2021). *Estado mundial de la infancia 2021: Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*. <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021>

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42447/WHR_2001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356118/9789240051966-spa.pdf?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud, (2021). *Clasificación Internacional de Enfermedades Undécima Revisión* (CIE-11)

Padín, G. A. (2012). Esquizofrenia. *Cuadernos del Tomás*, (4), 151-172.

Pichot, P., Aliño, J. J. L. I., & Miyar, M. V. (1995). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*.

Punto de Apoyo y Rehabilitación Psicosocial Comunitaria (s.f.) *Programa de acompañamiento y seguimiento domiciliario para personas con trastorno mental grave*

Real Academia Española, (s.f.). Esquizofrenia. *Diccionario de la lengua española*, 23.ª ed., [versión 23.7 en línea]. <https://dle.rae.es/esquizofrenia>

Rossell, T. (1998). Trabajo social de grupo: grupos socioterapéuticos y socioeducativos. *Cuadernos de trabajo social*, (11), 103-122.

Sarasola Sanchez-Serrano, J. L., González González, J. M., & Roiz Vázquez, A. (2019). La importancia del trabajo social comunitario. *Revista internacional de trabajo social y bienestar* (8), 81-87

Torres, A. (2017, 11 febrero). La teoría del doble vínculo de Gregory Bateson. *Portal Psicología y Mente*. <https://psicologiymente.com/clinica/teoria-doble-vinculo-gregory-bateson>

Vizcarro, C., & Arévalo, J. (1986). Emoción Expresada: Introducción al concepto, evaluación e implicaciones pronósticas y terapéuticas. *Estudios de Psicología*, 7(27-28), 87-109.

ANEXOS

Anexo 1. Tabla de entidades contactadas para el trabajo con plazas concertadas con Centro de Día, EASC y pisos en los tres Sectores Sanitarios de Zaragoza

SECTOR I	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>Fundación Ramón Rey Ardid</u> → Equipo de Apoyo Social y Comunitario (EASC), pisos y Centro de Día
SECTOR II	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>Cáritas. Centro de Día San Carlos</u> → Centro de Día ● <u>Asociación aragonesa Pro Salud Mental (ASAPME Aragón)</u> → Centro de Día ● <u>ADUNARE</u> → Centro de Día ● <u>Punto de Apoyo</u> → Equipo de Apoyo Social y Comunitario (EASC)
SECTOR III	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>Centro de Día Romareda</u> → Centro de Día ● <u>2.ª vía</u> → Equipo de Apoyo Social y Comunitario (EASC) y pisos tutelados
Entidad independiente	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>Paso a Paso</u>

Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por Sergio Siurana.

Anexo 2. Tabla comparativa entre los diferentes tipos de grupos propuestos en las IV Jornadas Nacionales de Trabajo Social y Salud, celebradas en Bilbao en 1995

Grupo	Objetivo	Función del TS	Ejemplos
Psicoeducativos/ Socioeducativos	Proporcionar a las personas una serie de capacidades y comportamientos de los que carecen por diferentes motivos.	Conducción del grupo, en ocasiones pueden aparecer otros profesionales	Grupo de familiares de personas con esquizofrenia que desconocen aspectos clave del tratamiento y la evolución de la enfermedad, por lo que acuden a grupos de educación
Socioterapéuticos	Desarrollar las capacidades de la persona y la familia para lograr que se enfrenten tanto a ellos mismos como al entorno.	Conducción y dirección del grupo	Espacio seguro donde las familias de personas con esquizofrenia puedan expresar sus emociones

Ayuda Mutua	Brindar apoyo mutuo entre los miembros del grupo ante una situación complicada que les afecta	Ausencia de participación profesional	Se reúnen con el fin de compartir experiencias, preocupaciones y estrategias de afrontamiento relacionadas con el cuidado de sus seres queridos, todo ello de forma mucho más autónoma que en el resto de grupos.
Acción Social	Lograr objetivos sociales a nivel comunitario, buscando el beneficio más allá de los integrantes del grupo.	Fomentar la autonomía del grupo, consiguiendo los objetivos propuestos	Familiares de personas con esquizofrenia se organizan para promover la sensibilización sobre la enfermedad en la comunidad y mejorar los servicios disponibles para quienes la padecen.

Fuente: Elaboración propia a partir de T. Rossell Poch (1998) *Trabajo Social de grupo: grupos socioterapéuticos y socioeducativos*

Anexo 3. Bibliografía de la normativa Estatal y Autonómica utilizada

Normativa Estatal

- Constitución española (BOE núm.311, de 29 de diciembre de 1978).
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986)
- Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (BOE núm. 95, de 10 de febrero de 1995)
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE núm. 128, de 29 de mayo de 2003)
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. (BOE núm. 222, de 16 de septiembre de 2006)
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (BOE núm. 240, de 5 de octubre de 2011)

Normativa Autonómica (Aragón)

- Ley Orgánica 5/2007, de 20 de abril, de reforma del Estatuto de Autonomía de Aragón (BOE núm. 97, de 23 de abril de 2007)
- Ley 6/2002, de 15 de abril de modificación por el Decreto Legislativo 2/2004, de 30 de diciembre, por el Decreto-Ley 1/2010, de 27 de abril y por la Ley 10/2011, de 24 de marzo (BOE núm. 46, de 19 de abril de 2002)
- DECRETO 174/2010, de 21 de septiembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el reglamento de la estructura y funcionamiento de las áreas y sectores del Sistema de Salud de Aragón. (BOA núm. 194, de 4 de octubre de 2010)
- DECRETO 168/2021, de 26 de octubre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba y regula el mapa sanitario de Aragón. (BOA núm. 229, de 9 de noviembre de 2021)
- Ley 9/2014, de 23 de octubre, de Apoyo a las Familias de Aragón (BOE núm. 281, de 20 de noviembre de 2014)

Clasificación Normativa

Legislación Estatal	Legislación autonómica de Aragón
<ul style="list-style-type: none">- Constitución Española 1978- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad- Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública- Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026	<ul style="list-style-type: none">- Ley Orgánica 5/2007, de 20 de abril, de reforma de Estatuto de Autonomía de Aragón- Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón (modificada por el Decreto Legislativo 2/2004, de 30 de diciembre, por el Decreto-Ley 1/2010, de 27 de abril y por la Ley 10/2011, de 24 de marzo)- DECRETO 174/2010, de 21 de septiembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el reglamento de la estructura y funcionamiento de las áreas y sectores del Sistema de Salud de Aragón.- DECRETO 168/2021, de 26 de octubre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba y regula el mapa sanitario de Aragón.- Ley 9/2014, de 23 de octubre, de Apoyo a las Familias de Aragón- Cartera de Servicios de Atención a la Salud Mental del Sistema de Salud de Aragón- Plan de Salud Mental del Gobierno de Aragón 2022-2025

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín Oficial del Estado y del Boletín Oficial de Aragón

Anexo 4. Zonas de Salud de las tres Áreas de Salud de Zaragoza

Área de Salud Zaragoza I	Área de Salud Zaragoza II	Área de Salud Zaragoza III
Actur Norte Actur Oeste Actur Sur Alfajarín Arrabal Avenida Cataluña-La Jota Barrio Jesús Bujaraloz Luna Parque Goya Santa Isabel Villamayor Zalfonada-Picarral Zuera	Almozara Campo de Belchite Casablanca Fernando El Católico Fuentes de Ebro Hernán Cortés Independencia Las Fuentes Norte Madre Vedruna-Miraflores Rebolería Romareda-Seminario Sagasta-Ruiseñores San José Centro San José Norte San José Sur San Pablo Sástago Torre Ramona Torrero-La Paz Valdespartera-Montecanal Venecia	Alagón Bombarda Borja Cariñena Casetas Delicias Norte Delicias Sur Ejea de los Caballeros Épila Gallur Herrera de los Navarros La Almunia de Doña Godina María de Huerva Miralbueno-Garrapinillos Oliver Sádaba Sos del Rey Católico Tarazona Tauste Univérsitas Utebo Valdefierro

Fuente: Elaboración propia a partir del Decreto 168/2021, de 26 de octubre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba y regula el mapa sanitario de Aragón.

Anexo 5. Tabla recopilatoria de dispositivos intermedios o rehabilitadores de Zaragoza y las prestaciones/servicios que se dan en cada uno

UME	ULE
PRESTACIONES/SERVICIOS	
Atención básica a pacientes ingresados. Consulta de psiquiatría. Consulta de psicología clínica. Consulta de enfermería. Consulta de trabajador social.	Admisión e ingreso. Atención básica a pacientes ingresados. Consulta de psiquiatría. Consulta de psicología clínica. Consulta de enfermería.

<p>Consulta de terapeuta ocupacional. Elaboración y evaluación del Plan Individualizado de Rehabilitación y Reinserción (PIR). Actividades psicoterapéuticas de rehabilitación y resocialización.</p>		<p>Consulta de terapia ocupacional. Consulta de trabajador social. Elaboración y evaluación del plan individualizado de rehabilitación y reinserción. Elaboración y evaluación del Plan Individualizado de Tratamiento (PIT). Actividades psicoterapéuticas de rehabilitación y resocialización.</p>
CENTRO DE DÍA	PISOS TUTELADOS	EASC
PRESTACIONES/SERVICIOS		
<p>Consulta de psiquiatría. Consulta de psicología clínica. Consulta de enfermería. Consulta de trabajo social. Consulta de terapia ocupacional. Elaboración y evaluación del Plan Individualizado de Rehabilitación y Reinserción. Intervención comunitaria. Actividades psicoterapéuticas de rehabilitación y resocialización.</p>	<p>Cobertura de necesidades básicas. Supervisión externa: - autocuidado - organización y desarrollo de las tareas domésticas y de la convivencia, - actividades instrumentales, - seguimiento de la medicación - desarrollo de actividades y gestiones externas - integración comunitaria - ocio y tiempo libre - coordinación con dispositivos sanitarios, sociales y comunitarios.</p>	<p>Para pacientes con dificultades para vincularse con otros recursos clínicos y rehabilitadores. Atención social domiciliaria y apoyo comunitario en el domicilio del paciente para que la persona recupere o potencie sus capacidades personales, relacionales y sociales necesarias para fomentar la autonomía y la integración social comunitaria.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Cartera de Servicios de Atención a la Salud Mental del Sistema de Salud de Aragón, 2015