

TRABAJO FIN DE GRADO

EL ROL DEL TRABAJO SOCIAL EN LA INTERVENCIÓN CON PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) INGRESADOS EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRP) NUESTRA SEÑORA DEL PILAR.

Autora:

Natalia Pérez Miguel

Directora:

Claudia García Martínez

Coodirectora:

Ángeles Jorcano Perea

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

Universidad de Zaragoza

Grado de Trabajo Social 2024

RESUMEN

El presente trabajo se centra en exponer cuál es el rol que desempeña la disciplina de Trabajo Social en el Centro de Rehabilitación Psicosocial Nuestra Señora del Pilar. Para ello se ha llevado a cabo la revisión de la literatura sobre temas dirigidos al Trabajo Social en Salud Mental y se han realizado entrevistas a las profesionales de Trabajo Social del centro, a través de las cuales se han podido recopilar la participación de las profesionales del área de salud mental. El objetivo principal es conocer cuál es el perfil profesional, así como las funciones y cuál es su contribución dentro de los equipos multidisciplinares. Además, se ha centrado en conocer opiniones y propuestas de mejora presentadas por las profesionales.

Los resultados muestran que las trabajadoras sociales desarrollan un papel integral en la coordinación de servicios facilitando la comunicación entre pacientes, familias y otros profesionales. Así mismo, se muestra la importancia de los aspectos sociales dentro del ámbito de la salud mental.

Palabras clave: Trabajo Social, Trastorno Mental Grave, Salud Mental, Intervención social, funciones, familia.

ABSTRACT

This work focuses on exposing the role played by the discipline of Social Work in the Nuestra Señora del Pilar Psychosocial Rehabilitation Center. To this end, a review of the literature on topics aimed at Social Work in Mental Health has been carried out and interviews have been carried out with the center's Social Work professionals, through which the participation of the professionals of the center has been collected. mental health area. The main objective is to know what the professional profile is, as well as the functions and what their contribution is within multidisciplinary teams. In addition, it has focused on obtaining opinions and proposals for improvement presented by professionals.

The results show that social workers play an integral role in the coordination of services, facilitating communication between patients, families and other professionals. Likewise, the importance of social aspects within the field of mental health is shown

Keywords: Social Work, Serious Mental Disorder, Mental Health, Social intervention, functions, family.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. MARCO TEÓRICO	3
2.1 Salud y salud mental	3
2.2 Trastorno Mental Grave	4
2.3 Reforma Psiquiátrica	5
2.4 El Trabajo Social en Salud Mental	7
2.4.1 Profesión feminizada	9
2.4.2 El trabajo social como “bisagra”	10
2.5 Marco institucional del Centro de Rehabilitación Psicosocial	11
3. OBJETIVOS	15
4. METODOLOGÍA	15
5. ANÁLISIS DE RESULTADOS	17
5.1 Perfil de las trabajadoras sociales del CRP “Nuestra Señora del Pilar”	17
5.2 Las funciones del Trabajo Social en las unidades del CRP “Nuestra Señora del Pilar”	18
5.3 El Trabajo Social dentro del Equipo Multidisciplinar.	19
5.4 Demandas de pacientes y familias a los Trabajadores sociales en el CRP “Nuestra Señora del Pilar”	20
5.5 Percepción de las trabajadoras sociales sobre la valoración e importancia del Trabajo Social	21
5.6 Propuestas de mejora en el Trabajo Social del CRP “Nuestra Señora del Pilar”	21
5.7 Presencia del Síndrome de Burnout entre las trabajadoras sociales	23
6. CONCLUSIONES	23
7. BIBLIOGRAFÍA:	25
8. ANEXOS	28
8.1 Guión de entrevista a las trabajadoras sociales	28

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación fundamenta el Trabajo de Fin de Grado de Trabajo Social. Es una investigación de carácter social dirigida hacia el ámbito de la salud mental adentrándonos en las funciones e importancia del papel del trabajo social en el Centro de Rehabilitación Psicosocial Nuestra Señora del Pilar, aproximándonos a las personas que padecen Trastorno Mental Grave. (TMG)

El Prácticum de Intervención del Grado de Trabajo Social lo realicé en dicho centro, y es por eso que a lo largo de los cuatro meses pude conocer a los pacientes ingresados y a sus familias, así como sus historias de vida, sus situaciones personales y las necesidades que debían ser cubiertas. De la misma manera, pude conocer cómo se intervenía y se relacionaban las trabajadoras sociales con los pacientes. Por ello he podido comprender la relevancia de esta disciplina.

El Trabajo social en este tipo de centros es fundamental para poder ayudar a las personas con enfermedades mentales a adaptarse a ellas, rehabilitarse y poder volver a la comunidad con el mayor número de necesidades cubiertas.

Es cierto que este ámbito es complicado y por ello las trabajadoras sociales tienen que tener un gran abanico de habilidades y conocimientos, desde la coordinación con otros recursos hasta comprender, empatizar y apoyar a estas personas y a sus familiares. Cada paciente tiene situaciones y circunstancias distintas, y es por ello que los/as trabajadores/as sociales deben realizar diversas intervenciones.

También me parece importante destacar que desde el Trabajo Social se puede trabajar para eliminar el estigma y los estereotipos que existen sobre la enfermedad mental y promover un enfoque más empático.

Con la realización de este Trabajo de Fin de Grado quiero enfatizar en la relevancia que tienen las trabajadoras sociales en el Centro de Rehabilitación Psicosocial “Nuestra Señora del Pilar” por todas las funciones y actuaciones que llevan a cabo, además de dar a conocer cómo se sienten como profesionales y poner en valor añadido las funciones que realizan.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Salud y salud mental

Para comprender lo que es la salud mental es necesario conocer el concepto de salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2022)

Una vez definido lo que es la salud podemos entender el concepto de salud mental como: “un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad” (OMS, 2022)

En esta definición de salud podemos observar como la perspectiva social y la mental están relacionadas entre sí, pues se necesita el bienestar de ambas para poder alcanzar un estado beneficioso de salud. Es por ello que una persona que padece alguna enfermedad mental puede ver afectadas sus distintas áreas vitales.

Ciertamente no hay una definición exacta y única sobre el significado de enfermedad mental. La OMS explica que los trastornos mentales “se caracterizan por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo.

Por ello podemos comprender que la salud mental es parte de la salud global de las personas y tienen relación con las condiciones de vida, con el desarrollo personal, intelectual, social, laboral, emocional y cultural. Por consiguiente hay mucho más que un tratamiento clínico y una enfermedad mental, sino que hace falta la rehabilitación y reinserción de los pacientes.

2.2 Trastorno Mental Grave

Para la realización de esta investigación es importante centrarnos en el concepto de Trastorno Mental Grave (TMG). Una de las definiciones más aceptada es desarrollada por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos que entiende dicho concepto “como un trastorno mental, conductual o emocional que resulta en un deterioro funcional grave, que interfiere sustancialmente o limita una o más actividades importantes de la vida” (NIMH, 2023).

El trastorno mental es un síndrome que se manifiesta mediante la alteración del estado cognitivo, de las emociones o del comportamiento de una persona. Estos trastornos suelen estar relacionados con un estrés significativo o una discapacidad que puede impactar negativamente en la vida social, laboral, familiar o en otras áreas importantes de la actividad diaria de la persona.

“El concepto de trastorno mental grave engloba una serie de entidades nosológicas de diferente naturaleza y presentación clínica, que tienen en común criterios de gravedad y persistencia en el tiempo, con tendencia al deterioro y que alteran las relaciones personales” (Miranda, 2015)

Según Miranda (2015), entre las entidades nosológicas que conforman el concepto de TMG se incluyen:

- Trastornos esquizofrénicos.
- Trastornos esquizoafectivos.
- Trastornos bipolares.
- Estados paranoides.
- Depresiones mayores.
- Trastornos obsesivos-compulsivos.
- Trastornos de personalidad graves (límite, esquizotípicos).
- Trastornos neuróticos graves.

- Otros (trastornos duales, daño cerebral adquirido...)

Todos ellos tienen en común su **aparición**, que suelen aparecer al final de la adolescencia o principio de la edad adulta. Aunque puede darse durante todo el ciclo vital de la persona. Su **duración**, ya que se trata de enfermedades crónicas (más de dos años), aunque con el tratamiento adecuado en ocasiones los síntomas pueden mejorar. Y las **consecuencias**, pues se trata de un desorden cerebral grave que afecta a la persona en todas las áreas de su vida. Pueden existir déficits importantes a la hora de desarrollar actividades cotidianas. (Confederación Salud Mental España, 2012).

El concepto de cronicidad lleva consigo unas connotaciones negativas y estigmatizantes, ya que se puede entender como una condición permanente y de difícil tratamiento. Para poder evitar estas situaciones, en el ámbito de la salud mental se utiliza el término de Trastorno mental grave para dirigirse a las enfermedades mentales que son de larga duración y que implican un grado relevante de discapacidad y de disfuncionalidad. (Gisbert, 2003)

Las personas que padecen un trastorno mental grave necesitan acceder a varios servicios de salud mental de forma reiterada o prolongada, lo que demanda una organización y planificación cuidadosa de la asistencia psiquiátrica, así como una coordinación efectiva entre las diversas instituciones y recursos. (Garces, 2010)

Este colectivo comparte ciertas características comunes que afectan a su vida diaria como el déficit de habilidades, capacidades y una mayor fragilidad ante las situaciones de estrés. También tienen una alta dependencia de otras personas y servicios, tanto sanitarios como sociales, además de problemas para acceder al mundo laboral y comportamientos alterados. Es por ello que necesitan la atención de los distintos recursos de la red de atención sanitaria y social. (IMSERSO, 2022)

Las personas con TMG presentan varias dificultades entre las que podemos destacar el desarrollo de las actividades de la vida diaria como el autocuidado y la autonomía personal. También para establecer relaciones sociales como la gestión del tiempo libre, así como para los factores personales relacionados con el género, la edad personalidad, educación entre otros. Y en último lugar los factores ambientales dirigidos a la cultura y normas sociales a las que pertenecen y por las que son influenciados. (Goldaracena, 2018)

La intervención del Trabajo Social con personas que sufren un Trastorno Mental Grave requiere una atención específica, condicionada por las características psicopatológicas y sociales de la enfermedad. Desde la perspectiva del objeto de Trabajo Social, el cual abarca todos los fenómenos relacionados con el malestar psicosocial del individuo, nos encontramos trabajando con personas que continuamente se encuentra en situaciones de necesidades tales como la protección ante estímulos del entorno que ellos perciben como amenazas reiteradas que limitan su vida (Miranda, 2015)

Como se puede observar las personas que padecen este tipo de trastornos tiene un abanico muy amplio de necesidades y problemas que engloban tanto elementos sanitarios como sociales y es por ello que el papel del Trabajo Social es imprescindible.

2.3 Reforma Psiquiátrica

Para introducir el Trabajo Social en Salud Mental hay que poner en contexto la reforma psiquiátrica.

En el Siglo XIX entró en vigor la Ley de Beneficencia de 1836 que incluye por primera vez la asistencia a personas que padecen enfermedades mentales, además de la construcción de un establecimiento en cada comunidad autónoma para que este perfil de paciente fuese atendido.

La reforma psiquiátrica tiene su inicio cuando la sociedad busca un destino diferente para las personas que padecen enfermedades mentales, especialmente dirigido a los trastornos mentales crónicos e incapacitados. Un elemento común que muestran todos los procesos de la reforma psiquiátrica que surge tras la II Guerra Mundial es el rechazo al encierro en los asilos y manicomios, la urgencia por reformarlos o cerrarlos y la necesidades de nuevos enfoques terapéuticos así como la creación de recursos más eficaces y solidarios. (Desviat, 2010)

En España, esta reforma se lleva a cabo cuando tienen lugar tres condiciones fundamentales al mismo tiempo que son la demanda social, donde la sociedad comenzó a exigir cambios en el trato y atención a las personas con enfermedades mentales. La voluntad política donde los líderes mostraron interés en mejorar el sistema de la atención psiquiátrica y, en último lugar, contar con profesionales capacitados para intervenir en el tratamiento de las enfermedades mentales. (Desviat, 2010)

Es por ello que le acompañan un grupo de condiciones favorables para poder hacer posible dicha reforma, entre ellas encontramos una transformación civil tras los cuarenta años de la dictadura y de la Guerra Civil que afectó a los ámbitos científicos y técnicos.

Esta reforma aparece de manera paralela a la Ley General de Sanidad de 1986 (reforma sanitaria) que “estableció la integración de la asistencia psiquiátrica en el sistema sanitario general, el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma psiquiátrica y la descentralización del Estado con la progresiva transferencia de las competencias en materia de sanidad a las Comunidades Autónomas” (Garcés, 2010)

En el artículo 20 de dicha ley hace una especial mención en los apartados 3 y 4 a los Servicios Sociales, que dicen lo siguiente:

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

4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.”(Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad)

La aprobación de esta ley da lugar a otros decretos como el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero. En su anexo aparecen la atención especializada, la asistencia psiquiátrica y la atención a salud mental.

Todo ello conlleva a unas condiciones oportunas para que pueda tener lugar dicha reforma, además se proporcionará una fusión de los servicios de salud mental en la atención especializada, conectada con la atención primaria y dando lugar la coordinación con los distintos recursos. También se cambiarán los nombres de la atención para no suponer tan estigmatizantes de cara a la comunidad. Por otro lado, se hará

a la comunidad también participa en el proceso de planificación y programación en la atención de salud mental. (Desviat, 2010)

Con el paso del tiempo se ha podido observar cómo gracias a la reforma psiquiátrica ha tenido lugar una mejora en la atención psiquiátrica. Se ha producido un aumento de recursos relacionados con la salud mental así como la calidad de los mismos.

2.4 El Trabajo Social en Salud Mental

El origen del Trabajo Social en Salud Mental aparece en EEUU, “a principios del siglo XX donde se incorporan los trabajadores sociales a los hospitales psiquiátricos con el objetivo de dar una respuesta socializadora a la cronicidad de los trastornos mentales y a la masificación de los manicomios” (Garcés, 2010). El Trabajo Social Psiquiátrico nace de la mano de Adolf Meyer (psiquiatra norteamericano) y de su esposa Mary Potter Brooks (trabajadora social) ya que, Meyer destacaba la relevancia del entorno social para la comprensión de los trastornos mentales de sus pacientes. Daba una relevancia particular a las entrevistas con las familias, adoptando un enfoque holístico que requería de la participación del Trabajo Social en su equipo. Su esposa, colaboradora en el proyecto, visitaba a los pacientes en sus domicilios y recopilaba información sobre su vida diaria, hablaba con las familias y elaboraba informes sobre las condiciones sociales de cada paciente. (Miranda, 2015)

Además se fue observando cómo de manera progresiva los “psiquiatras de diferentes instituciones comenzaron a apreciar el valor de los datos sociales y en consecuencia el papel del trabajador social se va reconociendo e incorporando como parte de los Equipos de Salud Mental.”(Garcés, 2010) De esta manera se considera importante que los Trabajadores Sociales trabajen con las familias de las personas con enfermedad mental.

A principios del siglo XX, los trabajadores sociales se fueron incorporando a los Centros Psiquiátricos de Nueva York con el objetivo de seguir la evolución de los enfermos una vez dados de alta. A partir de 1915, los hospitales psiquiátricos del estado de Massachusetts habían incorporado a profesionales de trabajo social en sus equipos de trabajo. Mary Richmond afirmó que alrededor de 350 hospitales de los Estados Unidos contaban con un departamento de Trabajo Social. (Miranda, 2015)

Dada la influencia de las trabajadoras sociales psiquiátricas de los centros de salud mental americanos, se crea en Barcelona la Escuela de Visitadoras Psiquiátricas fundada en 1953. Más adelante gracias a la construcción de los hospitales universitarios fueron capaces integrar más trabajadores en el ámbito de la Psiquiatría.

La evolución del Trabajo Social en Salud Mental ha sido influenciada por la asistencia psiquiátrica. La década de los 70 es característica porque había una red de beneficencia-asistencia social limitada y poco clara, así como por la falta de recursos sociales en el país. (Garcés, 2010)

Al principio la figura del Asistente Social era confusa tanto en el ámbito sanitario como el psiquiátrico, pero poco a poco los/as trabajadores/as sociales comenzaron a conocer los problemas, aprendieron a definirlos y a intervenir.

Como expone Miguel Miranda, el Trabajo Social Psiquiátrico es una práctica bien establecida en España tanto en el ámbito privado como en el público. Además ha tenido lugar una amplia producción científica lo que proporciona una comprensión más profunda desde la disciplina de Trabajo Social y ello puede beneficiar a las nuevas generaciones de trabajadores sociales que están comenzando a ejercer su rol profesional. (Miranda, 2015)

Actualmente existe una red de centros especializados para llevar a cabo la atención sanitaria dirigida a los problemas de Salud Mental como son los Hospitales de Día, los Centros de Salud Mental, los Centros de Rehabilitación Psicosocial, etc. Con el paso del tiempo han ido desarrollando servicios de acuerdo con los planes de salud mental.

Las trabajadoras sociales intervienen de manera conjunta con otras profesiones (psiquiatría, enfermería, psicología, etc.) en equipos multidisciplinares tratando de incorporar las distintas disciplinas.

Si nos centramos en el papel que ejercen el/la trabajador/a social en Salud Mental es necesario diferenciar entre funciones y roles que se llevan a cabo. Las funciones son las responsabilidades que son impuestas desde la institución para que este las desempeñe. Por otro lado, los roles son las expectativas ocultas detrás de las tareas, funciones y actitudes que existen en un grupo de trabajo al respecto de cada uno de sus miembros (Garcés, 2010). Las actividades que ejercen los trabajadores sociales en Salud Mental varían conforme el centro en el que se están llevando a cabo.

En este ámbito que estamos desarrollando, el Trabajo Social, tiene la capacidad de cuestionar las normas tradicionales llevadas a cabo lo que implica traspasar las prácticas impuestas y encontrar nuevas medidas para afrontar los problemas de salud mental aproximándose desde el respeto a la dignidad y a los derechos de las personas con enfermedades mentales así a su inclusión social, la autonomía y una atención conveniente abordando desde los aspectos más amplios como a los más específicos. De manera paralela esta disciplina puede ayudar a proporcionar visibilidad y sensibilidad a la sociedad sobre la importancia de abordar la salud mental. (Albornoz, A., Aogeda, C., & Maldonado, V. S. 2022).

En el ámbito de la salud mental del que estamos hablando, las profesionales de trabajo social sanitario son las responsables de evaluar y diagnosticar la situación de las personas en tratamiento en el centro que necesitan apoyo psicosocial y social. Somos parte del equipo multidisciplinar en los centros de salud mental. (Crespo, 2021)

Por ello cabe destacar que las trabajadoras sociales en salud mental son la unión con los sistemas de protección social y tienen competencias para realizar de manera óptima coordinación y colaboración en los diversos sistemas así como en las entidades sociales presentes en el Tercer Sector y en las redes comunitarias de apoyo que pueden estar relacionadas con todo el tratamiento de las personas que padecen enfermedades mentales (Crespo, 2021)

Así bien, esta disciplina en Salud Mental realiza una evaluación integral del pacientes y el desarrollo de un programa de recuperación centrándose no sólo en los aspectos biológicos y psicológicos sino que también se presentan otras áreas importantes como las relaciones sociales, el contexto cultural, los factores económicos, etc. Podemos decir que se valoran las áreas en las que vive, que son relevantes para su bienestar y que influyen en su salud y recuperación. Es por ello que el Trabajo Social incide en esos puntos.

Podemos hablar de la importancia que desarrollan las trabajadoras sociales porque proporcionan un cuidado y apoyo integral abarcando las distintas necesidades sociales, emocionales, psicológicas, relacionales y económicas de los pacientes mejorando su calidad de vida y promoviendo una recuperación más completa y holística.

2.4.1 Profesión feminizada

Así mismo, podemos destacar el predominio de la figura femenina dentro del ejercicio profesional de esta disciplina lo que ha conllevado al desarrollo de una profesión feminizada, tendencia que se ha mantenido constante a lo largo del tiempo.

En España, el nacimiento de la profesional de trabajo social surge como una actividad dominada por mujeres debido a decisiones tomadas en los años cincuenta del siglo XX. En ese periodo, la Iglesia Católica decidió crear programas de estudio de asistentes sociales con el objetivo de profesionalizar y dar formación a las mujeres que realizaban tareas caritativas y de asistencia a pobres, tareas que implican ayudar a las personas necesitadas.

Para realizar estas tareas se consideraba que las más cualificadas eran “las mujeres procedentes de la burguesía, quienes, mediante el ejercicio de una especie de maternidad social, debían moralizar a los pobres” (Báñez, 2012)

Debido al enfoque que tiene el Trabajo social centrado en el cuidado, el apoyo y la atención al resto de personas, se ha apreciado a lo largo de la historia como un campo más dirigido hacia las mujeres. Ello también está relacionado con los estereotipos de género donde las características relacionadas con la empatía, la caridad o el cuidado son atribuidas a las mujeres ya que tienen unas competencias y cualidades para llevar a cabo estas labores.

Ciertamente también hay hombres que llevan a cabo esta disciplina, sin embargo el número es menor y ello no conlleva a una desfeminización de la misma. Para ello podemos basarnos en unas encuestas realizadas por el Instituto Aragonés de Estadística donde recogen el año, el sexo y la titulación de los alumnos que finalizan el curso, como podemos observar en la tabla adjunta más abajo, el número de hombres que se han graduado en la carrera es notablemente menor que el de mujeres

Alumnado que finalizó estudios por sexo y titulación. Grado.

Unidades: Número de personas.

	Universidad de Zaragoza	
	Hombres	Mujeres
2021-2022		
Trabajo Social	20	139
2020-2021		
Trabajo Social	23	127
2019-2020		
Trabajo Social	23	132
2018-2019		
Trabajo Social	23	109
2017-2018		
Trabajo Social	22	120
2016-2017		
Trabajo Social	27	109
2015-2016		
Trabajo Social	25	98
2014-2015		
Trabajo Social	22	128
2013-2014		
Trabajo Social	33	185
2012-2013		
Trabajo Social	28	160
2011-2012		
Trabajo Social	16	84

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística según los datos del Sistema Integrado de Información Universitaria (SIIU) Secretaría General de Universidades. Ministerio de Universidades.

El Trabajo Social es una profesión feminizada, gracias a ello ha crecido y se ha desarrollado.

2.4.2 El trabajo social como “bisagra”

En este apartado quiero dirigir la atención a la función de coordinación que desarrollan desde el trabajo social para estar conectadas con usuarios, familias, profesionales y recursos entre otros.

Para comenzar es necesario explicar que el trabajo social es una disciplina que tiene numerosos modelos de intervención que han ido evolucionando y cambiando a lo largo del tiempo. Con cada uno de ellos se analizan de forma distintas las situaciones y los problemas que se presentan ante las personas y cómo intervenir en ellos. Entre estos modelos Juan Jesús Viscarret destaca los siguientes:

- Modelo psicodinámico.
- Modelo de intervención en crisis.

- Modelo centrado en la tarea.
- Modelo conductual-cognitivo.
- Modelo humanista y existencial.
- Modelo crítico/radical.
- Modelo de gestión de casos.
- Modelo sistémico

Ahora bien, para poder llevar a cabo todos ellos es necesario la interacción con las personas y un vínculo establecido con la profesional de Trabajo Social.

El vínculo que se establece es forjado gracias a las funciones que desempeñan los profesionales. Entre estas funciones se destaca la atención directa que según Octavio Vázquez se enfoca en la atención de personas o grupos que se enfrentan a problemas sociales o que están en riesgo de hacerlo. Su objetivo principal es potenciar el desarrollo de sus capacidades y habilidades de las personas permitiéndoles afrontar por sí solas desafíos futuros. (Vázquez 2004) Y por otro lado, la función de coordinación que se lleva a cabo con otros recursos, entidades y profesionales ayudan a determinar una línea de intervención efectiva en situaciones complejas que necesitan de la participación de distintos actores y servicios.

Con la explicación de estas dos funciones quiero dar hincapié y valor a la capacidad de las trabajadoras sociales de hacer de “bisagra”. En este contexto se lleva a cabo entre los pacientes y las familias, por un lado con el equipo multidisciplinar de las unidades, y por otro lado con los recursos y entidades externas.

2.5 Marco institucional del Centro de Rehabilitación Psicosocial

Los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRP) son dispositivos incluidos “en la tipología general de “Centro de Día” recogida en el artículo 24 de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, cuya función es facilitar los procesos de rehabilitación y ofertar el soporte necesario para una adecuada integración social de las personas diagnosticadas de una enfermedad mental grave y persistente” (Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial, Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales, & Asociación Guipuzcoana de familiares de Enfermos Psíquicos, 2007)

Se conciben como un recurso específico, dirigido a la población con trastornos psiquiátricos graves y crónicos que presentan dificultades en su funcionamiento psicosocial y en su integración en la comunidad con la finalidad de ofrecerles programas de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario que faciliten la mejora de su nivel de autonomía y funcionamiento así como apoyar su mantenimiento e integración social en la comunidad en las mejores condiciones posibles de normalización, independencia y calidad de vida (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2002)

El CRP “Nuestra Señora del Pilar” es un hospital dirigido a la atención especializada en Salud Mental. Este centro es de naturaleza pública, pertenece al Servicio Aragonés de Salud y corresponde al Sector Sanitario III.

El CRP “Nuestra Señora del Pilar” nace en el año 1425, a petición del Rey Don Alonso V, quien mandó construir una entidad benéfica cuyo objetivo fuese atender a todas aquellas personas que padecieran algún problema de salud común o mental. Esta entidad recibió el nombre de Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia debido a que estaba muy próximo al convento de San Francisco, sin embargo era popularmente conocido como “El Manicomio”.

Como hechos representativos del centro encontramos los siguientes:

- En 1425 el Rey Don Alonso V de Aragón ordena construir un establecimiento benéfico para atender a todas aquellas personas que padecieran algún problema de salud común o mental.
- En 1808 queda destruido debido a un incendio y se trasladó a la Casa de Convalecencias.
- En 1829 se construye un edificio anexo al Hospital para separar a los enfermos mentales del resto de pacientes.
- Don Manuel Dronda cede sus tierras para la nueva ubicación del Hospital (el terminillo).
- En 1878, se comienzan las obras para la edificación del Hospital.
- En 1890, comienzan a construir el tercer pabellón
- En 1904, reanudan la construcción de cinco pabellones más.
- En 1912, la Diputación Provincial de Zaragoza cede el Hospital al Estado. (firma oficial el 17 de mayo de 1913).
- En 1968, el Hospital se considera zona verde del barrio según el Plan de Ordenación Urbana de Zaragoza
- En 1989, el Consistorio firma un convenio con la Diputación Provincial donde se permutan parte de los terrenos del Hospital Psiquiátrico por otros terrenos en Vía Hispanidad.
- El 25 de febrero de 1995 se inaugura el nuevo parque
- En 2014, el pabellón de San Juan es desalojado por peligro de derrumbamiento.
- En 2020 se inaugura el pabellón de Subagudos reformado.

Dentro del CRP “Ntra Sra del Pilar” hay seis unidades:

- Unidad de Subagudos: C/Duquesa Villahermosa,66-67.
- Unidad de Media Estancia (UME): C/Duquesa Villahermosa,66-67.
- Unidad de Larga Estancia (ULE): C/Duquesa Villahermosa,66-67.
- El Psicogeriátrico: C/ Monasterio Nuestra Señora de los Ángeles, 20.
- El Centro de día Romareda: C/ Miguel Asin y Palacios, 4.

- La Unidad de Salud Mental “Delicias”: C/ del Escultor Palao, 36.

La Unidad de Subagudos (Pabellón de San Juan)

Es una unidad relativamente nueva, ya que el edificio fue restaurado y equipado para llevar a cabo el ingreso de pacientes. Abriendo sus puertas en el año 2020.

Este pabellón se centra en un programa de rehabilitación intensiva en un entorno hospitalario que se encuentra dentro de la Red de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Aragón. Su objetivo principal es conseguir una estabilidad médica en el paciente y tratar de mejorar operatividad para que pueda insertarse en un medio comunitario lo antes posible.

La Unidad de Media Estancia (UME)(Pabellón Alonso V)

La UME es una unidad hospitalaria residencial en la que los pacientes de entre 18 y 65 años reciben asistencia y supervisión psiquiátrica las 24 horas del día. Desde esta unidad se desarrolla un programa concreto para la rehabilitación psicosocial de los pacientes con TMG que dadas sus necesidades no pueden ser atendidas por una rehabilitación comunitaria. Estas necesidades engloban a las Actividades Básicas de la Vida Diaria (aseo personal, alimentación, etc.) Así como aprender a gestionar su economía entre otros. Esto tiene lugar gracias a que tienen supervisión todo el día.

El tiempo de estancia en la unidad está comprendido entre los 6 meses y los 2 años, aunque esta depende especialmente de los objetivos de cada uno de los pacientes así como de su situación clínica.

Como objetivos y funciones de esta unidad encontramos los siguientes:

Se enfoca intensamente en promover el autocuidado en casos de abandono severo, establecimiento rutinas y horarios, fomentando la recuperación de roles sociales y la reintegración en la sociedad. Además, se brinda la atención especializada para promover la adherencia al tratamiento, se facilita la integración gracias a la orientación y supervisión realizadas en las actividades comunitarias y se interviene con las familias mediante la psicoeducación, la responsabilidad, el apoyo y la difusión de normas y estrategias que puedan aplicarse en el domicilio (Miranda, 2015)

Esta unidad cuenta con un programa de mejora que se lleva a cabo con los pacientes desarrollando el Plan de Personal de Rehabilitación (PPR) que consiste en un proceso de recuperación continuado centrado en recuperar muchos aspectos de la vida cotidiana de las personas que han sido perdidos a causa de su salud mental. Se trata de potenciar la recuperación de las personas, de promover mejoras en su bienestar psicológico y en su calidad de vida. Estos planes se llevan a cabo dos veces al año y de esta manera se conocen los objetivos a largo plazo y como se encuentra en la unidad.

La Unidad de Larga Estancia (ULE)(Pabellón Santa Isabel)

Esta unidad, al igual que la UME, son unidades destinadas a pacientes entre 18 y 65 años, de carácter hospitalario residencial que ofrece atención y supervisión las 24h del día a los pacientes. A diferencia de la UME, esta unidad se centra en tratamientos a largo plazo ya que se trata de pacientes crónicos y que sus enfermedades les siguen afectando tras muchos años de evolución.

El perfil de los pacientes de esta unidad se centra en edades más avanzadas.. Estos pacientes llevan años entre los distintos recursos. Debido a que “siguen presentando graves dificultades de adaptación a su entorno tras haberse beneficiado de alguno de los programas de rehabilitación anteriores, por lo que resulta difícil su mantenimiento en la comunidad.” (Miranda, 2015)

EL Psicogeriátrico (Pabellones V y VI)

Este centro se encuentra en otra ubicación aunque pertenezca al CRP “Ntra. Sra. del Pilar”

Estos dos pabellones están destinados a pacientes mayores de 65 años. Sin embargo, hay casos en los que, debido al grave deterioro del residente, la comisión de ingresos puede aprobar el ingreso de una persona a pesar de no tener dicha edad.

Son también un recurso residencial para los pacientes con TMG que no pueden valerse por sí solos (falta de autonomía, no se desenvuelven en sus AVD, no tienen un control de su economía, no toman la medicación si no es con supervisión etc.). En estos casos los pacientes ya han pasado por todos los recursos y no han logrado conseguir una rehabilitación para su vida fuera de la institución.

El Centro de Día Romareda atiende a personas que padecen Trastornos Mentales Graves (TMG) que tengan entre 18 y 65 años. Para poder asistir a este centro puedes o no haber estado en un Centro de Salud Mental. Este centro ofrece asistencia psiquiátrica y psicológica, quienes llevan a cabo un seguimiento de los pacientes. Por otro lado, proporcionan talleres y actividades para los asistentes que les ayuda a tener un horario y una rutina.

La Unidad de Salud Mental “Delicias”- Unidad de Corta Estancia es, según el Ministerio de Sanidad, un dispositivo central ambulatorio de la red asistencial de Salud Mental, que viene funcionando como unidad operativa en un área sanitaria. En ella se llevan a cabo las actuaciones de prevención y asistencia ambulatoria, incluyendo también la atención al enfermo mental crónico.

El funcionamiento del centro es el siguiente:

Para poder ingresar en la Unidad de Media Estancia del CRP “Ntra Sra del Pilar” hace falta una derivación por parte de los Equipos de los Centros de Salud Mental Comunitarios y de manera más inusual por la derivación de las Unidades de Corta Estancia de Psiquiatría debido a la insuficiencia de conocimiento del paciente.

Existen varios criterios de derivación entre los que encontramos los siguientes:

- Tener entre 18 y 60 años de edad
- Tener un trastorno mental grave con discapacidades en las distintas áreas de la vida.
- Tener voluntariedad para ingresar y para llevar a cabo el plan rehabilitador, excepto en los casos que se decreta por vía judicial.
- Realizar un proyecto de rehabilitación y de retorno a la sociedad en un periodo de tiempo comprendido entre los 6 meses y los 2 años.

- Haber fracasado reiteradas veces en el nivel ambulatorio por incumplir las terapias o por la falta de efectividad.

Añadir a su vez, que si los pacientes cumplen los criterios anteriores, también carecen de vivienda o apoyo familiar, tendrán prioridad para ingresar en el centro.

Es importante diferenciar entre los dos tipos de ingreso. Por un lado tenemos el ingreso voluntario que se lleva a cabo cuando el paciente está de acuerdo con el ingreso y, por otro lado, tenemos el ingreso involuntario, donde el paciente no está de acuerdo, suele darse con ordenamiento por vía judicial y por sustitución de la pena.

La derivación se lleva a cabo mediante las Subcomisiones de Sector y se confirma en la Comisión de ingresos del sector, quienes estudian el caso y deciden si el recurso propuesto es el adecuado y si tiene prioridad. Para realizarla necesitamos una solicitud de ingreso, un informe clínico (realizado por el psiquiatra) , un informe social y el consentimiento firmado por el paciente o el tutor legal.

En función de la evolución del paciente, puede ser dado de alta por el traslado a otro centro, alta voluntaria o alta médica. En el caso de que el traslado sea a otra unidad del CRP se le solicita a la Comisión de Ingresos la valoración del cambio de unidad.

3. OBJETIVOS

En este apartado se exponen tanto el objetivo general como los objetivos específicos de esta investigación. Es imprescindible definir cuáles son los objetivos con anterioridad para poder centrar las distintas acciones en el cumplimiento de los mismos.

La finalidad de este trabajo, y por consiguiente el objetivo general, es conocer cómo es el rol del trabajador social en el CRP “Nuestra Señora del Pilar”.

Entre los objetivos específicos podemos destacar:

- Describir el perfil profesional del Trabajo Social del CRP “Nuestra Señora del Pilar”
- Conocer las funciones que realizan los trabajadores sociales en las diferentes unidades que forman el CRP “Nuestra Señora del Pilar”
- Describir la profesión del trabajo social dentro del equipo multidisciplinar del centro.
- Conocer las principales demandas de los pacientes y familiares del centro a los trabajadores sociales. CRP “Nuestra Señora del Pilar”
- Describir la percepción de las trabajadoras sociales sobre la valoración de sus funciones y sentido de importancia en su rol profesional dentro del centro.
- Conocer qué propuestas de mejora establecerían cada una de las profesionales de Trabajo Social del centro.

4. METODOLOGÍA

Para llevar a cabo esta investigación, se ha utilizado una perspectiva cualitativa, ya que lo que se ha pretendido ha sido indagar y conocer acerca de lo expuesto anteriormente. La investigación cualitativa “estudia la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. La investigación cualitativa implica la utilización y recogida de una gran variedad de materiales—entrevista, experiencia personal, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos – que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas” (Rodríguez, Gíl & García, 1996)

Se ha tratado de realizar una investigación descriptiva profundizando en la relación entre los pacientes con trastorno mental grave, el CRP “Nuestra Señora del Pilar” y el Trabajo Social.

Gracias a la búsqueda de datos secundarios, se ha extraído información sobre distintos temas como los diagnósticos del trastorno mental grave, como la Reforma Psiquiátrica influyó en el origen del Trabajo Social en Salud Mental entre otros

Referente a la técnica de recogida de datos primarios, se han utilizado las entrevistas semiestructuradas que constan en que “el entrevistador dispone de un guión con los temas que se deben tratar en la entrevista. El entrevistador no abordará temas que no estén previstos en el guión, pero tiene libertad para desarrollar temas que vayan surgiendo en el curso de la entrevista y que considere importante para comprender al sujeto entrevistado, aunque no las incluya en el resto de entrevistas” (Corbetta, 2003).

Al llevar a cabo dichas entrevistas se ha tomado en consideración sólo un único universo que han sido las trabajadoras sociales de las unidades que forman parte del CRP “Nuestra Señora del Pilar” (UME, ULE, Psicogeriátrico, Centro de día Romareda y Unidad de Subagudos), exceptuando la trabajadora social de la Unidad de Salud Mental debido a que la atención que presta está dirigida a citas concretas y no a un contacto continuado. Se han elegido a estas participantes debido a que pueden proporcionar información pertinente para la realización del presente trabajo.

Para llevar a cabo las entrevistas se realizaron preguntas que habían sido preparadas y desarrolladas con anterioridad, aunque estaba presente el poder profundizar en los distintos temas tratados. Las preguntas realizadas se apoyaron en los objetivos propuestos, de tal manera que se pueda llegar a la consecución de los mismos.

Los temas abordados se han centrado en:

- a) El perfil y características de las trabajadoras sociales incluyendo aspectos relacionados como el sexo, la edad, la formación y los años de experiencia.
- b) Las distintas funciones y actuaciones que desempeñan cada una de ellas.
- c) El papel que desarrollan dentro del equipo multidisciplinar considerando aspectos como las reuniones, el contenido de estas, los profesionales que conforman el equipo, así como la comunicación y coordinación entre ellos.

- d) La importancia que atribuyen a su trabajo así como cuál es su visión del reconocimiento de la disciplina por el resto de profesionales.
- e) Las posibles mejoras que consideran necesarias. Este enfoque ha sido subjetivo, destacando los aspectos más relevantes que afectan a cada una de ellas.

Por consiguiente he llevado a cabo 5 entrevistas, realizadas durante los meses de febrero y marzo de 2024, con una duración aproximada de una hora. El contenido ha sido recogido por soporte audio, transcrito de manera literal, no obstante se han eliminado datos que puedan ser identificativos de las entrevistadas para preservar el anonimato. Por último, se han codificado y analizado mediante el análisis del contenido.

5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis de los datos cualitativos es una etapa central de la investigación, establece una dinámica de trabajo, organizados en unidades manejables, clasificados y tratando de encontrar patrones de comportamientos generales. Tiene por objeto posibilitar la emergencia de enunciados sobre los significados que expresan los datos, palabras, textos, gráficos, dibujos. (Navarrete, 2011)

El análisis de datos se centra en los sujetos, su objetivo es comprender a las personas en su contexto social. El análisis de datos cualitativos es un proceso definido por tres fases interrelacionadas: la reducción de datos que incluye edición, categorización, codificación, clasificación y la presentación de datos; el análisis descriptivo, que permite elaborar conclusiones empíricas y descriptivas; y la interpretación, que establece conclusiones teóricas y explicativas. (Navarrete, 2011)

Para el análisis de resultados se han utilizado citas literales correspondientes con lo expuesto por las entrevistadas. Cada entrevista está codificada de manera que se van a identificar con E1, E2, E3, E4 y E5.

Los resultados de las entrevistas presentados a continuación, siguen la misma secuencia que las temáticas tratadas: el perfil de los trabajadores sociales que intervienen en las unidades del centro, las funciones que llevan a cabo, como es el Trabajo Social dentro del equipo multidisciplinar, principales demandas de las familias y de los pacientes a los trabajadores sociales, consideraciones acerca de la disciplina y propuestas de mejora.

Las entrevistadas han manifestado sus conocimientos e ideas acerca de dichas cuestiones además de exponer argumentos sobre el trabajo que desarrollan en este ámbito.

5.1 Perfil de las trabajadoras sociales del CRP “Nuestra Señora del Pilar”

Para dar inicio al análisis de resultados me he centrado en conocer cuál es el perfil de las profesionales de trabajo social que hay en el CRP “Ntra. Sra. del Pilar” para ello, en las entrevistas realizadas, el foco se centró en cuatro aspectos clave que han sido la edad, el sexo, la formación y los años de experiencia.

El primer aspecto ha sido unánime, según se ha podido recoger en las entrevistas, las 5 personas que llevan a cabo la disciplina de Trabajo Social en el centro son mujeres. Todas ellas tienen un rango de edad entre los 46 y los 58 años.

En relación a la formación realizada, dos de ellas son graduadas en Trabajo Social y las otras tres son diplomadas en Trabajo Social. Una de ellas también cuenta con un máster en estudios aplicados.

Para poder acceder al puesto de trabajadora social dentro de este centro, tres de ellas tienen aprobada una oposición dentro del ámbito de la salud, entre las que encontramos solo una plaza como Trabajadora Social y las otras dos como Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) y como Técnico Sanitaria. Por otro lado, las otras dos trabajadoras sociales son interinas dentro de este ámbito.

Destacar a su vez que las dos personas que tienen las plazas en otro campo han podido acceder a esta disciplina mediante una rotación interna dentro del sistema sanitario.

En cuanto a los años de experiencia, todas ellas rondan entre los 24 y los 35 años de recorrido profesional. Ha destacado la Atención Primaria debido a que se ha podido observar como cuatro de ellas han trabajado en este recurso. Por otro lado, dos de ellas han coincidido en la participación en convenios con la Universidad de Zaragoza.

También han aparecido otros recursos pero en menor número como: residencias de tercera edad, sindicatos, Sistema de Ayuda a Domicilio (SAD), dependencia en la Diputación General de Aragón (DGA), Hospital Universitario Miguel Servet, Hospital General Militar de la Defensa de Zaragoza, Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Aragón (IMLA), Juzgados de Familia, Ayuntamiento de Zaragoza, Centro penitenciario de Zuera, Casas de culturas, comarcas y en la Fundación para el apoyo a la autonomía y capacidades de las personas de Aragón.

5.2 Las funciones del Trabajo Social en las unidades del CRP “Nuestra Señora del Pilar”

Este apartado está dirigido a conocer cuáles son las funciones que llevan a cabo las trabajadoras del centro. Se ha podido conocer que tienen un número muy amplio de funciones. Las cinco profesionales han expuesto funciones semejantes, y en algunos casos distintas, debido a que cada unidad tiene un perfil de paciente con TMG diferentes dado el recorrido de la enfermedad, y por ello las necesidades que presentan son diversas.

Para explicar cuáles son las funciones han sido categorizadas por distintos bloques, entre los que encontramos:

Las funciones comunes de la disciplina de trabajo social en la mayoría de los ámbitos entre ellas podemos encontrar todas las relacionadas con la intervención y atención directa, como la intervención familiar, individual y grupal así como las visitas a domicilio, las entrevistas, la información y asesoramiento sobre servicios y prestaciones, atención telefónica, observación, proporcionar apoyo y contención a las familias, la coordinación dentro del equipo multidisciplinar así como con recursos externos. También coinciden en la investigación y búsqueda de recursos y entidades.

De esta misma manera coinciden en la cumplimentación de historias sociales y en la elaboración de fichas sociales e informes sociales. En este caso hay que destacar que van dirigidos a la solicitud de medidas judiciales de apoyo, grado de discapacidad, grado de dependencia, altas, ingresos, juzgados, forenses, entre otros.

Ciertamente llevan a cabo funciones docentes en consenso con la Universidad de Zaragoza como tutoras de prácticas a alumnos/as del Grado de Trabajo Social

Ahora bien, centrándonos un poco más en las funciones desarrolladas acorde con el centro en el que se desarrollan, cabría destacar las valoraciones realizadas al ingreso y al alta, las renunciaciones de ingreso de pacientes y solicitudes de citas en diversos recursos que solicitan los pacientes (Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE), Instituto Aragonés de Empleo (INAEM), renovación del documento nacional de identidad, bonos de transporte público, etc.)

Es esencial la coordinación con recursos externos como el Sistema Sanitario, Servicios Sociales, y otros sistemas de protección social (Fundación para el para el apoyo a la autonomía y a las capacidades de las personas de Aragón, Centros de Salud Mental, Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS), Servicios Sociales Penitenciarios, SEPE, INAEM, Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), Programas de pisos tutelados, etc). Esta coordinación también va dirigida a la gestión de acompañamientos realizados por entidades como la Asociación Aragonesa Pro Salud Mental (ASAPME) o por las familias.

Es indispensable nombrar las reuniones de equipo para la realización de los Planes Personales de Rehabilitación (PPR) y Planes de Intervención de Tratamiento (PIT).

En este centro también se llevan a cabo actividades de promoción y prevención de la salud mental así como grupos de psicoeducación para pacientes y para familias, con el fin de apoyar y ayudar a comprender mejor las enfermedades mentales.

En último lugar, las funciones que quiero resaltar son la realización de acompañamientos para llevar a cabo tareas personales de los pacientes, la solicitud de prestaciones ortoprotésicas, la gestión del tabaco de los pacientes y la gestión del banco interno donde se realizan solicitudes de reintegros, registro y salida de dinero, contabilidad de la caja y reparto semana del dinero de bolsillo.

5.3 El Trabajo Social dentro del Equipo Multidisciplinar.

Para conocer como es el Trabajo Social dentro del equipo multidisciplinar en las distintas unidades se ha recogido información sobre el número de reuniones que realizan así como los temas que tratan, los profesionales que forman parte del equipo, como es la comunicación y la coordinación entre ellos, y por último, qué formación reciben para trabajar en este ámbito.

En primer lugar, en lo relativo al número de reuniones, cuatro trabajadoras sociales llevan a cabo reuniones los lunes, martes, jueves y viernes. Mientras que una de ellas solo tiene reuniones los lunes y viernes.

En relación a los temas tratados en las reuniones las cinco profesionales han coincidido exponiendo que en estas reuniones se trata todo lo relacionado con los pacientes, como acompañamientos, citas médicas, supervisión e incidencias ocurridas en el día anterior. Así mismo también se habla sobre las pautas de dinero y tabaco que reciben los pacientes, además de los productos de higiene que necesitan para que se contacte con la familia.

Según han expuesto las trabajadoras sociales, los equipos multidisciplinarios de las unidades están formados generalmente por: psiquiatras, terapeutas ocupacionales, psicólogos/as, personal de enfermería, técnicos

en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), fisioterapeutas, médicos y trabajadoras sociales. Además algunas unidades cuentan con monitoras, técnicos de integración social (TIS) e integradores sociolaborales.

Centrándonos en la coordinación y comunicación que tienen las trabajadoras sociales con el resto de integrantes del equipo, las cinco han expresado que es adecuada, presencial y continuada dado que es de fácil acceso, ya que, al estar en una misma unidad pueden ir al despacho deseado a transmitir la información oportuna. Así mismo, han comentado que también tienen comunicación mediante el correo electrónico aunque sea dirigido al envío de documentos.

Una de las trabajadoras sociales destaca la importancia de trabajar en equipo aunque en alguna ocasión pueden darse malentendidos. Expone lo siguiente:

“Considero que puede haber roces o discrepancias pero generalmente es buena y además si no es por el trabajo en equipo esto no sale” (E3)

5.4 Demandas de pacientes y familias a los Trabajadores sociales en el CRP “Nuestra Señora del Pilar”

Este apartado se centra en expresar las distintas demandas que son solicitadas por los pacientes y por las familias a las Trabajadoras Sociales.

Para dar comienzo este apartado se va a centrar en las demandas llevadas a cabo por los pacientes o usuarios. Entre ellas, las más destacadas son la solicitud de dinero monedero o dinero de bolsillo, seguido también del desahogo y descarga emocional. A su vez, se demanda un continuo acompañamiento, y el conocimiento sobre prestaciones.

En una de las cinco unidades, las demandas provenientes de los usuarios son escasas o incluso nulas.

Una de las trabajadoras sociales ha destacado que la demanda más recibida está dirigida a la salida a la comunidad por parte de los pacientes, quienes quieren normalizar su situación de vida. Pero se ve frenada por las familias debido a que presentan miedo o temor porque los cambios le puedan generar un estrés que pueda desestabilizarlo.

Expresa lo siguiente:

“Ellos se sienten animados a buscar salidas prelaborales o búsquedas o iniciativas más comunitarias, que lo demandan muchísimo aunque a veces, en algunos casos se ven frenadas por las familias” (E4)

De manera paralela hay pacientes que solo buscan mantenerse estables frente a la enfermedad mental.

En segundo lugar, según la percepción de las trabajadoras sociales, las demandas de los pacientes son mucho menos numerosas que las de las familias. Las demandas familiares se centran en realizar terapia familiar, solicitud de Medidas Judiciales de Apoyo, información sobre los productos de higiene para cubrir sus necesidades básicas, asesoramiento, orientación sobre recursos y prestaciones, residencias, trámites de dependencia y discapacidad, informes para otros recursos, entre otros.

Varias trabajadoras sociales han destacado una demanda por parte de las familias dirigida al descanso

“La familia quiere tranquilidad, son familias que llevan mucho tiempo con un estrés máximo”(E1)

“Las familias igual lo que más demandan es descanso”(E3)

También han hecho referencia sobre la internalización de los pacientes donde de manera no general se expresa que lo que se busca es que no salgan del centro o que hay familias que dejan ingresados a los pacientes y se desentienden de ellos o simplemente se alejan. Ello está ligado al desgaste que sufren las familias tras muchas situaciones complicadas y por un largo transcurso de la enfermedad mental.

“Hay familias que teniendo en cuenta el perfil del paciente pues se alejan”(E5)

5.5 Percepción de las trabajadoras sociales sobre la valoración e importancia del Trabajo Social

Este apartado va a describir cual es la percepción de las trabajadoras sociales sobre si la profesión es valorada y si son importantes las funciones que realizan.

De manera general, todas las entrevistadas han coincidido en que el resto de los profesionales valoran notablemente las funciones que llevan a cabo las trabajadoras sociales. Lo han identificado a través del sentimiento de sentirse solicitadas constantemente para colaborar con el resto del personal del equipo.

“Como nos piden colaboración considero que sí que nos valoran. Quitando que muchas veces están dirigidas a la gestión económica y de trámites pero al final cuando un profesional está pidiendo interconsulta o llamada telefónica, aunque no expresamente me dicen que soy imprescindible, pero sino no me pedirían colaboración. (E2)

Sin embargo hay alguna matización ,ya que, explican en menor medida que a veces pueden pasar desapercibidas, también hay profesionales que pueden no valorarlas o que no tengan en cuenta todo lo que realizan y que las asocien con la gestión económica.

También han referido que los pacientes las valoran considerablemente.

“Son los que viven para qué sirve un trabajador social, con las soluciones que se les facilitan, tanto de forma individual como grupal, que para mí es lo más importante” (E4)

Por otro lado, centrándonos en sí las trabajadoras sociales consideran importante el trabajo social en las distintas unidades del centro. Todas ellas han explicado que el Trabajo Social es esencial e imprescindible.

“Como las enfermedades están determinadas por muchos factores, psicosociales y emocionales y los de su entorno, pues la intervención con estas personas es muy importante porque hay que tener en cuenta el factor social”(E2)

5.6 Propuestas de mejora en el Trabajo Social del CRP “Nuestra Señora del Pilar”

Este apartado del análisis de resultados está enfocado a conocer cuáles son las propuestas de mejora sugeridas por las trabajadoras sociales. Así mismo, exponen cuales son los problemas que se les presentan a la hora de ejercer su profesión.

Demandan más tiempo para poder llevar a cabo sus funciones y poder desarrollarlas con la mayor calidad posible.

“Lo que más echas de menos es el tiempo” (E5)

“Para hacer un trabajo como yo considero que debo hacerlo necesito un tiempo , que muchas veces no se tiene” (E3)

De manera paralela, la demanda del tiempo también va dirigida a la atención a los pacientes y familias, así como al vínculo que se podría establecer con ambos. Por ello, las trabajadoras sociales han dado importancia a dicho vínculo dado que las familias recurren a ellas cuando necesitan algo. Además, han expuesto que las familias son el mayor apoyo para los pacientes.

Una de las entrevistadas vio conveniente el establecer una estructuración del horario con el fin de poder tener tiempo para invertirlo en otras funciones como el desarrollo de actividades grupales, comunitarias y realizarlas fuera del espacio institucional.

“Tener más intervenciones con ellos pero fuera del despacho porque eso te ayuda a trabajar otro tipo de cosas indirectamente y no limitarnos a ser gestores de recursos y trámites” (E2)

Asimismo han manifestado la necesidad de obtener más formación, ya que, según han referido, no han recibido formación acerca de la intervención con pacientes que padecen TMG. Las profesionales solo reciben formación en las sesiones clínicas realizadas en la facultad de Medicina por el Sector III que es al que pertenece el centro. Y a sesiones realizadas en el Centro de Día Romareda que son globales para todos los profesionales. Una de ellas explica que también recibe algunas exposiciones por parte de los Médicos Internos Residentes (MIR).

“El salud no saca nada específico para Trabajo Social. Nos tenemos que ir buscando la vida, entre compañeros nos mandamos información” (E4)

Por otro lado, aunque no menos importante, el tener que dedicar bastantes esfuerzos y tiempo en estar actualizadas sobre la información de las prestaciones y de los recursos comunitarios y que no quede reflejado en ningún sitio.

En cuanto al desarrollo de su trabajo dos de ellas han hecho referencia al no poder ejercer su trabajo de manera profesional como esperaría realizar dado que se les atribuyen funciones que no les pertenecen o que no se les permite proceder y deciden no obstaculizar al resto de compañeros y conformarse.

“Algunas veces tengo la sensación de que estoy a la orden de otros profesionales y no en un papel de coordinación”(E4)

La propuesta de mejora más notable de todas las entrevistadas es la falta de profesionales, ya sean trabajadores sociales, integradores sociales, personal administrativo o recursos en general.

“Si hubiese dos trabajadores sociales por unidad ya sería un sueño, pero mínimo uno por pabellón” (E5)

“Haría falta otra trabajadora social pero como sé que eso es un imposible pues doy por válido un integrador social” (E4)

En un segundo plano, esta demanda va dirigida generalmente a la función de gestión económica donde los profesionales reparten y administran el dinero de los pacientes. Consideran que hacen una función que no les corresponde, debido a que les ocupa mucho tiempo, por ello sería conveniente que hubiese otro profesional dirigido a ello.

“Propondría un papel de administrador para agilizar, para que todo lo que es “te doy dinero”, “pido tabaco” y cosas parecidas las haga él” (E5)

Sin embargo, a pesar de sentirse desbordadas tratan de ser optimistas enfocando esta tarea como medio de conocimiento del paciente, debido a que de esta manera los usuarios asisten varios días a la semana al despacho e interactúan con las profesionales. En el caso que no desarrollen esta función probablemente los pacientes y las familias no recurrirían a las trabajadoras sociales, y por tanto, obtendrían menos información y crearían menos vínculo con ambos.

“Lo que nos puede generar más carga es el control económico entonces aquí nos sirve para conocer al paciente y para ver las dificultades del manejo” (E3)

“No creo que fueran a poner a un administrativo porque o va a prestar la atención que necesitan las familias, además de que el trabajador social tiene esa capacidad de empatizar y una serie de habilidades y con el tema económico pues trabajar más a nivel familiar”(E2)

En relación a esta falta de profesionales y a la gestión económica, también han dirigido la atención a la falta de sustitutos. Por tanto, cuando se dan situaciones en las que falta una trabajadora social son el resto de compañeras las que tienen que hacerse cargo de sus funciones lo que conlleva también la gestión económica de esa unidad.

“Ese tema sí que es una carga cuando te vas de vacaciones que tienes que dejar todo preparado”(E3)

5.7 Presencia del Síndrome de Burnout entre las trabajadoras sociales

Este apartado del análisis de resultados se centra en el Síndrome de Burnout o también conocido como síndrome del trabajador quemado obtenido de las entrevistas realizadas. No era un punto de estudio inicial en el desarrollo del trabajo, sin embargo ha aparecido a lo largo de las entrevistas con las profesionales.

Para poner un poco de contexto acerca de este término, el Síndrome de Burnout es un fenómeno que hace “referencia a la sensación de agotamiento emocional, decepción o despersonalización, y pérdida de interés por el trabajo en determinados profesionales” (Herrera & Castañeda, 2020) Se divide en tres categorías que son el agotamiento emocional, la despersonalización y la reducción de la realización personal.

Ahora bien, las cinco entrevistadas han mostrado de manera indirecta el sentimiento de que no hacen su trabajo de la mejor manera posible aunque lo intenten o que dejan cosas sin hacer dado que no tienen tiempo y medios para llevarlo a cabo. También sienten que no llegan a realizar todo lo que consideraría hacer y ello les conlleva a una frustración.

“Para hacer un trabajo como yo considero que debo hacer necesito un tiempo que muchas veces no se tiene, y por lo tanto, lo hago de la mejor manera que puedes con lo que tienes y creo que sí que podría mejorar muchas cosas pero no sé cómo hacerlo.” (E3)

“Tengo la sensación continua que estoy dejando cantidad de espacios vacíos porque a veces me centro en una cosa y otras en otra, pero siempre me voy con esa sensación de que me faltan cantidad de cosas por hacer, lo cual no es una sensación nada agradable. (E4)

6. CONCLUSIONES

Tras la realización de esta investigación en la que he profundizado en el rol de las trabajadoras sociales dentro del Centro de Rehabilitación Psicosocial “Nuestra Señora del Pilar”, se han extraído una serie de conclusiones que se van a exponer a continuación.

Se ha podido observar que actualmente las trabajadoras sociales del centro son mujeres adultas con un amplio recorrido en el ámbito laboral y con una gran experiencia profesional donde la mayoría han trabajado en Atención Primaria y en el sector sanitario. Podemos observar como actualmente, a pesar del paso del tiempo, el Trabajo Social sigue siendo una profesión feminizada como exponía Tomasa Bañéz (2012).

Las profesionales llevan a cabo numerosas funciones dentro de estas unidades, todas ellas importantes para la ayuda, el apoyo y el soporte emocional de los pacientes y de sus familias. Se ha considerado esencial la coordinación y el vínculo que se establece con las familias debido a que en numerosas ocasiones es lo que realmente une a las familias y a los pacientes. Ello nos lleva directamente a ese concepto de enlace tan importante donde, a través de numerosos modelos de intervención, las profesionales establecen un vínculo y potencian las relaciones sociales entre pacientes y familias como expone Eva María Garcés (2017)

En lo referido al Trabajo Social en el equipo multidisciplinar, se ha podido observar como hay una buena comunicación y coordinación con el resto de los profesionales en las continuas reuniones. Ciertamente se ha puntualizado sobre la existencia de algunos roces o discrepancias. Pero sobre todo la importancia del trabajo en equipo para poder proporcionar un bienestar a los pacientes.

Aunque la disciplina de Trabajo Social se estableciera más tarde en el ámbito de la salud mental, actualmente es fundamental la coordinación con el resto de profesionales dirigiendo su mirada hacia lo social, generando de esta manera un nexo con lo clínico.

Ahora bien, una vez expuestos estos dos vínculos establecidos (entre familias y pacientes con las trabajadoras sociales y por otro lado, el equipo multidisciplinar y con estas profesionales) se puede conocer el término de “bisagra” donde el Trabajo Social conecta a familias y pacientes con el resto de disciplinas actuando de unión entre ambos.

Poniendo atención a la formación que reciben las trabajadoras sociales enfocada al Trabajo Social es escasa o nula, aunque sí que asisten a sesiones clínicas realizadas en la facultad de Medicina por el Sector III y a las sesiones realizadas en el Centro de Día Romareda.

Centrándonos en las distintas demandas de los pacientes y de las familias a las profesionales de Trabajo Social se ha podido observar que los pacientes demandan generalmente dinero de bolsillo, desahogo emocional, salir a la comunidad, acompañamiento y el conocimiento de prestaciones y servicios. Hay que destacar la función de repartir dinero de bolsillo, ya que, el desempeño de esta función ocupa bastante tiempo a las trabajadoras sociales y no se encuentra entre el listado de funciones del Trabajo Social en Salud Mental (Garcés, 2010)

Por otro lado, las familias demandan terapia familiar, información sobre prestaciones y servicios, asesoramiento, informes, entre otros. A través de las entrevistas, se ha podido concluir que las familias llevan consigo un gran desgaste después de tanto tiempo en la red de salud mental. Alrededor de un 63% de los cuidadores familiares muestran tener ansiedad, el 47% tener depresión (Cuevas, 2014). En ocasiones, esta situación puede generar un desentendimiento y desapego hacia los pacientes.

Todas las trabajadoras han manifestado que el resto de los profesionales valoran sus funciones, aunque en ciertas ocasiones puedan pasar desapercibidas o que las asocien con la gestión económica. Así mismo, han considerado que la presencia de la disciplina de Trabajo Social es esencial e imprescindible para el funcionamiento del centro.

En lo referente a las propuestas de mejora, han expuesto bastantes puntos donde encontramos notablemente, la falta de recursos, formación y tiempo disponible para poder invertirlo en otras funciones debido a que la mayor parte está dirigido a la gestión económica aunque se ocupan de convertirlo en una oportunidad. Para hacer frente a esta demanda, así como para el resto de trabajo, han solicitado la presencia de más profesionales para sopesar la falta de tiempo.

Una vez realizadas y analizadas las entrevistas se ha podido reconocer elementos de Burnout entre las trabajadoras sociales del centro, puesto que, consideran que no llegan a hacer todo lo que se proponen y eso les genera una sensación de malestar e impotencia. Se podría relacionar con las profesionales ya que, sí que existen investigaciones sobre presencia del Síndrome de Burnout entre los trabajadores del área de salud (Herrera & Castañeda, 2020)

Es importante concretar que para poder conocer toda la información sobre el rol de las trabajadoras sociales en el centro sería conveniente realizar una investigación futura más amplia que contase con los datos de los profesionales de los equipos multidisciplinares, los pacientes y las familias. De esta manera conocemos en mayor profundidad el rol del trabajador social

La información recogida en esta investigación ha sido proporcionada únicamente por las trabajadoras sociales, por ello, necesitaríamos más datos para completarla y conocer realmente cual es el perfil profesional de la disciplina de Trabajo Social.

Destacar que el Trabajo Social es una disciplina esencial en el ámbito de la salud mental ya que, mediante el desarrollo de las funciones y a través de una intervención adecuada se busca cubrir las necesidades y mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas con enfermedad mental.

Es fundamental crear vínculo un con los pacientes, las familias y los profesionales para poder actuar como enlace entre ellos e intervenir, mediante una coordinación efectiva, para potenciar la rehabilitación de la persona.

En conclusión, el Trabajo Social dirige su mirada hacia los aspectos sociales que influyen en el bienestar mental de los pacientes. Por ello, es primordial abordar no solo los síntomas físicos, sino también los sociales, estableciendo una relación retroalimentativa entre lo clínico y lo social, proporcionando así una mayor calidad de vida a las personas con enfermedad mental.

7. BIBLIOGRAFÍA:

Albornoz, A., Aogeda, C., & Maldonado, V. S. (2022). El complejo campo de la Salud Mental: aportes del Trabajo Social en el abordaje interdisciplinario. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, 105(1).

Asociación Española de Neuropsiquiatría (2002). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Cuadernos técnicos, (6).

Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMRP), Insituto de Trabajo social y Servicios Sociales (INTRESS), la Asociación Guipuzcoana de Familiares de Enfermos Psíquicos (AGIFES). (2007). *Desarrollo de los Centros de Rehabilitación Psicosocial*. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, Secretaria de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/ModeloCentroRehabilitacionPsicosocial.pdf>

Báñez Tello, T. (2012). El trabajo social como profesión feminizada. *RTS: Revista De Treball Social*, (195), 89-97. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=3966614>

Cintas Ferres, A., & López Narbona, M. (2001). Funciones del trabajador social en una unidad de salud mental infanto-juvenil. *Trabajo Social y Salud*, 40, (pp.329-334). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=247112>

Corbetta, P. (2003). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: McGraw Hill.

Crespo, A.V. (2021). Salud mental en tiempo de crisis: aportaciones desde el Trabajo Social Sanitario en el ámbito de la salud mental. *Dialnet*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8052029>

Cuevas Fernandez, M. M (2014). Salud mental, sobrecarga, calidad de vida y utilización de servicios de salud en cuidadores familiares de solicitantes de la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (Tesis doctoral). Universidad de Málaga. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10630/8837>

Del Carmen Muñoz, M. (2012). El Gobierno socialista y la atención a la salud mental: la reforma psiquiátrica (1983-1986). *DOAJ (DOAJ: Directory Of Open Access Journals)*. <https://doaj.org/article/7c59349a8a7744bea4f3c27c0dc8c93c>

Desviat, M. (2010). Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 253-263. <https://core.ac.uk/download/pdf/38812699.pdf>

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

Garcés Trullenque, E. M. (2017). La construcción del vínculo en el trabajo social con adolescentes y sus familias. En C.Guinot Viciano & A.Ferran Zubillaga (Coords.), *Trabajo Social: arte para generar vínculos* (pp.475-483). Barcelona, España: Editorial.

Gisbert Aguilar, C. (Ed)(2003). *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
<https://consaludmental.org/publicaciones/Rehabilitacionpsicosocialtratamientointegral.pdf>

Gobierno de España. (1995). Real Decreto 63/1995, de 20 de enero , sobre Ordenación de las Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 21, de 24 de enero de 1995,pp.2437-2441. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/rd/1995/01/20/63>

Gobierno de España. (2006). Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.*Boletín Oficial del Estado*, núm.299, de 15 de diciembre de 2006,pp.44142-44168. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39>

Gobierno de España. (1986). Ley 14/1986 de 25 de abril, Ley general de Sanidad. *Boletín oficial del estado*, 102, 15207-15224. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>

Gómez, G. R., Flores, J. G., & Jiménez, E. G. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*.
<https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fmedia.utp.edu.co%2Fcentro-gestion-ambiental%2Farchivos%2Fmetodologia-de-la-investigacion-cualitativa%2Finvestigacioncualitativa.doc&wdOrigin=BROWSELINK>

Herrera Cardona, A., & Castañeda Sánchez, V. (2020). Síndrome de trabajador quemado: Existencia del Burnout sector salud. *Cultura del Cuidado Enfermería*, 17(1), 32-44.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7818318>

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

Instituto Nacional de Estadística (n.d.). Alumnado que finalizó estudios por sexo y titulación. Grado. Instituto Nacional de Estadística. <https://servicios3.aragon.es/iaeaxi/tabla.do>

Mental illness. (s. f.). National Institute Of Mental Health (NIMH).(2023)
<https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness>

Miranda Aranda, M. (2015). *Lo social en la salud mental (I): trabajo social en psiquiatría*. Zaragoza, Spain: Prensas de la Universidad de Zaragoza. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/unizar/44836?page=97>.

Navarrete, J. V. M. (2011). Problemas centrales del análisis de datos cualitativos. *DOAJ (DOAJ: Directory Of Open Access Journals)*. <https://doaj.org/article/be5097dc66e348b89ffff8ea18a253ee>

OMS. (2022, 8 junio). *Trastornos mentales*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Sáez, C. A. (2010). Los orígenes del trabajo social psiquiátrico en España a través del estudio de las tesinas (1952-1973). En *El imaginario del trabajo social en las tesinas de fin de estudios 1938-1983* (pp. 167-187).
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7049267>

Trastorno Mental Grave - CREAP de Valencia - Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2022) REAP de Valencia. <https://creap.imserso.es/trastorno-mental-grave>

Unitat per a la Integració de Persones amb Discapacitat de la Universitat de València; Asociación para la Salud Integral del Enfermo Mental (ASIEM).(2012). *Preguntas frecuentes sobre el trastorno mental grave*. Confederación Salud Mental España.
<https://consaludmental.org/publicaciones/PreguntasFrecuentesSobreElTrastornoMentalGrave.pdf>

Vázquez, O. (2004): *Libro Blanco del Título de Grado en Trabajo Social*. Madrid: ANECA.

Viscarret Garro, J. J. (2009). Modelos de intervención en Trabajo Social. En *Fundamentos del Trabajo Social* (pp. 292-344). TF García.

8. ANEXOS

8.1 Guión de entrevista a las trabajadoras sociales

Hola, buenos días,

Soy Natalia Pérez Miguel, alumna de cuarto curso del grado de Trabajo social.

Esta entrevista que realizo tiene que ver con la realización de mi TFG. Tras realizar las prácticas en la UME he podido conocer la importancia que tiene el Trabajo Social, y es por ello que quiero saber más sobre el mismo en las diferentes unidades que lo forman.

Las preguntas son las siguientes:

- a) Para conocer el perfil de las trabajadoras sociales del CRP voy a preguntarte estas preguntas más personales que engloban al sexo, edad, formación y años de experiencia.
- b) ¿Qué Funciones realizas como Trabajadora Social en salud mental?
 - ¿Qué perfil de usuario reside en este centro?
 - ¿Qué acciones llevas a cabo a lo largo del día?
 - ¿Qué funciones de intervención llevas a cabo?
- c) ¿Cómo es el trabajo social en el equipo multidisciplinar?
 - Número de reuniones.

- Temas que se tratan.
- Formación (cursos, charlas, sesiones clínicas, etc.) dentro y fuera del centro
- ¿Qué profesionales participan en el equipo multidisciplinar en la unidad?
- ¿Cómo es la coordinación y comunicación con el equipo? ¿Online y presencial?
- ¿Cómo interviene el trabajo social con el equipo multidisciplinar al realizar los PPR?
- d) ¿Cuáles son las principales demandas de los pacientes del centro y de sus familiares a los Trabajadores Sociales del centro?
- e) ¿Consideras que el papel del Trabajador Social en esta unidad es importante? ¿Por qué?
 - ¿Crees que se valoran las funciones de los Trabajadores Sociales del centro?
- f) ¿Qué propondrías hacer para mejorar el papel que ejerces como profesional en la unidad?
 - ¿Cómo consideras que tendría que ser el papel del Trabajo Social en este centro?

LISTADO DE SIGLAS:

ABVD- Actividades Básicas de la Vida Diaria

ASAPME- Asociación Aragonesa Pro Salud Mental

CRP- Centro de Rehabilitación Psicosocial.

DGA- Diputación General de Aragón

IMLA- Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Aragón.

INAEM- Instituto Aragonés de Empleo

INSS- Instituto Nacional de la Seguridad Social

PIT- Plan de Intervención de Tratamiento

PPR- Plan Personal de Rehabilitación

SAD- Sistema de Ayuda a Domicilio

SEPE- Servicio Público de Empleo Estatal

TCAE- Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería

TIS- Técnico Integrador Social

TMG- Trastorno Mental Grave

ULE- Unidad de Larga Estancia

UME- Unidad de Media Estancia