



Trabajo Fin de Grado

Análisis de la situación de los pacientes con trastorno mental grave de la unidad de larga estancia del CRP “Nuestra Señora del Pilar” en Zaragoza:
Aproximación en relación a la calidad de vida

Autoras

Ana Benedicto Bellido

Estefanía Salas León

Verónica Sisamón López

Directora

Mª del Mar Del Rincón Ruíz

Codirectora

Ana Cristina Romea Martínez

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo. Universidad de Zaragoza

Junio de 2016

AGRADECIMIENTOS.

Queremos expresar la gran oportunidad de aprendizaje en el ámbito de la salud mental y enriquecimiento personal que nos ha aportado la realización de esta investigación.

En primer lugar, agradecer a nuestra directora y codirectora, D^a M^a del Mar del Rincón Ruíz y D^a Ana Romea Martínez que con su buen hacer profesional, dedicación y apoyo nos han guiado y acompañado a lo largo de estos meses.

En segundo lugar, dar las gracias a la directora del Centro de Rehabilitación Psicosocial “Nuestra Señora del Pilar” Maite Lanzan Sancho, por darnos la oportunidad de desarrollar la investigación. Y especialmente a los profesionales de la Unidad de Larga Estancia, destacando la gran labor de la trabajadora social.

Y sobre todo agradecer a los pacientes de la Unidad de Larga Estancia del centro, sin los cuales este informe no habría tenido sentido.

Mostrar nuestros agradecimientos más sinceros a todas las personas que han hecho posible que este Trabajo Fin de Grado culmine de forma exitosa, sin vuestra ayuda no habría sido posible.

ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN.....	1
1. PLANTEAMIENTO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
1.1 Justificación y finalidad.	3
1.2 Problema de investigación.	3
1.3 Objetivos.	4
1.4 Delimitación del ámbito de la investigación.	5
2. METODOLOGÍA.....	7
2.1 Tipo de investigación.	7
2.2 Fuentes de información y técnicas de datos.	7
2.3 La entrevista.	9
2.4 Dificultades en cuanto a herramientas para la aproximación al concepto de “calidad de vida”.	11
3. MARCO TEÓRICO.....	13
3.1 Marco institucional del Centro de Rehabilitación Psicosocial.....	13
3.2 Trastorno Mental y Trastorno Mental Grave.	18
3.3 Calidad de vida.....	20
3.4 Trabajo social en el ámbito de la salud.	23
4. PERFIL Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DE ULE	29
4.1 Características sociodemográficas	29
4.2 Enfermedad mental diagnosticada, discapacidad y vinculación con el CRP	31
4.3 Situación jurídica y dependencia.	34
4.4 Situación económica.	37
4.5 Red informal de apoyo	39
5. PUNTO DE VISTA DE LOS PROFESIONALES.....	43
6. CONCLUSIONES.....	49
7. PROPUESTAS DE MEJORA	53
8. BIBLIOGRAFÍA.....	57

ÍNDICE DE TABLAS.

Tabla 1. Baremación del copago.....	17
Tabla 3. Edad.....	30
Tabla 5. Enfermedad Mental Diagnosticada	31
Tabla 6. Tiempo de Permanencia.....	32
Tabla 7. Grado de Discapacidad.....	33
Tabla 8. Dependencia	35
Tabla 9. Grados de Dependencia.....	35
Tabla 10. Incapacitación Jurídica.....	36
Tabla 11.Tutor legal.	37
Tabla 12. Situación económica.....	38
Tabla 13. Tipo de Prestación Percibida.....	38
Tabla 4. Domicilio de Referencia.....	39
Tabla 14. Cuidador Principal.....	40
Tabla 15. Edad de los Cuidadores.....	41
Tabla 16. Situación Laboral del Cuidador.....	41

ÍNDICE DE GRÁFICOS.

Gráfico 1. Sexo.....	29
Gráfico 2. Estado Civil.....	31

ÍNDICE DE ANEXOS.

Anexo I Glosario.	¡Error! Marcador no definido.
Anexo II Historia Social.....	¡Error! Marcador no definido.
Anexo III (PIRR).	¡Error! Marcador no definido.
Anexo IV Entrevista.	¡Error! Marcador no definido.

ABREVIATURAS.

CRP: Centro de Rehabilitación Psicosocial.

CTDJA: Comisión de Tutelas y Defensa Judicial de Adultos.

PIRR: Programa de Intervención de Rehabilitación y Reinserción.

ULE: Unidad de Larga Estancia.

UME: Unidad de Media Estancia.

TFG: Trabajo Fin de Grado.

TMG: Trastorno Mental Grave.

INTRODUCCIÓN.

La presente investigación fundamenta el Trabajo Fin de Grado de Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo de la Universidad de Zaragoza. Se trata de una investigación de carácter social centrada en el ámbito de la salud mental, en la que se realiza una aproximación a la calidad de vida de las personas que padecen un Trastorno Mental Grave¹.

Tras la realización del Prácticum de Intervención en el Centro de Rehabilitación Psicosocial “Nuestra Señora del Pilar” en Zaragoza, y conocer más de cerca las diferentes características de los pacientes y unidades, decidimos centrarnos en la población que conforma la Unidad de Larga Estancia².

Para hacer una aproximación a la calidad de vida hemos considerado oportuno realizar un estudio del perfil y de las características sociodemográficas de los usuarios de la Unidad de Larga Estancia (ULE). Por otro lado, y con el objetivo de ampliar la información relativa a la calidad de vida, realizamos entrevistas a varios profesionales de dicha unidad, quienes además de tener un conocimiento amplio sobre los pacientes, son los encargados de llevar a cabo la intervención psicosocial de los usuarios.

Respecto a la estructura del trabajo, este se organiza en seis grandes capítulos con diferentes apartados. En primer lugar, planteamiento y diseño de la investigación, constituido por la justificación y finalidad, el problema de la investigación, objetivos generales y específicos del presente trabajo y por último, delimitación del ámbito de la investigación.

En segundo lugar, explicación de la metodología, donde se describe el tipo de investigación y el procedimiento llevado a cabo durante las entrevistas, así como las diferentes técnicas de recopilación y análisis de datos empleadas.

¹ En adelante: TMG.

² En adelante: ULE.

En tercer lugar, se desarrolla el marco teórico, constituido por el marco institucional del Centro de Rehabilitación Psicosocial³ “Nuestra Señora del Pilar”, una referencia al trastorno mental y trastorno mental grave, un capítulo sobre el concepto de calidad de vida y su evolución, así como un apartado de trabajo social en el ámbito de la salud y la salud mental, junto con la intervención especializada del trabajador social en salud mental.

En cuarto lugar, se ha identificado el perfil y características de los pacientes de la Unidad de Larga Estancia. En quinto lugar, se ha analizado el punto de vista de los profesionales.

En sexto lugar, se recogen las conclusiones resultantes de los dos bloques anteriormente citados exponiendo los datos más relevantes.

En penúltimo lugar, realizamos propuestas de mejora que se podrían llevar a cabo para la red de salud mental y el Centro de Rehabilitación Psicosocial.

Para terminar, este informe concluye con el apartado de la bibliografía y anexos, los cuales están conformados por un breve glosario de conceptos importantes (*Anexo I*), la historia social (*Anexo II*) y Programa de Intervención de Rehabilitación y Reinserción (PIRR) del centro (*Anexo III*) y la entrevista dirigida a los profesionales de la unidad (*Anexo IV*).

³ En adelante: CRP.

1. PLANTEAMIENTO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

1.1 Justificación y finalidad.

Según la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud del año 2007, se estima que en España el 9% de la población padece alguna enfermedad mental. Se ha producido un incremento de la prevalencia de los trastornos mentales graves afectando considerablemente la salud de las personas dando lugar a graves consecuencias a nivel socioeconómico y en el ámbito de los derechos humanos, según estudios de la OMS (2016).

Las personas que padecen un trastorno mental grave necesitan apoyo y atención social, permitiendo mantener a las personas en su entorno más cercano y facilitando el acceso al mundo laboral, pero los sistemas de salud no han ofrecido una respuesta integral al aumento de los trastornos mentales. “La mitad de los usuarios de la red tiene dificultades importantes en los ámbitos de vivienda y empleo y un porcentaje significativo de los enfermos mentales graves, tienen necesidades sociales que impactan gravemente en su calidad de vida”(Plan Estratégico, 2002, p.22-23).

Ante esta situación y tras haber realizado las prácticas en diferentes recursos de la red de salud mental, Centro de Rehabilitación “Nuestra Señora del Pilar” y Asociación Aragonesa Pro Salud Mental (ASAPME), creemos necesario ampliar y consolidar nuestros conocimientos en el ámbito de la salud mental y, en concreto, de los trastornos mentales graves.

Otra motivo por la que realizamos la presente investigación, es poder conocer el perfil y las características sociodemográficas de los pacientes de la unidad de larga estancia del Centro de Rehabilitación Psicosocial “Nuestra Señora del Pilar”, así como el impacto que el trastorno mental grave ha tenido en sus vidas y en su calidad de vida.

Cabe destacar que no existe ningún estudio referente al perfil y características sociodemográficas del Centro de Rehabilitación Psicosocial, por lo que se revertirá la información resultante del conjunto de la población objeto de estudio posibilitando futuras líneas de investigación y/o actuación.

1.2 Problema de investigación.

Aunque el Centro de Rehabilitación Psicosocial cuenta con tres dispositivos (Unidad de Media Estancia, Psicogeriatría y Unidad de Larga Estancia) nos centraremos en esta última como objeto de estudio.

Consideramos interesante realizar el análisis de la situación de los pacientes de la Unidad de Larga Estancia al observar el escaso número de altas que se producen en la unidad, así como al ver que mucho de estos usuarios tenían trayectoria larga y poco exitosa en los diferentes dispositivos de la red de salud mental.

Se excluye de la investigación la Unidad de Psicogeriatría, donde realizar una aproximación a la calidad de vida resultaría complicado debido al deterioro físico y cognitivo de los pacientes. También hemos descartado la Unidad de Media Estancia, puesto que en ella los pacientes están ingresados durante un breve periodo de tiempo, entre 6 y 12 meses, lo que impide realizar una valoración de la calidad de vida.

1.3 Objetivos.

Para llevar a cabo esta investigación se plantean tres objetivos generales y de cada uno de ellos, se concreta los objetivos específicos que se exponen a continuación.

A. Analizar el perfil y las características de los pacientes ingresados en la Unidad de Larga Estancia del Centro de Rehabilitación Psicosocial “Nuestra Señora del Pilar” en Zaragoza.

- A1) Identificar las características sociodemográficas: sexo, edad, estado civil y situación económica.
- A2) Conocer el estado de salud y el grado de autonomía que tienen los pacientes.
- A3) Valorar la situación familiar y la red de apoyo con la que cuentan.

B. Conocer el punto de vista de los profesionales en relación a la calidad de vida de los pacientes de la Unidad de Larga Estancia del Centro de Rehabilitación Psicosocial “Nuestra Señora del Pilar” en Zaragoza.

- B1) Identificar los aspectos más relevantes respecto al concepto de calidad de vida de los pacientes de la Unidad de Larga Estancia entre los distintos profesionales.
- B2) Conocer cuáles son los aspectos que se mejorarían desde el punto de vista de los profesionales.

C. Establecer propuestas de mejora para potenciar la calidad de vida e integración de las personas con trastorno mental grave en la comunidad.

1.4 Delimitación del ámbito de la investigación.

A continuación se describe la población objetivo de estudio enmarcada en el ámbito geográfico y temporal correspondiente.

Población objeto de estudio.

La población de este estudio son los pacientes atendidos en la Unidad de Larga Estancia del Centro de Rehabilitación Psicosocial “Nuestra Señora del Pilar” en la ciudad de Zaragoza, a fecha 1 de Enero de 2016.

La población de la ULE consta de 68 pacientes, esta se analizará en su totalidad dada la dimensión de la misma. Al tratarse de un centro en el que pueden existir altas o bajas, mantendremos la muestra inicial. El hecho de que esta situación pueda variar, no repercutirá en el objetivo del estudio, ya que la información que emplearemos esta recogida de forma previa.

Ámbito geográfico.

El CRP “Nuestra Señora del Pilar” pertenece al sector III de Salud y es dependiente del Servicio Aragonés de Salud. Está situado en la ciudad de Zaragoza, en el Barrio Delicias, en concreto, en la Calle Duquesa Villahermosa, en el entorno del Parque Delicias.

Ámbito temporal.

La presente investigación se ha llevado a cabo durante el 2º Cuatrimestre del Grado de Trabajo Social, entre los meses de enero y junio de 2016.

2. METODOLOGÍA.

2.1 Tipo de investigación.

En este apartado hemos definido el tipo de investigación que desarrollamos según la finalidad, los objetivos, el alcance temporal, las fuentes y las técnicas utilizadas.

- Según la finalidad es una investigación de carácter aplicado, ya que hemos empleado los conocimientos adquiridos a lo largo de la investigación con la finalidad de tratar de mejorar la calidad vida de los pacientes de la ULE.
- Según los objetivos se trata de una investigación descriptiva, realizando un análisis de la población objeto de estudio y de la realidad de la ULE; para ello hemos analizado los indicadores relativos a la calidad de vida junto con entrevistas a varios profesionales de la unidad.
- Según el alcance temporal es de carácter transversal; la recogida de información ha tenido lugar en un único momento en el tiempo, entre los meses de enero a junio de 2016.
- Según las fuentes utilizadas es mixta puesto que la información recogida es tanto de carácter primario (información relativa a los pacientes), como de carácter secundario (información referente a calidad de vida, trabajo social y salud mental, etc. a través de revisión bibliográfica).
- Finalmente, según las técnicas empleadas, es mixta, ya que se han utilizado técnicas tanto de carácter cualitativo como cuantitativo.

2.2 Fuentes de información y técnicas de datos.

A continuación expondremos el procedimiento metodológico haciendo referencia a las técnicas de recolección y análisis de datos.

El primer paso para la iniciar la investigación ha sido una revisión bibliográfica y documental, a través de la cual hemos recopilado la información más relevante y necesaria para el presente trabajo.

La revisión bibliográfica está centrada principalmente en temas de salud mental, de calidad de vida y de Trabajo Social. La información sobre el concepto de calidad de vida es amplia y variada debido a las numerosas revisiones bibliográficas y los diferentes enfoques y disciplinas desde los que se estudia, por lo que hemos realizado una selección de autores y modelos de calidad de vida relevantes, que mejor se adaptan a nuestro trabajo para la elaboración del marco teórico.

La información recopilada ha sido obtenida a través de diferentes fuentes: libros de la facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo, artículos de revistas entre los que destacamos Cuadernos de Trabajo Social, Portularia, Agathos y Tratados en Psiquiatría. También legislación referente a la sanidad en general y enfermedad mental (Ley General de Sanidad 14/1986 y Plan Estratégico 2002-2010 de atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón) y diferentes portales de organizaciones oficiales, como son la Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Sanidad o Servicios Sociales e Igualdad, entre otros. En cuanto a las herramientas de búsqueda más utilizadas estas han sido Google Académico, Dialnet, Catalógo Roble y Redalyc.

En cuanto a la elaboración del perfil y características de los pacientes de la ULE se han utilizado como fuente de información las historias sociales de los usuarios del centro (ver *Anexo II*). Para la identificación de las variables de estudio procedentes de estos, la información se volcará en una base de datos Excel, para su posterior análisis de tipo descriptivo. Todas las variables se han clasificado teniendo en cuenta el sexo para así obtener una perspectiva de género.

Las variables e indicadores seleccionados son los siguientes:

1. Características sociodemográficas: sexo, edad y estado civil.
2. Enfermedad mental diagnosticada (psicopatología principal): enfermedad diagnosticada, grado de discapacidad reconocido, así como la vinculación en la ULE, definida como tiempo de permanencia.
3. Situación jurídica y dependencia: tipo de incapacidad, tutor legal y grado de dependencia reconocido.
4. Situación económica: tipo de prestación percibida.
5. Redes de apoyo informales: domicilio de referencia y características del cuidador principal.

2.3 La entrevista.

Para la consecución del segundo objetivo “conocer el punto de los diferentes profesiones, en relación a la calidad de vida de los pacientes de ULE del CRP Nuestra Señora del Pilar”, hemos optado por un enfoque cualitativo utilizando la técnica de la entrevista semiestructurada como principal herramienta para obtener la información necesaria (ver *Anexo IV*).

En cuanto al procedimiento, se han realizado cuatro entrevistas personales a diversos profesionales de la ULE con diferente perfil profesional, una larga trayectoria de trabajo en el centro y grandes conocedores de los usuarios y de su entorno.

Las entrevistas han sido realizadas durante el mes de mayo en el propio centro, en el despacho de cada uno de los profesionales. En todas las entrevistas hemos asistido las tres integrantes del Trabajo Fin de Grado, ejerciendo una el papel de entrevistadora y dos como observadoras participantes. Antes de comenzar se les entregó un consentimiento informado donde se recogían los objetivos del estudio, posibilitando la grabación de las entrevistas garantizando la confidencialidad de la información y el derecho a desvincularse de la investigación en cualquier momento. Junto a este consentimiento, se les adjuntó un documento con dos tablas haciendo referencia a dos preguntas de la entrevista. El tiempo medio de duración de las entrevistas realizadas ha sido de treinta minutos, fluctuando entre veinte y sesenta minutos.

Para mantener el anonimato de los profesionales hacemos referencia a ellos con el pseudónimo “Profesional” asignándoles un número según el orden temporal en el que se llevaron a cabo las entrevistas (ej. Profesional 1, Profesional 2, etc.).

Hemos elegido la opción de entrevista semiestructurada ya que “dispone de un guión, que recoge los temas que debe tratar a lo largo de la entrevista. Sin embargo, el orden en el que se abordan los diversos temas y el modo de formular las preguntas se deja a libre decisión y valoración del entrevistador” (Corbetta, 2003, p. 376). Respecto al tipo de preguntas, todas siguen la misma línea y se caracterizan por ser de opinión, según la clasificación de Mertens (en Hernández, et al., 2010), puesto que el objetivo es conocer el punto de vista y percepciones de los diferentes profesionales de la unidad. Las entrevistas (ver *Anexo IV*) han sido estructuradas en tres bloques diferenciados:

i. Contextualización profesional: este primer bloque a modo introductorio busca establecer un clima de confianza y acercamiento. Consta de tres preguntas orientadas a conocer la experiencia laboral en el ámbito de la salud mental, así como la función que le corresponde a cada profesional dentro del equipo multidisciplinar del CRP.

ii. Identificación de los aspectos más relevantes respecto al concepto de calidad de vida de los pacientes de ULE: en este bloque hacemos referencia a las dimensiones de la calidad de vida organizadas en una tabla, con el objetivo de que los profesionales evalúen estas según el grado de importancia. Además, podemos distinguir por un lado, el ámbito sanitario de los pacientes que cuenta con cuatro preguntas, y por otro lado, la familia o redes de apoyo de las que disponen, que cuenta con tres preguntas para conocer la importancia de mantener un vínculo familiar y/o social y potenciar la relación familia-usuario.

Además de realizar estas preguntas, los profesionales deberán valorar con una puntuación del 1 al 5 las diferentes dimensiones que afectan al nivel de calidad de vida según Shalock, y que hemos adaptado a las características de los pacientes. Estas dimensiones son las siguientes: bienestar material, relaciones intrapersonales, desarrollo personal, bienestar físico, inclusión social y derechos.

iii. Relación profesional-usuario y propuestas de mejora: este bloque está constituido por tres preguntas. La primera hace referencia al vínculo establecido entre profesional y usuario y la manera en la que afecta en el proceso de intervención y el resto, están orientadas a las propuestas de mejora que se llevarían a cabo desde el CRP y desde la red de salud mental pública.

Por último, finalizaremos las entrevistas con una pregunta de cierre en la que los profesionales deben de valorar la calidad de vida de sus pacientes como conclusión de todo lo expuesto anteriormente.

Análisis del discurso.

Tras haber realizado y transcrita las entrevistas, hemos procedido al análisis de la información obtenida para la consecución del segundo objetivo de nuestro trabajo, seleccionando los aspectos más relevantes. Para la presentación de la información nos apoyamos en Corbetta (2003) utilizando relatos de episodios:

“descripción de casos, a menudo utilizando la mismas palabras de los entrevistados para no alterar el material recogido y transmitir al lector la inmediatez de las situaciones estudiadas. La forma estándar de proceder en la presentación de los resultados es la siguiente: se desarrolla un razonamiento, y para apoyarlo y explicarlo se produce un fragmento de entrevista”. (p.367).

2.4 Dificultades en cuanto a herramientas para la aproximación al concepto de “calidad de vida”.

Finalmente queremos plantear las dificultades que nos han surgido en cuanto a nuestra idea inicial de realizar entrevistas/cuestionarios a los pacientes de la ULE, para realizar la aproximación al concepto de calidad de vida, que nos permitiese elaborar un análisis de carácter objetivo y desde el punto de vista de los usuarios. Sin embargo, tras realizar una revisión bibliográfica relativa a los instrumentos específicos para evaluar la calidad de vida en pacientes con TMG, pudimos comprobar que muchas de estas herramientas no se adecuaban a las características de nuestra muestra objeto de estudio, ya que su contenido podía resultar algo descontextualizado, o no disponíamos de la información adecuada para su posterior interpretación.

La dificultad para realizar una evaluación a los pacientes con un TMG se debe a que tienen afectadas múltiples y diversas áreas de funcionamiento, como pueden ser alteraciones cognitivas y afectivas, trastornos de la comunicación verbal, efectos secundarios de los antipsicóticos y el olvido.

Por otra parte, este colectivo presenta problemas a la hora de mantener la atención. “con frecuencia [...] suelen ser también más susceptibles al cansancio y al temor o los sentimientos de fracaso, sobre todo si las preguntas representan algún grado de dificultad (por ejemplo, las referidas a conceptos espaciales y temporales)” (FEAPS, s.f.,p.46).

Todas las dificultades anteriormente citadas han hecho que la figura que nos pueda proporcionar información relativa a la calidad de vida sean los profesionales de ULE, quienes tienen un conocimiento actual y global de los pacientes debido al contacto diario y a que semestralmente realizan una valoración de la rehabilitación psicosocial a través del PIRR⁴ (ver *Anexo III*) donde se evalúan algunas de las dimensiones que hemos empleado para aproximarnos a la calidad de vida.

⁴ PIRR: Plan Individualizado de Rehabilitación y Reinserción.

3. MARCO TEÓRICO.

El siguiente apartado se articula en cuatro grandes bloques: marco institucional del CRP “Nuestra Señora del Pilar, una referencia al trastorno mental y trastorno mental grave, así como una revisión bibliográfica sobre el concepto de calidad de vida y su evolución, y finalmente un apartado de trabajo social en el ámbito de la salud y la salud mental, junto con la intervención especializada del trabajador social en salud mental.

3.1 Marco institucional del Centro de Rehabilitación Psicosocial.

El origen del Centro de Rehabilitación Psicosocial “Nuestra señora del Pilar” se remonta al año 1425, cuando por orden del Rey Don Alonso V se mandó a construir una entidad benéfica que tuviese como objetivo el atender a todas aquellas personas que padeciesen algún problema de salud común o mental. A dicha entidad benéfica, se le denominó Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia debido a su proximidad al convento San Francisco, sin embargo popularmente se le conocía como “Manicomio”.

A lo largo de los años, este centro ha cambiado de emplazamiento en varias ocasiones, debido a problemas relativos al deterioro de las infraestructuras o capacidad de este:

- Traslado del hospital a la Casa de las Convalecencias.
- En 1829, construcción de un edificio anexo para separar a los enfermos mentales del resto de pacientes. En 1873, dicho edificio se quedó pequeño y obsoleto. Se busca nuevo emplazamiento.
- Manuel Dronda cede sus tierras para el nuevo emplazamiento del Hospital.
- La Diputación Provincial compra las huertas cercanas para ampliar el terreno y crear un Hospital más grande para atender a la población.
- En 1878, comienzan las obras para la edificación del Hospital.
- En 1890, se comienza a construir el tercer pabellón.
- En 1904, se reanudan las obras y se construyen 5 pabellones.
- En 1913, la Diputación Provincial cede gratuitamente el Hospital al Estado porque no puede hacerse cargo de los gastos.
- En 1968, según el Plan de Ordenación Urbana de Zaragoza, el Hospital se consideró zona verde del barrio.

- En 1989, el Consistorio firmo un convenio con la Diputación Provincial donde se permutaban parte de los terrenos del Hospital Psiquiátrico por otros terrenos en Vía Hispanidad.
- En 2014, el Pabellón de San Juan es desalojado por peligro de derrumbamiento⁵.

Actualmente el Centro de Rehabilitación Psicosocial se encuentra dividido en dos centros⁶:

1. El Centro de Duquesa⁷, compuesto por:
 - Pabellón Infanta Isabel (Unidad de larga estancia - ULE)
 - Pabellón Alonso V (Unidad de Media estancia- UME)
 - Pabellón de San Juan, actualmente en desuso debido a su deterioro.
 - Pabellón Dronda
 - Interpabellones
2. El Centro de Psicogeriatría⁸, en el que se localizan:
 - V Pabellón
 - VI Pabellón

El CRP “Nuestra Señora del Pilar” es un centro sociosanitario de naturaleza pública, dependiente de la Gerencia del Sector III sanitario, cuyo objetivo principal es la rehabilitación y recuperación psicosocial de las personas, mayores de edad, que padecen algún tipo de TMG. A pesar de encontrarse dentro del Sector Sanitario III, este presta servicio a toda las personas residentes en Zaragoza, que debido a su TMG requiera de tratamiento, y que previamente haya sido aceptada por la Comisión de ingresos.

Este centro cuenta con un personal sanitario especializado que da lugar a tres equipos multidisciplinares, uno por unidad, compuestos por: psiquiatra, médico de familia, trabajadora social, psicóloga⁹, terapeuta ocupacional, enfermeros/as y auxiliares de enfermería, los cuales trabajan de forma de forma conjunta para la consecución de los objetivos plasmados en el Plan Individualizados de Rehabilitación y Reinserción (PIRR).

⁵ Información extraída de “*Origen hospital psiquiátrico*” de Pascual Orduna.

⁶ Información de elaboración propia a partir de documentación inédita del CRP.

⁷ Calle Duquesa Villahermosa 66-68.

⁸ Calle Nuestra Señora de los Ángeles 20

⁹ Solo la Unidad de Media estancia dispone de esta profesional.

Planteamiento Filosófico.

Misión: “prestar una atención integral en Salud Mental y Rehabilitación Psicosocial. Esta atención irá destinada a proporcionar a nuestros clientes la restitución de su salud mental o las capacidades psiquiátricas suficientes para conseguir la mejor adaptación personal, familiar, social y laboral en cada momento de la evolución de su proceso” (CRP “Nuestra Señora del Pilar”, s.f., *documentación inédita*).

Visión: “quiere ser una organización sanitaria excelente, conseguir la máxima satisfacción de sus pacientes y sus familiares y lograr la máxima satisfacción para las personas que con su trabajo lo hacen posible”. (CRP “Nuestra Señora del Pilar”, s.f., *documentación inédita*).

Prestaciones y servicios que ofrece el centro.

El CRP como centro no oferta ningún tipo de prestación económica sin embargo, desde el área de trabajo social sí que se solicitan prestación de diversa índole en beneficio de los pacientes así, como los servicios necesarios para un buen desarrollo de la atención residencial del paciente.

En cuanto a los servicios ofrecidos, se proporcionan los propios de una institución psiquiátrica (atención psicológica, atención médico-psiquiátrica, enfermería especializada, trabajador social, etc) junto con servicios no dependientes del sistema sanitario, como son la podología y cafetería. Además también se incluyen acompañamientos médicos y terapéuticos ofertados en los casos en los que los usuarios carecen de una red de apoyo, por ello el CRP se coordina con empresas como ASAPME, 2aVIA o Atudomi.

Funcionamiento interno del centro.

El acceso al CRP¹⁰, al igual que al resto de dispositivos de salud mental especializados, se realiza a propuesta de los profesionales que atienden el caso y está determinado por la Comisión de Ingresos del sector, quien resuelve la pertinencia o no del paciente en el recurso adecuado y la priorización del mismo.

¹⁰ Información de elaboración propia a partir de documentación inédita del CRP.

La valoración del caso se realizará en base a la siguiente documentación:

- Informe psiquiátrico, emitido por el psiquiatra de referencia.
- Informe social.
- Solicitud de ingresos.
- Escalas de cronicidad y de HONOS.
- Consentimiento informado del paciente o tutor legal.

Una vez la comisión acepta el ingreso y decide la unidad de rehabilitación más adecuada para el usuario, se activa el protocolo de ingreso o se le pone en lista de espera.

En función de la evolución del paciente y de cara a su salida del centro se puede dar dos supuestos:

1. Salida del centro: puede producirse por diferentes vías
 - a. Traslado a otro centro.
 - b. Alta voluntaria.
 - c. Alta médica.
2. Traslado a otra de las unidades del CRP: Se solicita a la Comisión de ingresos la valoración de la pertinencia del cambio de unidad.

El protocolo de alta constituido por el informe médico, social y cuidados de enfermería, asegura la continuidad de la atención a través de la derivación a los recursos comunitarios.

Financiación de la institución.

El CRP “Nuestra Señora del Pilar” es un centro de carácter público cuya principal fuente de financiación provienen del Servicio Aragonés de Salud. Sin embargo, al tratarse de una institución psiquiátrica con estancia hospitalaria se contempla la tasa hospitalaria.

Actualmente el precio¹¹ diario de estancia en el “CRP” es de 24,59 € lo que supone una facturación mensual de 762,29 € por paciente, este precio variará en función del número de noches que el paciente no pernocta en el centro, ya que esos días no se cobran.

¹¹Los precios de estancia se modifican anualmente.

A pesar de contemplarse esta tasa hospitalaria, la orden del 31 de mayo de 1993, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo del Gobierno de Aragón, en el artículo tercero recoge el supuesto de reducción total o parcial de dicho pago¹²en caso de que exista una mala circunstancia económica. En estos casos el trabajador/a del centro será el encargado de solicitar dicha reducción.

Tabla 1. Baremación del copago.

RENTA PER CÁPITA MENSUAL	REDUCCIÓN DE LA TASA	TASA DIARIA	TASA MENSUAL
Hasta 239.96 €	80%	4.92	152.52€
De 239.96 hasta 373.96 €	70%	7.38	228.68€
De 373.96 hasta 514.21 €	60%	9.84	305.04€
De 514.21 hasta 612.90 €	40%	14.75	457.25€
De 612.90 hasta 721.97 €	25%	18.44	571.64
De 721.97 en adelante	Ninguna		

Fuente: elaboración propia a partir de la información del CRP (2016).

¹²la reducción del copago se calcula en relación a la renta per cápita mensual que percibe el usuario.

3.2 Trastorno Mental y Trastorno Mental Grave.

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales elaborado por la Asociación Americana de psiquiatría para que un trastorno mental sea considerado como tal debe cumplir una serie de aspectos que se recogen en la siguiente definición:

“Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Los comportamiento socialmente anómalos (ya sean políticos, religiosos o sexuales) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales, salvo que la anomalía o conflicto se debe a una disfunción del individuo como las descritas anteriormente”. (DSM V, 2014, p.20).

La definición más aceptada de Trastorno Mental es la de la Organización Mundial de la Salud que “incluye los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos). Todas las categorías diagnósticas incluidas en TMG tienen la consideración de psicóticas, en sentido amplio. Se entiende por tal no sólo la presencia de síntomas positivos y negativos, sino también un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, que impliquen una percepción distorsionada de la realidad”(OMS, 1992).

Para que un trastorno mental se considere grave se analizan tres dimensiones:

Diagnóstico clínico.

Los TMG entran dentro del grupo de la psicosis (fundamentalmente trastorno esquizofrénico, trastorno bipolar, trastornos de la personalidad límite grave y depresiones mayores), pero también otros trastornos relacionados. En el caso de los pacientes de ULE la psicopatología principal es la esquizofrenia.

Este grupo de trastornos incluye la presencia de síntomas positivos y negativos, un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, que implican una percepción distorsionada de la realidad. Actualmente, para la clasificación de estos trastornos mentales se utilizan el DSM-V (APA, 1994) o la CIE-10, este último es el que se emplea dentro de la Red de Salud Mental en Aragón.

Duración de la enfermedad y del tratamiento.

El requisito para ser considerado “enfermo crónico” es haber superado los dos años de tratamiento sin una evolución favorable en todo ese tiempo.

Presencia de discapacidad o impacto en el funcionamiento global de la persona.

Existencia de una disfunción moderada o severa del funcionamiento global, que indica afectación del ámbito laboral, social y familiar.

3.3 Calidad de vida.

El interés sobre la calidad de vida ha estado presente a lo largo del tiempo. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo, es relativamente reciente. Son muchos los planteamientos de diferentes autores en referencia a la calidad de vida.

La popularización de este se produce en Estados Unidos en torno a los años 60, en el contexto posterior a la segunda guerra mundial. Actualmente es un concepto utilizado en ámbitos muy diversos como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general. En este momento la calidad de vida aparece en los debates públicos en relación al medio ambiente y deterioro de las condiciones de vida urbana y una preocupación por las consecuencias de la industrialización. Es en este momento cuando surge “la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar los subjetivos (Arostegui, 1998)” (citado en Vela et al., 2000, p.1).

Posteriormente, entre los años 70 y 80 se produce el desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales lo que implicará que el concepto de calidad de vida adquiera un carácter integrador y multidimensional que engloba las diferentes áreas de la vida, tanto a nivel objetivo como subjetivo. El carácter ambiguo y complejo de este término ha dado lugar a numerosas definiciones:

Para Quintero (1992) la calidad de vida es un “indicador multidimensional de bienestar material y espiritual del hombre en un marco social y cultural determinado” (citado en Perea, 2011, p.17).

Para Cummis (1998) “la calidad de vida es objetiva y subjetiva y cada dimensión procede de la agregación de varios dominios: bienestar material, salud, productividad, intimidad, comunidad y bienestar emocional. Los dominios objetivos comprenden las medidas objetivas de bienestar. Los dominios subjetivos la satisfacción ponderada por la importancia del individuo” (citado en Perea, 2011, p. 15).

Siguiendo a Espinoza, la calidad de vida es “un constructo histórico y cultural de valores, sujeto a las variables de tiempo, espacio e imaginarios, con los singulares grados y alcances de desarrollo de cada época y sociedad...[razón por lo cual]... resulta pretencioso aspirar a unificar un único criterio de calidad de vida. Los valores, apetencias e idearios varían notoriamente en el tiempo y el interior de las esferas y estratos que conforman las estructuras sociales” (Espinoza, 2000, p.4).

Tonón incluye en la calidad de vida “las descripciones de las circunstancias de una persona (condición objetiva), así como las percepciones y sentimientos, considerados ambos ante las reacciones ante dichas circunstancias (condición subjetiva)” (citado en Nuñez et.al., 2010, p.12).

Aunque no existe un consenso respecto al término, a nivel internacional la definición que mayor aceptación tiene es la de Organización Mundial de la Salud quien la define como “la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores, que el vive en relación a sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones (WHOQOL Group, 1995)”. (citado en Montero et.al, 64-65).

Se trata de un concepto amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.

Como podemos observar la mayoría de las definiciones presentan un denominador común, una dimensión objetiva y subjetiva de las condiciones de vida y la satisfacción de la persona en relación a sus necesidades. En el caso de los pacientes con TMG, la dimensión subjetiva es difícilmente evaluable ya que la patología psiquiátrica que padecen influye en esta.

Partiendo de la información que hemos podido recoger en el CRP a través de las historias sociales y base de datos del centro, tomaremos el modelo de calidad de vida de Shalock y Verdugo para la realización del análisis descriptivo para realizar la aproximación a la calidad de vida.

La definición de Shalock, muy utilizada en el ámbito de la salud mental y aceptada por la comunidad científica, incluye el concepto de autodeterminación como dimensión clave, entendiendo la calidad de vida “concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación a ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida”. (Verdugo y Martín, 2002, p. 70). Se trata de un enfoque multidimensional cuyas dimensiones con sus correspondientes indicadores se exponen a continuación:

- Bienestar emocional: seguridad, ausencia de estrés, felicidad y satisfacción con uno mismo.
- Relaciones interpersonales: conformado por la familia, amistades, otros apoyos, afecto, intimidad e interacciones.
- Bienestar material: seguridad, alimentos, derechos, empleo, pertenencias y estatus socioeconómico.
- Desarrollo personal: habilidades, realización personal, capacidad resolutiva, competencia personal y formación.
- Bienestar físico: nutrición, salud, ocio, actividades de la vida diaria y movilidad.
- Autodeterminación: autonomía en la toma de decisiones, elecciones, control personal, autorregulación, valores y metas personales.
- Inclusión social: aceptación, apoyos, participación en la comunidad, roles, entorno residencial, actividades de voluntariado, estatus y ambiente laboral
- Derechos: privacidad, voto, responsabilidad civil, acceso a derechos y libertades reconocidos así como protecciones especiales.

3.4 Trabajo social en el ámbito de la salud.

Trabajo Social Sanitario.

El Trabajo Social Sanitario tiene su origen en 1905, en EEUU, con la creación del Servicio Social Médico por parte de Richard Cabot e Ida M.Cannon en el Hospital General de Massachussets. Nace como disciplina vinculada a la ciencia médica con el objetivo de facilitar asistencia directa basada en el contacto personal y soporte emocional de las personas que sufren alguna enfermedad, así como a sus familiares mediante la relación de ayuda. Sin embargo, no será hasta 1962 cuando se regule la inclusión de los asistentes sociales en los servicios sanitarios y su posterior regulación específica del trabajo social en los centros hospitalarios en 1977. En el caso de España, el origen es más tardío, no será hasta el año 1932 cuando el Doctor Roviralta cree la primera escuela de Trabajo Social en Barcelona. En la década de los 50, “aparecen los Servicios de Asistencia Social en los hospitales y poco después se inician los esfuerzos del colectivo profesional para constituir las primeras Asociaciones Profesionales de Asistentes Sociales, que desembocarían, años más tarde, en los Colegios Profesionales actuales” (Consejo General del Trabajo Social, s.f.,p.1).

Actualmente, el trabajo social sanitario es la especialización del trabajo social que se desarrolla y ejerce dentro del sistema sanitario en atención primaria, atención sociosanitaria o atención especializada.

Definiciones.

En cuanto a la definición del concepto de trabajo social sanitario, no existe un consenso sobre este término; numerosas entidades y autores lo han definido centrándose en diferentes aspectos. En nuestro caso hemos elegido las siguientes:

Desde el Consejo General del Colegio de Trabajadores Sociales y Asistentes Sociales de España, 2003, se define con respecto al Trabajo Social Sanitario:

“que corresponde a estos profesionales realizar las actividades de estudio y análisis de los factores sociales que condiciona la salud individual, familiar y comunitaria, promover la organización de la población para la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la recuperación, la rehabilitación, así como facilitar las tareas de reinserción actuando sobre el medio socioeconómico, ambiental, familiar y social en general”. (citado en Aretio, 2010, p.295).

En Mayo de 2012, el XI Congreso Estatal de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud, concluyó que el Trabajo Social es entendido como:

“actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen en relación a las situaciones de enfermedad tanto si influyen en su desencadenamiento como si derivan de ellas”

Para Dolors Colom:

“El Trabajo Social Sanitario es la teoría que guía la práctica, la especialización del trabajo social, como indica el calificativo en el ámbito sanitario. [...] El Trabajo Social Sanitario es la atención a las personas enfermas y sus familias, siempre tratadas en los establecimientos del sistema sanitario. El trabajador social sanitario trata las realidades, los hechos que como consecuencia de una enfermedad de su tratamiento, conforman el corolario social de las personas enfermas de su familia o red íntima” (Colom, 2008, p. 23).

Trabajo Social en Salud mental.

El Trabajo Social en Salud Mental se considera una especialización profesional cuyo origen lo encontramos “en los EEUU, a principios del siglo XX cuando 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”. (Garces, 2010, p.334). Es en el 1904, cuando por iniciativa de Adolph Meyer se integran los trabajadores sociales en el equipo multidisciplinar y poco a poco fueron teniendo una mayor relevancia e importancia debido a que se empieza a tener en cuenta el aspecto social de los individuos. Sin embargo, la incorporación de la figura del trabajador social en España “en los equipos psiquiátricos es mucho más tardía. Un referente importante es la Escuela de Visitadoras Psiquiátricas fundada en Barcelona, desde la Cátedra de Psiquiatría, en 1953”. (Miranda, 2015, p.77).

La década de los 70 se caracterizó por la falta de recursos sociales y la escasa red de beneficencia-asistencia social y además, el sistema psiquiátrico se identificaba con una estructura manicomial. Es en la década de los 80 cuando “se produce un gran cambio en la concepción del enfermo mental, pasando a ser una persona sujeto de derechos y obligaciones que precisa una intervención técnica, psicológica y social” (Garcés, 2010, p. 335).

Con el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985 “se asiste a una nueva ordenación y estructuración de los recursos: disminuyen las camas de larga estancia, se crean unidades de hospitalización en hospitales generales, equipos de salud mental ambulatorios, etc.” (Plan Estratégico, 2002-2010, p.9), produciéndose así una transformación sustancial de la atención en el ámbito de la salud mental.

Tras la aprobación de la Ley General de Sanidad¹³, en 1986, se integra la asistencia psiquiátrica al sistema sanitario.

En el caso concreto de la Comunidad Autónoma de Aragón la figura del trabajador social en el ámbito sanitario se recoge en el Plan Estratégico de Salud Mental 2002-2010, en el que se aconseja la presencia de uno de estos profesionales cada 50 pacientes. La atención sociosanitaria que proporciona el trabajador social, se presta desde los centros especializados de la red de Salud Mental (Centros de Salud Mental, Centros de Rehabilitación Psicosocial, hospitales de día, etc.).

Desde la cartera de servicios de atención a la Salud Mental del Sistema de Salud de Aragón, (2006), los servicios básicos que se deben ofrecer desde el área de trabajo social en cualquier dispositivo de la red de Salud Mental son:

- Estudio de las necesidades sociofamiliares: 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:
 - o Elaboración del Proyecto de Intervención Sociofamiliar
 - o Ejecución de Proyecto de Intervención a nivel individual, familiar, grupal y comunitario
 - o Evaluación de la intervención
 - o Seguimiento
- Coordinación con Servicios Sociales y otros Sistemas de Protección Social

¹³ Art. 20.1 “La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría”. Art. 20.2: “La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales”.

Estos servicios básicos se traducen en tres funciones: atención directa, coordinación y función preventiva, de promoción e inserción social.

Actualmente, la atención sanitaria en Salud Mental es realizada a través de una red de dispositivos especializados donde se tiene presente el Trabajo Social Clínico, modalidad del trabajo social y definido por Ituarte como:

“Forma especializada del trabajo social que, siguiendo el procedimiento científico y por medio de un proceso psicoterapéutico, trata de ayudar a personas, familias y/o grupos pequeños que se encuentran en situaciones de conflicto manifestadas por problemas psicosociales a que desarrollen sus capacidades tanto psicológicas como sociales, de forma que puedan hacer frente en mejores condiciones tanto a sus problemas actuales como a otras situaciones conflictivas que pudieran presentárseles en el futuro”. (Iтуarte, 1992, p.11).

Intervención del trabajador social en salud mental.

Desde los equipos de Salud Mental se trabaja en la reinserción y rehabilitación teniendo presente siempre la prevención y promoción de la salud. El trabajador social en Salud Mental interviene de forma coordinada con el resto del equipo interdisciplinar, integrando así las diferentes disciplinas que intervienen.

En el caso de los centros en los que predomina el modelo psicosocial, el equipo multidisciplinar se caracteriza por una estructura horizontal, es decir, el diagnóstico social clínico equivale al diagnóstico psiquiátrico, ya que ambos soportan el tratamiento del paciente. El trabajo social se centra en valorar la interacción que se produce entre el aspecto biológico, psicológico y social del paciente, para así elaborar una intervención clínica, ya que, es fundamental el área de lo social y los problemas que suscita. Los tres fundamentos principales por los que el Trabajo Social Clínico produce el cambio son: por medio de la relación interpersonal, por medio de cambios en la situación social, por medios de cambios en las relaciones con personas significativas en el espacio vital de los individuos. (Garcés, 2010, p.39).

Intervención del trabajador social en el CRP.

En el caso concreto del CRP “Nuestra Señora del Pilar” el servicio que se ofrece desde el área trabajo social se traduce en¹⁴:

- Atención directa a los pacientes de la unidad: entrevista inicial, evaluación, y seguimiento de objetivos terapéuticos de forma continuada.
- Informar y orientar a aquellos familiares que demanden atención en relación al proyecto rehabilitador que se está llevando a cabo con el paciente
- Salidas para acompañamiento terapéutico a los pacientes para realizar diversas gestiones.
- Elaboración de la ficha social y actualización de la misma.
- Apoyo a la inserción o reinserción en el mercado laboral, en caso de que haya posibilidades de ello.
- Supervisión y gestión del protocolo de compra de vestuario, tabaco y otros enseres, en colaboración con enfermería.
- Valoración de necesidades de acompañamiento y organización del mismo.
- Visitas domiciliarias si procede.
- Coordinación en programa de pisos si procede
- Coordinación interna:
 - o Participación en las reuniones diarias de coordinación del equipo multidisciplinar de la unidad para poder realizar un seguimiento completo e integral de los pacientes.
 - o Participación en la elaboración y seguimiento del PIRR (área social).
- Coordinación externa:
 - o Coordinación con el equipo de tutelas de adultos de la DGA
 - o Coordinación con otros servicios sociales o sistemas de protección social para informarse o para realizar gestiones de los pacientes de la unidad.
- Animación comunitaria:
 - o Promoción de la participación de los pacientes en actividades de tiempo libre organizadas por el área de terapia ocupacional y/o de tiempo libre comunitario.

¹⁴ Información de elaboración propia a partir de documentación inédita del CRP.

- Organización y participación en actividades grupales y actividades de ocio con los pacientes.
- Información, asesoramiento, gestión y derivación para prestaciones y servicios.
 - De los diferentes sistemas de protección social: SALUD, IASS, CMSS, SSB, INSS y Servicios sociales penitenciarios.
 - De los diferentes organismos y servicios: renovación DNI, TUZSA, bancos, podólogos, juzgados, etc.
- Elaboración de informes sociales.
 - Para solicitar la reducción de la tasa hospitalaria.
 - Rendición de cuentas para el juzgado.
 - Para la comisión de tutelas de la DGA.
 - Para altas hospitalarias.
 - Para solicitar recursos externos.
 - A petición del interesado.
 - Para la comisión de ingresos psiquiátricos para solicitar otros recursos de la red pública.
 - Para los organismos que lo soliciten.
- Gestión del banco interior:
 - Solicitud de reintegros.
 - Registro de entra y salida de dinero.
 - Contabilidad caja.
 - Administración dinero de bolsillo de aquellos pacientes que lo precisen.

La intervención que lleva a cabo el trabajador social en Salud Mental, la realiza de forma coordinada con el resto del equipo multidisciplinar, integrando así las diferentes disciplinas que intervienen.

4. PERFIL Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DE ULE

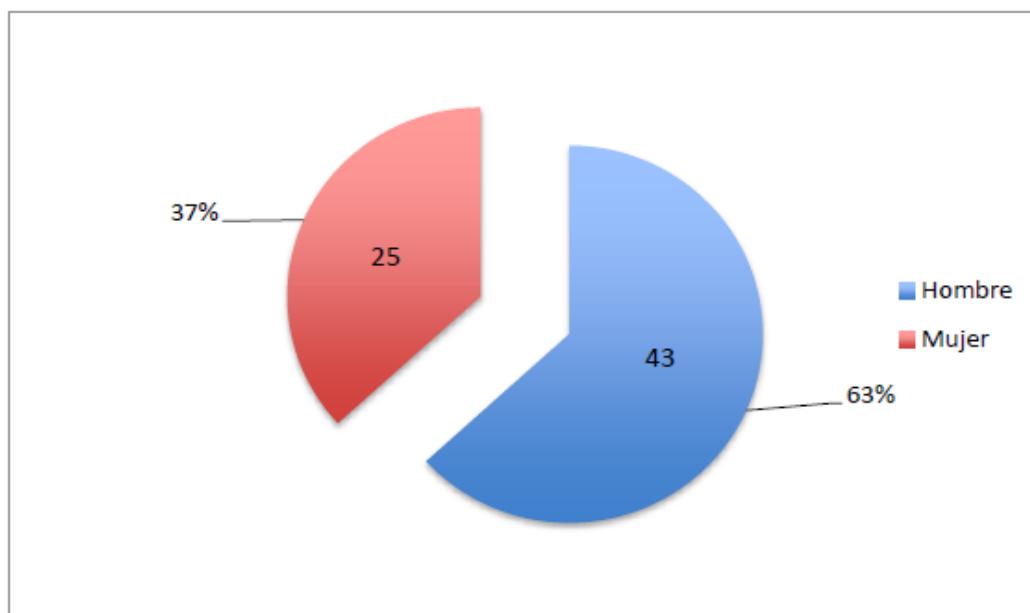
En el presente apartado se han estudiado las variables sociodemográficas y características de los pacientes. La información se ha estructurado en 2 gráficos referentes al sexo y estado civil y 15 tablas bivariadas en función del sexo, destacando los datos más significativos para cada variable.

4.1 Características sociodemográficas

A continuación se presenta el análisis de las variables sexo, edad y estado civil de los 68 pacientes de la ULE.

Como se puede observar en el *gráfico 1*, el número de pacientes hombres representan casi tres cuartas partes de la población total, frente a una minoría de pacientes mujeres. La población total de la ULE es de 68 pacientes, 43 hombres y 25 mujeres.

Gráfico 1. Sexo.



Fuente: elaboración propia a partir de la información del CRP (2016).

Para la media de edad de los pacientes esta es de 53 años aproximadamente con una moda de edad de 57 años y edades comprendidas entre los 28 y 75 años. Sin embargo, si analizamos estos datos teniendo en cuenta la variable sexo se puede observar como la edad mínima de los hombres es 11 años inferior a la de las mujeres (39 años), y una edad máxima de 8 años superior respecto a la edad de las mujeres (67 años).

Con respecto a los intervalos de edad (*tabla 3*), se puede observar que la mayoría de los pacientes se sitúan entre los rangos [46-55]-[56-65] en relación a las minorías situadas en los rangos extremos de edad.

Tabla 2. Edad.

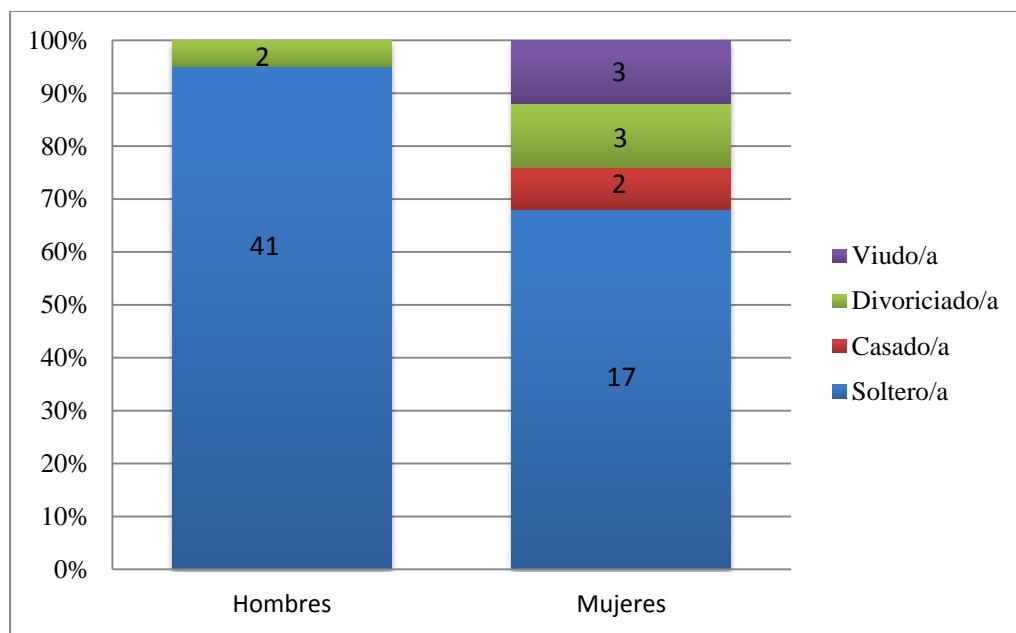
EDAD	SEXO				AMBOS SEXOS	
	Hombres		Mujeres			
	Nº	%	Nº	%		
25-35 años	3	7%	0	0%	3	
36-45 años	6	14%	3	12%	9	
46-55 años	14	33%	10	40%	24	
56-65 años	18	42%	8	32%	26	
66-75 años	2	5%	4	16%	6	
Total	43	100%	25	100%	68	

Fuente: elaboración propia a partir de la información del CRP (2016).

El *Gráfico 2* muestra un alto porcentaje de pacientes solteros/as en el que destaca el número de hombres que no han contraído matrimonio, 95%, frente al 68% de mujeres. Resaltar que ningún hombre está casado, por lo cual el número de viudos también es cero. Respecto a las mujeres se muestran datos diversos, dos están casadas y tres divorciadas y tres viudas.

El estado civil predominante es soltero/a, lo que determina y condiciona las redes de apoyo familiar, viéndose reducido el cuidado a progenitores y/o familiares de la red extensa.

Gráfico 2. Estado Civil.



Fuente: elaboración propia a partir de la información del CRP (2016).

4.2 Enfermedad mental diagnosticada, discapacidad y vinculación con el CRP

Los TMG son enfermedades altamente discapacitantes, lo que queda demostrado por los datos que hacen referencia a la situación de discapacidad reconocida

La psicopatología que prevalece, según la *tabla 5* entre los pacientes de ULE es la esquizofrenia para ambos sexos. Sin embargo, se aprecia mayor presencia de trastornos bipolares en el caso de las mujeres, 16% a diferencia de un 2% para los hombres.

Tabla 3. Enfermedad Mental Diagnosticada

ENFERMEDAD MENTAL DIAGNOSTICADA	SEXO				AMBOS SEXOS Total	
	Hombres		Mujeres			
	Nº	%	Nº	%		
Esquizofrenia	39	91%	18	72%	57	
Trastorno Bipolar	1	2%	4	16%	5	
Otros	3	7%	3	12%	6	
Total	43	100%	25	100%	68	

Fuente: elaboración propia a partir de la información del CRP (2016).

Como podemos apreciar en la siguiente tabla (*tabla 6*), los años de permanencia en el CRP se han establecido en rangos quinquenales que llevan ingresados los pacientes en la unidad.

Estos datos adquieren gran relevancia si tenemos en cuenta que la permanencia media de hombres y mujeres es de 11 y 10 años y una permanencia mínima y máxima para hombres que oscila entre 2 y 34 años respectivamente y para mujeres, entre 3 y 37 años.

El tiempo de permanencia superior a 20 años es de un 23% en hombres y un 16% en mujeres. Sin embargo, si la permanencia es superior a 30 años, estas cifras se invierten ya que el número de hombres (2%) es inferior al de mujeres (8%), datos que muestran una larga vinculación de los pacientes con la ULE.

Tabla 4. Tiempo de Permanencia.

TIEMPO DE PERMEANCIA	SEXO				AMBOS SEXOS Total	
	Hombres		Mujeres			
	Nº	%	Nº	%		
1-5 años	14	33%	7	28%	21	
6-10 años	12	28%	9	36%	21	
11-15 años	7	16%	5	20%	12	
16-20 años	4	9%	1	4%	5	
21- 25 años	2	5%	1	4%	3	
26-30 años	3	7%	0	0%	3	
31- 35 años	1	2%	1	4%	2	
36-40 años	0	0%	1	4%	1	
Total	43	100%	25	100%	68	

Fuente: elaboración propia a partir de la información del CRP (2016).

En la *tabla 7* se muestran los grados de discapacidad reconocidos de cada paciente siguiendo los porcentajes establecidos por el Instituto Aragonés de Servicios Sociales tras la valoración correspondiente, los cuales están regulados en el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad.

Según el Instituto de Mayores y Servicios Sociales, el reconocimiento y valoración del grado de discapacidad (recogidos en los anexos 1.A y 1.B en la ley anteriormente nombrada) se expresa en porcentajes. Este mide las limitaciones en la actividad de la persona derivada de las deficiencias físicas, mentales, intelectuales y sensoriales.

Teniendo en cuenta que el 100% de los pacientes de la ULE tienen reconocido alguno de los grados de discapacidad, al analizar estos datos para ambos sexos, el grado de discapacidad que más se repite es el de 65%-75%, seguido, aunque bastante de lejos, del grado 33%-64% y 75%-100%.

Al estudiar los datos según el sexo, podemos ver que el número de hombres con grado de discapacidad 33%-64% y 75%-100% es mayor al de mujeres, con una diferencia de 8 usuarios para ambos rangos.

Tabla 5. Grado de Discapacidad.

GRADO DE DISCAPACIDAD	SEXO				AMBOS SEXOS	
	Hombres		Mujeres			
	Nº	%	Nº	%		
33%-64%	10	23%	2	8%	12	
65%-75%	28	65%	20	80%	48	
75%-100%	5	12%	3	12%	8	
Total	43	100%	25	100%	68	

Fuente: elaboración propia a partir de la información del CRP (2016).

4.3 Situación jurídica y dependencia.

El siguiente apartado se compone de cuatro tablas las cuales hacen referencia tanto al estado de dependencia y grado reconocido, en caso de reconocimiento de esta, y situación jurídica de los pacientes, así como los tutores legales de los pacientes.

Según la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, es el Sistema de Atención y Ayuda a la Dependencia (SAAD), quien reconoce y otorga el grado correspondiente de dependencia: Grado I (Moderada), Grado II (Severa) y Grado III (Gran dependencia). Hablamos de dependencia cuando la capacidad del paciente es reducida o limitada en el autocuidado personal, necesitando así de un apoyo y supervisión de una tercera persona.

Como se puede observar en las *tablas 8 y 9* la mayoría de los pacientes de la unidad han solicitado el reconocimiento de la dependencia, no tienen reconocido o no se les ha concedido el grado de dependencia, frente a una minoría, 22 usuarios, que sí tienen reconocidos algunos de los grados.

Independientemente del sexo, el grado de dependencia que más se repite es el grado I y el único que no se ha reconocido para ninguno de los pacientes el grado III, el cual implica un cuidado indispensable de manera continua y permanente para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Sin embargo, si tenemos presente esta variable, se puede observar que existe una ligera mayoría de mujer con reconocimiento de la dependencia para el grado II.

Tabla 6. Dependencia.

DEPENDENCIA	SEXO				AMBOS SEXOS	
	Hombres		Mujeres			
	Nº	%	Nº	%		
No solicitada	20	47%	6	26%	26	
Solicitada y concedida	6	14%	3	13%	9	
Solicitada, en trámite	4	9%	4	9%	8	
Reconocido grado de dependencia	10	23%	12	52%	22	
Sin datos	3	7%	0	0	3	
Total	43	100%	25	100%	68	

Fuente: elaboración propia a partir de la información del CRP (2016).

Tabla 7. Grados de Dependencia.

GRADOS DE DEPENDENCIA	SEXO				AMBOS SEXOS Total	
	Hombres		Mujeres			
	Nº	%	Nº	%		
Grado I Moderada	8	80%	8	67%	16	
Grado II Severa	2	20%	4	33%	6	
Grado III Gran dependencia	0	0%	0	0%	0	
Total	10	100%	12	100%	22	

Fuente: elaboración propia a partir de la información del CRP (2016).

La *tabla 10* muestra 13 pacientes que no están incapacitados frente a 55 que se encuentran en situación de tutela o curatela, destacando el porcentaje de mujeres incapacitadas total o parcialmente (84%) frente a los hombres (79%).

Si en el análisis tenemos en cuenta la variable sexo y los indicadores de incapacitación jurídica¹⁵ (*tabla 11*) podemos ver que el ejercicio de la tutela¹⁶, tanto para hombres como para mujeres, recae principalmente en CTDJA¹⁷, con mayor presencia institucional en el caso de las mujeres.

En cuanto a la tutela ejercida por los familiares de los pacientes, para los hombres esta es ejercida en primer lugar por los hermanos/as y en segundo por los padres, mientras que en el caso de las mujeres esta situación se invierte. El que un gran porcentaje de los usuarios de la ULE se encuentren tutelados demuestra una limitación en la capacidad de obrar ya sea para la totalidad de los actos jurídicos o algunos en concreto.

Tabla 8. Incapacitación Jurídica.

INCAPACITACIÓN	SEXO				AMBOS SEXOS	
	Hombres		Mujeres			
	Nº	%	Nº	%		
No incapacitado	9	21%	4	16%	13	
Incapacitación, tutela	32	74%	20	80%	52	
Curatela	2	5%	1	4%	3	
Total	43	100%	25	100%	68	

Fuente: elaboración propia a partir de la información del CRP (2016).

¹⁵ Ver definición en *Anexo I Glosario*

¹⁶ Ver definición en *Anexo I Glosario*

¹⁷ Comisión de Tutelas y Defensa Judicial de Adultos.

Tabla 9.Tutor legal.

TUTOR LEGAL	SEXO				AMBOS SEXOS Total	
	Hombres		Mujeres			
	Nº	%	Nº	%		
Nombramiento de tutor en proceso	0	0%	1	5%	1	
Fundación	0	0%	1	5%	1	
CTDJA	13	38%	13	58%	26	
Padres	8	24%	1	5%	9	
Hermanos/as	11	32%	5	22%	16	
Primos /as	1	3%	1	5%	2	
Sobrinos/as	1	3%	0	0%	1	
Total	34	100%	22	100%	56	

Fuente: elaboración propia a partir de la información del CRP (2016)

4.4 Situación económica.

La situación económica se ha medido en función de si los pacientes perciben o no algún tipo de prestación tanto contributiva como no contributiva.

Del análisis de las *tablas 12 y 13* cabe destacar que el 100% de los hombres percibe una prestación económica mientras que para las mujeres esta cifra se reduce al 96%. Siendo la prestación familiar por hijo a cargo más complemento y la prestación no contributiva las prestaciones más concedidas a los usuarios. Teniendo en cuenta la variable sexo, se ve como el número de mujeres que cuentan con estas prestaciones es mayor que la de hombres, salvo en el caso de la pensión de invalidez absoluta donde el número de hombre, 12, es más elevado respecto al número de mujeres, 2. Destacar que la IPA es una prestación de carácter contributivo lo que implica una vinculación al mercado laboral mayor por parte de los hombres.

Analizada la situación económica de los pacientes y desde el punto de vista de la protección social, se puede afirmar que estos se encuentran económicamente cubiertos a pesar de que muchos no hayan estado vinculados al mercado laboral.

Tabla 10. Situación económica.

SITUACIÓN ECONÓMICA	SEXO				AMBOS SEXOS Total	
	Hombres		Mujeres			
	Nº	%	Nº	%		
No percibe prestación	0	0%	1	4%	1	
Si percibe prestación	43	100%	24	96%	67	
Total	43	100%	25	100%	68	

Fuente: elaboración propia a partir de la información del CRP (2016).

Tabla 11. Tipo de Prestación Percibida.

INDICADORES PRESTACIÓN PERCIBIDA	SEXO				AMBOS SEXOS Total	
	Hombres		Mujeres			
	Nº	%	Nº	%		
Prestación no contributiva	14	32	8	34	22	
Prestación familiar por hijo a cargo	2	5	2	8	4	
Prestación familiar por hijo a cargo más complemento ¹⁸	15	35	9	38	23	
Pensión de viudedad	0	0	2	8	2	
Pensión de invalidez absoluta	12	28	2	8	14	
Pensión clases pasivas	0	0	1	4	1	
Total	43	100%	24	100%	67	

Fuente: elaboración propia a partir de la información del CRP (2016).

¹⁸ El complemento puede hacer referencia a la situación de orfandad u orfandad absoluta.

4.5 Red informal de apoyo

Cuando hablamos del término domicilio de referencia, hacemos alusión a aquella vivienda a la que el paciente puede acudir siempre que este desee o disponga de un permiso terapéutico.

Teniendo en cuenta la *tabla 4*, la mitad de los pacientes de la unidad cuentan con un domicilio de referencia. Sin embargo, si tenemos presente la variable sexo se aprecian diferencias significativas, ya que el 60% de las mujeres no dispone de un domicilio de referencia, frente al 42% de hombres que tampoco cuentan con este.

El no disponer de un domicilio de referencia reduce los lazos afectivos con las familias, las cuales además de favorecer las relaciones interpersonales potencian el nexo entre el paciente y la sociedad.

Tabla 12. Domicilio de Referencia.

DOMICILIO D REFERENCIA	SEXO				AMBOS SEXOS	
	Hombres		Mujeres			
	Nº	%	Nº	%		
Si tiene	25	58%	10	40%	35	
No tiene	18	42%	15	60%	33	
Total	43	100%	25	100%	68	

Fuente: elaboración propia a partir de la información del CRP (2016).

Entendemos por cuidador principal a la persona o conjunto de personas, generalmente familiares, encargadas de complementar los cuidados ofrecidos por el centro: acompañamientos, salidas terapéuticas, compra de vestuario, etc.

En relación a la población cuidadora, se han identificado un total de 77 cuidadores, de los cuales 32 son hombres y 45 mujeres, lo que pone de manifiesto una feminización en la atención de los cuidados aunque existe bastante presencia masculina frente a otros colectivos.

Como se puede observar en la *tabla 14* “cuidador principal”, más del 60% de los usuarios disponen de uno o más cuidadores. En el caso de las mujeres, el porcentaje de dos o más cuidadores es superior al de los hombres, 28% y 23% respectivamente.

En la *tabla 15*, teniendo en cuenta, la variable edad de los cuidadores, se observa un claro envejecimiento de estos, ya que el 52% de los cuidadores y el 46% de las cuidadoras tienen más de 60 años con predominio de activo/a y jubilado/a, como las principales situaciones laborales.(*tabla 16*).

Si tenemos en cuenta el sexo de los cuidadores podemos ver que los porcentajes para las diferentes situaciones laborales son superiores en las mujeres, exceptuando la jubilación, donde el porcentaje de hombres, 53%, es bastante superior al de mujeres 33%.

Tabla 13. Cuidador Principal.

CUIDADOR PRINCIPAL	SEXO				AMBOS SEXOS Total	
	Hombres		Mujeres			
	Nº	%	Nº	%		
No tienen cuidador principal	4	9%	3	12%	7	
Tiene un cuidador principal	29	68%	15	60%	44	
Tiene dos o más cuidadores principales.	10	23%	7	28%	17	
Total	43	100%	25	100%	68	

Fuente: elaboración propia a partir de la información del CRP (2016).

Tabla 14. Edad de los Cuidadores.

RANGO DE EDAD DE LOS CUIDADORES	SEXO				AMBOS SEXOS Total	
	Hombres		Mujeres			
	Nº	%	Nº	%		
20-30 años	0	0%	1	2%	1	
31- 40 años	2	6%	3	7%	5	
41-50 años	2	6%	8	18%	10	
51-60 años	12	36%	12	27%	24	
61-70 años	12	36%	11	24%	23	
71-80 años	3	10%	6	13%	9	
81-90 años	2	6%	4	9%	6	
Total	32	100%	45	100%	77	

Fuente: elaboración propia a partir de la información del CRP (2016).

Tabla 15. Situación Laboral del Cuidador.

SITUACIÓN LABORAL DEL CUIDADOR	SEXO				AMBOS SEXOS Total	
	Hombres		Mujeres			
	Nº	%	Nº	%		
Activo /a	9	28%	22	49%	31	
Desempleado/a	2	6%	5	11%	7	
Jubilado/a	17	53%	15	33%	32	
Sin datos	4	13%	3	7%	7	
Total	32	100%	45	100%	77	

Fuente: elaboración propia a partir de la información del CRP (2016)

5. PUNTO DE VISTA DE LOS PROFESIONALES.

A continuación, hemos realizado un análisis de las entrevistas realizadas, donde se recogen los puntos de vista de varios profesionales de la unidad, en relación a la calidad de vida. Dicho análisis está estructurado en 3 bloques temáticos: aspectos sanitarios, aspectos familiares e integración social y relación profesional-usuario y propuestas de mejora.

Tras realizar las entrevistas a los profesionales del equipo multidisciplinar de ULE, podemos observar que todos cuentan con una amplia trayectoria profesional tanto en el ámbito sanitario, como en el ámbito de la salud mental, y más concretamente en el CRP, donde llevan ejerciendo su labor entre 5 y 23 años.

En el momento en el que se les pregunta sobre la importancia de trabajar en un equipo multidisciplinar, existe un acuerdo unánime entre todos los entrevistados quienes destacan la importancia de trabajar en un equipo multidisciplinar para el mejor abordaje de la enfermedad de las personas ingresadas, ya que esta permite cubrir las necesidades y problemas sanitarios desde una perspectiva biopsicosocial considerando los diferentes componentes biológicos, psicológicos y sociales.

“A la hora de trabajar en un equipo multidisciplinar debe existir una relación de respeto y colaboración, debe existir un buen clima de trabajo [...], compartir objetivos comunes respecto a los objetivos rehabilitadores planteados junto al paciente” (*Profesional 2*).

El trabajo que realizan los profesionales se caracteriza por una atención continuada, cercana y flexible que favorezca la sinceridad y manifestación de los sentimientos del paciente creando así un clima de confianza, aspecto que repercute positivamente en la intervención.

“Es importante crear un clima de percepción de apoyo, de seguridad, estabilidad y de respuesta inmediata a las necesidades que plantean a lo largo de todo su proceso rehabilitador.”
(*Profesional 1*).

Aspectos sanitarios.

Resulta difícil establecer una causa-efecto en cuanto a la aparición de la enfermedad, pues en ella confluyen factores de carácter biológico (alteraciones metabólicas, bioquímicas), psicológicos (experiencias y vivencias de la persona, aprendizaje) y sociales (ámbito social, familiar) que ejercen una influencia directa en la aparición de la misma.

Los pacientes ingresados en ULE padecen un TMG que implica la existencia de una disfunción moderada o severa del funcionamiento global que afecta a los diferentes ámbitos de la vida del paciente, reduciendo la capacidad de autonomía, de la gestión económica, de autogobierno e incluso, en ocasiones, dificultades para afrontar las necesidades más básicas de autocuidado. Esta idea fue corroborada por el conjunto de profesionales en la entrevista:

“La enfermedad marca ineludiblemente la calidad de vida de estas personas, desde el momento que aparece [...]. Afecta a todos los ámbitos y de una manera evolutiva. Desde que aparece se trunca la vida de la persona y existe ese elemento que condiciona todo lo demás” (*Profesional 3*).

“Sufrir un TMG con frecuencia conlleva una ruptura biográfica en las personas que lo padecen y existe gran riesgo de que su calidad de vida se vea disminuida. La pérdida de salud psíquica es ya de por sí (como cualquier pérdida de salud) un factor de alto impacto en la pérdida de calidad de vida. La permanencia de la enfermedad en el tiempo hace que estos pacientes se consideren enfermos crónicos que precisan de un tratamiento integral”. (*Profesional 2*).

Respecto a las diferencias de género en el afrontamiento de la enfermedad, los profesionales no detectan grandes diferencias y en ocasiones no se lo han planteado, ya que piensan que más que existir diferencias según el género estas están marcadas por los mecanismos de afrontamiento de cada individuo.

Haciendo referencia a la permanencia media de los pacientes de ULE, se puede concluir que esta es de 11 años, esta cifra se debe a las características de los pacientes y que en muchos casos tienen una larga trayectoria institucional en la red de salud mental poco exitosa que requiere de su internamiento en ULE, donde el tiempo de tratamiento se ajusta al ritmo de cada paciente sin que exista un límite temporal como en otros recursos.

“Es una unidad en la que se prevé mayor necesidad de tiempo de estancia, de supervisión, y rehabilitación. Por ello considero que cada uno de ellos precisa su tiempo y que este venga marcado por su evolución.” (*Profesional 1*).

Además, destacar que esta cifra sea elevada está relacionado con la carencia de recursos intermedios a los que los pacientes puedan ser derivados, como pueden ser mini residencias o mayor cantidad de pisos tutelados.

“El tiempo de permanencia depende de las comunidades autónomas y de los dispositivos con los que estas cuentan [...]. En Aragón por ejemplo, no existen dispositivos intermedios que puedan reducir la estancia media en esta unidad; ULE es el último recurso al que acudir”. (*Profesional 3*).

Aspectos familiares e integración social.

Tomando como punto de partida la idea de familia como principal apoyo del paciente y vínculo afectivo y social que favorece el tratamiento adecuado de la enfermedad, consideramos que es importante disponer de una red familiar que pueda proporcionar cuidados tanto afectivos como materiales que manifiesten los pacientes.

"El reforzar estos vínculos entre el paciente y su núcleo familiar es un objetivo prioritario entre nuestra actuación profesional. Reforzar los lazos existentes y facilitar la creación de nuevas pautas de relación, que pueden darse al abordar el impacto de la enfermedad desde otra perspectiva con un conocimiento más profundo de la enfermedad." (*Profesional 1*).

Aunque en algunas ocasiones la familia puede ejercer un papel desfavorable debido a sus disfuncionalidades o falta de comprensión de la psicopatología.

"Depende, si no hay una contraindicación manifiesta, la familia sí que puede beneficiar. Pero en algunos casos concretos concretamente es contraproducente, depende de muchos factores." (*Profesional 4*).

"El impacto de la enfermedad conlleva con frecuencia a una empobrecimiento de la red social, y con frecuencia a lo largo de los años van quedando como figuras cuidadoras aquellas con mayor responsabilidad y vínculos afectivos potentes con el paciente (padres, hermanos y con mayor frecuencia la madre)". (*Profesional 2*).

Además la familia juega un papel muy importante a la hora de que el paciente disponga de un domicilio de referencia al que acudir durante los permisos terapéuticos, volviendo así al entorno familiar y contacto con la comunidad.

Sin embargo, el nexo paciente-comunidad también se ve reforzado por las características propias del centro, régimen de puertas abiertas, que permite a los usuarios entrar y salir con libertad siempre y cuando se respeten los horarios establecidos y un emplazamiento en un entorno urbano, algo que no ocurre en otros dispositivos que generalmente se encuentran en zonas de extrarradio.

"El régimen de estancia de puertas abiertas y la ubicación del recurso, en el centro del barrio, son elementos que facilitan la relación de los pacientes con el entorno más próximo. [...] Esta cercanía a los recursos del barrio facilita su utilización, permite gestiones autónomas como compra de enseres personales, uso de los bares de la zona, utilización de la biblioteca, paseos por el parque, etc." (*Profesional 1*).

"Si no fuera de puertas abiertas la integración sería nula [...] y de esta manera, y hacen lo que una persona normal podría hacer, tienen mucho contacto con los bares" (*Profesional 4*).

Relación profesional-usuario y propuestas de mejora.

La realización de las prácticas de intervención en el CRP, nos permitió comprender la importancia que tiene el vínculo profesional-paciente en su proceso rehabilitador, ya que acompañan a estos pacientes en su día a día atendiendo a demandas solicitadas.

El que profesionales y pacientes de ULE lleven un elevado tiempo en el centro, da lugar a una relación más estrecha que favorece de forma significativa la intervención profesional.

"Se crea un vínculo importante en el proceso de rehabilitación del paciente. La cercanía, accesibilidad y continuidad en la atención profesional permite crear clima de confianza y de seguridad muy positivo en su proceso de recuperación."(*Profesional 1*).

"Pienso que es importante utilizar la afectividad, siempre desde una perspectiva profesional con el paciente [...]. Es inevitable establecer lazos por ambas partes". (*Profesional 3*).

En cuanto a las propuestas de mejora que se podrían llevar a cabo dentro del centro, los entrevistados muestran enfoques diferentes, por un lado la ampliación de recursos materiales, humanos, etc. y facilitar la integración en el mundo laboral de este colectivo aumentando así las tasas de actividad y ocupación promoviendo los derechos a la realización de actividades productivas y de inclusión plena en la sociedad.

"Invertir en todos los condicionantes [...]. Recursos materiales y humanos, para poder dar una atención mayor, más individualizada [...] o un seguimiento más exhaustivo. Desde luego se podría mejorar." (*Profesional 3*).

"Más salidas de tipo laboral proporcionándolas desde el centro, taller de empleo, que les proporcione una motivación para levantarse cada día. Un estímulo que les ayude a levantarse cada día."(*Profesional. 4*)

Y por otro lado, la realización de actividades en función de las necesidades percibidas por los usuarios a través de una lluvia de ideas que se realizaría en grupo con un profesional que dirigiese la actividad.

"Más que aportar nuevos recursos o actividades creo que nuestro trabajo va más orientado a dar respuestas personalizadas a las necesidades que vayan surgiendo a lo largo del tiempo valorando el momento en el que se encuentra cada uno"(*Profesional 1*).

"Es importante escuchar las necesidades sentidas de los pacientes y seguir la línea de mejora que marquen éstas dentro de la vida institucional [...]. Programas que potencien la salida y participación en la comunidad, talleres que aporten mejorías en salud y en satisfacción. Exige un

compromiso de continua renovación e inquietud para observar necesidades expresadas por los pacientes e intentar progresar y crear en esa dirección". (*Profesional 2*).

A la hora de hablar sobre el concepto de calidad, teniendo en cuenta todos los aspectos que influyen en esta y que han sido tratados a lo largo de la entrevista, preguntamos a los profesionales si consideran que se dan los factores suficientes para que los pacientes ingresados cuenten con una buena calidad de vida.

Partiendo de que el concepto de calidad de vida es un constructo social que tiene un carácter subjetivo, las respuestas variaran en función de lo que cada uno entiende por calidad de vida en este colectivo en concreto, teniendo en cuenta las necesidades que detectan en los usuarios y que ellos manifiestan y verbalizan.

"Las personas ingresadas en nuestro centro cuentan con la cobertura de todas las necesidades básicas. La estructura del recurso asegura atención psiquiátrica y sanitaria continuada, atención social, atención al desarrollo de actividades de ocio y relación, continuidad en el tratamiento farmacológico, un entorno protegido... No obstante el concepto de Calidad de Vida pienso que está compuesto por una mezcla del constructo cultural, del imaginario personal y de la historia de vida de cada uno de nosotros." (*Profesional 1*).

"Claro, esto habría que preguntárselo a ellos, hacer un estudio. [...] es que como yo creo que sí que puedo, más o menos imaginar lo que ellos dirían, muchos de ellos tienen una buena apreciación, pues supongo que igual sí. Claro eso no quita para que luego veas todas las carencias que hay". (*Profesional 3*).

"Si estamos trabajando para ello. Todo es mejorable, dentro de nuestras posibilidades se procura que tengan la mejor calidad de vida [...] las necesidades básicas están cubiertas y el resto se procura hacer lo que se puede". (*Profesional 4*).

En definitiva, las necesidades fisiológicas y de seguridad están cubiertas desde el centro. Son los profesionales desde las diferentes disciplinas los encargados de proporcionar atención a las necesidades básicas y que por tanto garantizan una calidad vida que puede ser incrementada si se trabaja otros aspectos como la inclusión, relaciones intrapersonales y bienestar emocional entre otros.

6. CONCLUSIONES

A continuación se recogen los resultados derivadas del análisis de las variables sociodemográficas y características de los pacientes, así como del análisis del discurso de las entrevistas a los profesionales.

Conclusiones de las variables sociodemográficas y características de los pacientes.

En cuanto a las características de los pacientes de la ULE del CRP “Nuestra Señora del Pilar”, se observa una presencia femenina minoritaria frente al perfil masculino, soltero, con una media de edad de 53 años, cuya psicopatología principal es un TMG, y en concreto esquizofrenia, con una estancia media en el dispositivo de larga estancia de 11 años y perceptores de algún tipo de prestación económica, contributiva como no contributiva, entre las que destacan la prestación familiar con hijo a cargo más complemento y la prestación no contributiva. La totalidad o casi la totalidad de los pacientes tienen reconocido alguno de los grados de discapacidad y dependencia, siendo el 65-75% y el grado I los valores más concedidos para los usuarios.

Además, se puede apreciar un alto porcentaje de pacientes con una situación jurídica de tutela o curatela ejercida en primer lugar por la CTDJA y en segundo lugar por los/as hermanos/as. Siendo los tutores legales, familiares, principalmente hombres, dato que llama la atención, si analizamos el perfil del cuidador del paciente de ULE.

Este perfil general se modifica de forma importante cuando se introduce la variable general observando disparidades significativas. En el caso del estado civil, las mujeres se caracterizan por haber contraído matrimonio, haberse divorciado o enviudado, que a diferencia de los hombres solo dos se han divorciado. En cuanto al domicilio de referencia, también se aprecian diferencias, en las mujeres predomina el no contar con esta, mientras que más de la mitad de los hombres disponen de dicho domicilio permitiendo de esta manera la vuelta al entorno familiar y contacto con la comunidad.

En la psicopatología entre hombres y mujeres vuelve a existir un contraste importante, las mujeres presentan una mayor diversidad de diagnóstico existiendo una mayor presencia de trastornos bipolares. Además respecto al grado de discapacidad, en el caso del sexo femenino predomina un grado del 65% en adelante, en cambio en el sexo masculino, del 33%-65%.

Si tenemos presente la variable incapacidad jurídica, se observa un mayor número de mujeres que están tuteladas por la CTDJA mientras que en los hombres prevalece la tutela ejercida por familiares.

Por último, remarcar que en cuanto a las prestaciones percibidas, se aprecian diferencias reseñables respecto a la pensión de invalidez absoluta, donde el número de hombres es bastante superior al de mujeres, lo que nos indica que ha existido una mayor implicación en el mercado laboral respecto a las mujeres.

Con respecto al análisis del perfil del cuidador principal del paciente, se puede ver como un número elevado de pacientes, 61 pacientes, cuentan con el cuidado de una o más personas, principalmente mujeres con una edad comprendida entre 51-70 años, y con una situación laboral que varía entre activa y jubilada.

Conclusiones de las entrevistas de los profesionales.

A partir de las entrevistas a los profesionales, resaltamos la importancia de trabajar en un equipo multidisciplinar en el ámbito de la salud mental. El trabajo en equipo exige una gran coordinación y cooperación entre los miembros para alcanzar unos objetivos comunes analizando las diferentes situaciones y problemáticas desde diferentes disciplinas y niveles. Idea que se refuerza con la información recabada en las entrevistas, donde todos los profesionales valoraron el trabajo de equipo multidisciplinar, con un 5 (“muy importante”) considerando un aspecto fundamental el abordaje integral para la recuperación de la autonomía de todas las áreas afectadas de los pacientes de ULE.

Señalar la importancia de la actuación del trabajo social en salud mental ya que se trabaja en la reinserción y rehabilitación de los pacientes teniendo en cuenta la promoción de la salud.

El trabajador social incide en la esfera sociofamiliar, actuando como nexo entre el paciente y la familia, mejorando así el vínculo y apoyo familiar. También realiza la labor de sostén familiar en pacientes que no disponen de estas redes o estas son perjudiciales. Por ello, el trabajo social tiene una labor importante en cuanto a la mejora de la calidad de vida ya que incide de manera positiva facilitando la integración del paciente.

Destacar la labor del CRP que contribuye a la mejora de la autonomía, las capacidades y habilidades afectadas por la enfermedad.

Tras las entrevistas, podemos concluir que a través de este dispositivo de salud mental se cubren todas las necesidades básicas de los pacientes mediante una atención psiquiátrica, sanitaria y social, además actividades de ocio y relación en un entorno protegido y de régimen abierto.

Los profesionales cuentan cómo los pacientes de la unidad manifiestan sentirse seguros y protegidos en un espacio libre de prejuicios, creando un sentimiento de pertenencia y “hogar” hacia el centro.

Por ello, se puede considerar que los pacientes de ULE tienen una calidad de vida positiva que puede verse potenciada por el apoyo de las redes familiares y/o sociales más cercanas, así como tener un cuidador/es de referencia y disponer de un domicilio al que acudir durante los permisos terapéuticos. No obstante, no debemos olvidar que el término de calidad de vida es un constructo social y cultural de carácter subjetivo, por lo que puede haber diferentes significados en función del imaginario personal e historia de vida de cada paciente.

A través de las entrevistas, podemos concluir y coincidiendo con los profesionales, que sería necesario ampliar los recursos y dispositivos de la red de salud mental. En el caso de la comunidad autónoma de Aragón, se debería incidir en la creación de recursos intermedios para realizar una intervención terapéutica en el entorno más cercano, evitando la institucionalización en dispositivos sanitarios, en casos en los que las habilidades y capacidades de la persona con TMG no se encuentren tan mermadas por la psicopatología. Creando dispositivos intermedios y comunitarios se conseguiría evitar la saturación de ULE, así como reducir la lista de espera de esta.

Para poder aproximarnos a la calidad de vida de los pacientes, sería conveniente escuchar las necesidades sentidas de estos. En función de lo detectado se podría crear una línea de mejora enmarcada desde la institución. Los profesionales manifiestan que esta línea de mejora podría ir encaminada a programas que tengan como objetivo la salida y participación en la comunidad y talleres y actividades orientadas a las mejoras de la salud y satisfacción personal de los usuarios

7. PROPUESTAS DE MEJORA

Una vez conocido el perfil y características sociodemográficas de los pacientes de ULE y analizadas las entrevistas de los profesionales, encaminaremos nuestras propuestas en dos direcciones: una dirigida a potenciar la mejora de la calidad de vida de los pacientes de ULE, a través de una serie de talleres-actividades que mejoren sus estado psicosocial, así como un conjunto de dispositivos intermedios destinados a ampliar red de salud mental de nuestra comunidad autónoma.

Propuestas de mejora para la red salud mental.

Las propuestas que a continuación desarrollaremos están orientadas a tratar la saturación de las unidades de larga estancia, evitar la interrupción de los tratamientos rehabilitadores, así como evitar largas listas de espera que en ocasiones alcanza los 4 años. “Hay un claro desequilibrio entre el impacto de los trastornos mentales y los recursos dedicados a los servicios de salud mental” (OMS, 2005, p.16).

Las alternativas residenciales que sugerimos: mini-residencias o piso propio, son dispositivos no contemplados en la Cartera de servicios de nuestra Comunidad Autónoma, a diferencia de otras comunidades, como puede ser el caso de las Islas Baleares que cuenta con un servicio de atención residencial comunitario, que engloba las mini-residencias, pisos tutelados y pisos supervisados según el artículo el Plan de Atención a la Salud Mental (2009). El objetivo de estas alternativas es la rehabilitación e inserción en la comunidad, de la manera más independiente y normalizada posible.

“Es necesario desarrollar y reforzar la red pública de recursos comunitarios, bien dotada de recursos materiales y humanos capaz de estructurar e implementar servicios intermedios que permitan que las personas con TMG puedan encontrar respuestas eficaces a sus necesidades, desde y entre la comunidad”(*Profesional 1*).

Pisos supervisados y/o tutelados: estos dispositivos comparten los mismos objetivos y áreas de trabajo, aunque difieren en el nivel de supervisión que se realiza en los mismos; en los pisos tutelados, la presencia de un profesional es mayor que en los supervisados.

Estos son viviendas normalizadas en régimen abierto, destinadas a personas con un TMG y persistente que presentan ausencia o carencias graves de apoyo familiar o social que proporcionan de forma temporal o indefinida alojamiento y soporte social. (Iañez, 2007).

Mini-residencias: es un servicio residencial abierto y flexible, de espacio reducido, máximo 25 plazas, que proporciona atención y supervisión continuada durante las 24 horas del día para cubrir las necesidades de personas con enfermedad mental y fomentar la autonomía y reinserción social. La atención médica y psiquiátrica se lleva a cabo en el centro de salud mental de referencia. (González, 1992).

La idoneidad de estos dispositivos para los pacientes de ULE, tienen que ver con la forma en que se desarrollan las intervenciones y los objetivos que se persiguen. Todos ellos relacionados con los objetivos que también se trabajan en el PIRR: autonomía personal, relaciones personales e integración comunitaria. Además, trabajan específicamente en:

- Prevenir el abandono, marginación social y/o deterioro.
- Evitar la institucionalización y proceso de cronificación en unidades de media y larga estancia.
- Desarrollar una convivencia normalizada fuera del ámbito directo hospitalario.
- Potenciar una mayor autonomía personal y social, fuera del ámbito sanitario.
- Favorecer el mantenimiento y mejora de hábitos relacionados con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- Integrar a los residentes en el entorno más cercano.

En el caso de que los pacientes, presenten un proceso rehabilitador óptimo se pueden plantear alternativas laborales que potencien la estabilización del curso de la enfermedad mental. Fomentando la integración laboral y facilitando el acceso a un empleo protegido, taller laboral u ocupacional, en función de las necesidades y capacidades de cada usuario distinguiendo diferentes niveles organizativos:

- Nivel formativo: completar la formación de los usuarios mediante actividades de formación básica, profesional, trabajo supervisado, etc. orientado a la búsqueda de empleo a través de un itinerario individualizado.
- Nivel ocupacional o pre-laboral: cuyo objetivo es la adquisición de hábitos básicos y de una actividad ocupacional mejorando su proyecto vital y calidad de vida.
- Nivel laboral: se pretende facilitar el acceso a un empleo protegido, apoyado u ordinario mediante otros dispositivos como las empresas de inserción, empresas sociales y equipos de apoyo al empleo.

Propuestas de mejora para usuarios de ULE.

En cuanto a las propuestas de mejora para los pacientes de ULE, habría que realizar un sondeo a dichos usuarios, ya que de esta manera conoceríamos de una forma más “realista” sus opiniones en relación al ocio y actividades que se podrían incorporar. Ofreciendo así, respuestas personalizadas a las necesidades que surjan a lo largo del tiempo.

Aunque las actividades están principalmente orientadas a los pacientes, también contemplamos una actividad dirigida a sus familiares.

Las actividades que proponemos son flexibles, pues en muchos casos la predisposición por parte de los pacientes para participar en las actividades es intermitente y de breve duración. Por ello, las actividades no requerirán continuidad en el tiempo permitiendo así la entrada y salida de forma libre.

En las siguientes actividades se promoverán las habilidades comunicacionales y se potenciarán las relaciones interpersonales. Consideramos relevante trabajar la actividad motriz y área de artística de los pacientes con TMG, junto con la realización de talleres dirigidos a los cuidadores principales.

Arteterapia: “especialización profesional que recurre a las artes y las imágenes visuales con fines terapéuticos, educativos, de prevención, rehabilitación y desarrollo personal (Marinovic, 2000)” (citado en Vallejo, 2012, p.14).

A través de la arteterapia se pretende mejorar la autoimagen y sentimiento de competencia mediante el uso de materiales artísticos, favorecer la relación y ayudar a contener la ansiedad, mejorar la autoestima y autofirmación. En definitiva, esta actividad sirve como puente de interacción interpersonal.

Risoterapia: “técnica psicoterapéutica que pretende alcanzar beneficios físicos, psicológicos y sociales a través de la risa”. (Instituto Superior de Estudios Sociales y Socio Sanitarios, s.f.). La risoterapia no cura la enfermedad pero en algunos casos se logran resultados positivos a favor de la cura de la afección.

Entre los beneficios que aporta esta técnica, destacamos los siguientes teniendo en cuenta el perfil del colectivo: produce efectos analgésicos debido a la liberación de endorfinas, reduce la ansiedad y el estrés, alivia los síntomas de la depresión, refuerza la autoestima, distrae de preocupaciones y pensamientos negativos propios de la enfermedad o resultantes de los tratamientos farmacológicos, disminuir la agresividad, facilitar la comunicación entre los pacientes estrechando relaciones y reforzando los sentimientos de proximidad, pertenencia y amistad.

Talleres familiares semestrales: dirigidos a familiares y principales cuidadores de personas afectadas por TMG. Se propone la realización de dos sesiones anuales en fechas puntuales como son los días previos a las vacaciones de navidad y de verano, es decir, cuando los pacientes regresan a sus domicilios de referencia (en caso de tenerlo) con sus familias.

Teniendo en cuenta que muchos de los cuidadores acuden al CRP en estas fechas señaladas, se propone una actividad de carácter voluntario, dirigida a todos los familiares con el objetivo de dar indicaciones de cuidados necesarias, así como un espacio de desahogo emocional. Ya que muchas familias no están acostumbradas a convivir durante un largo período de tiempo con los pacientes con TMG, ya que los permisos terapéuticos son de menor duración. A través de esta actividad se pretende resolver dudas y facilitar la relación y convivencia entre ambos.

8. BIBLIOGRAFÍA.

- Aragón. Plan Estratégico 2002-2010 de atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón.
- Aretio, A. (2010). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 289-300.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM V. (5^aed.). Washington. Editorial Medica panamericana.
- Barranco, C. (s.f.). Trabajo Social, Calidad de Vida y estrategias resilientes. (2009, Ed.) *Portularia*(133-145), Tenerife, Islas Canarias.
- Blanco, J. F. (2009). El Plan Individualizado de Rehabilitación PIR, su evaluación y reformulación. *Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial*, 6 (1 y 2), 39-49.
- Bobes García, J., & González García-Portilla, M. B. (s.f.). Calidad de vida en psiquiatría. En *Tratado en Psiquiatría* (págs. 831-843).
- CERMI Aragón. Recuperado el 28 de Marzo de 2016, de <http://www.cermiaragon.es/guias-para-la-discapacidad/guia-para-familiares-de-personas-con-discapacidad-mental/100-preguntas.html>, el 28 de marzo de 2016
- CIE-10.(2003). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10^a ed. rev. Washington: Organización Mundial de la Salud.
- Colom, D. (2008). El Trabajo Social Sanitario como herramienta de gestión. *Agathos* , 14-25.
- Consejo General de Trabajo Social. (sf). *La especialización en Ciencias de la Salud del Trabajo Social*. Recuperado el 28 de Abril de 2016, de <http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/La%20especializaci%C3%B3n%20en%20Ciencias%20de%20la%20Salud%20del%20TS%202013.pdf>
- Corbetta, P. (2003). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: Mc Graw Hill.

Departamento de Programas, Evaluación e Investigación. (2007). Los programas de empleo para personas con trastornos mentales graves. Recuperado el 1 de abril de 2016, de <https://consaludmental.org/publicaciones/Programasempleadopersonascontrastornosmentales.pdf>

España. Código Civil, 1889. *Boletín Oficial del Estado*, 25 de julio de 1889, núm.206.

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

España. Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 15 de diciembre de 2006, núm.299.

España. Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre de procedimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. *Boletín Oficial del Estado*, 26 de enero, núm 62.

Espinosa Henao, Mauricio (2000): Enfoques, teorías y nuevos rumbos del concepto calidad de Vida. http://www.naya.org.ar/congreso2000/ponencias/Oscar_Mauricio_Espinosa.htm.

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

Gobierno de Aragón (s.f.). *Servicio Aragonés de Salud*. Recuperado el 24 de abril de 2016, de <http://www.aragon.es/sas>

Gómez Lavin, C., & Zapata García, R. (2000). *Psiquiatría, Salud Mental y Trabajo Social*. Ediciones Eunate.

Gómez-Vela, M. y Sabeh, E. N. (2000). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. *Integra*, 9. Obtenido de: <http://inico.usal.es/integra-contenidos-inico.aspx?num=9#a2>

González, A. R. (1992). Alternativas residenciales comunitarias para personas con enfermedades mentales crónicas. *Intervención psicosocial*, 1 (2), 17-39.

Gonzalez, R. T. (2010). Evaluación de la calidad de vida en rehabilitación psicosocial. *Evaluación en rehabilitación psicosocial*, 6, 233-241.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGrawHill.

Iañez, M. (2007). Los pisos supervisados para personas con enfermedad mental crónica, un paso más hacia la independencia. *Saludmental.info*.

Instituto de Información Sanitaria. (2009). Atención a la Salud Mental. Recuperado el 30 de Mayo de 2016, de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/Salud_Mental_2009.pdf

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (s.f.). Recuperado el 26 de Mayo de 2016, de http://imserso.es/imserso_01/autonomia_personal_dependencia/grado_discapacidad/index.htm.

Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios. (s.f.). Recuperado el 30 de Mayo de 2016, de <http://www.isesinstituto.com/noticia/los-beneficios-fisicos-psicologicos-y-sociales-de-la-risoterapia>

Justicia de Aragón. (2015). Personas en situación de exclusión en Aragón. Zaragoza.

Masfret, D. C. (sf). El Trabajo Social Sanitario como herramienta de gestión. *Revista Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar*, 23.

Ministerio de Sanidad y de Consumo. (2007). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid. Recuperado el 30 de Mayo de 2016, de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA SALUD MENTAL SNS PAG WEB.pdf

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Picosociales en el Trastorno Mental Grave*.

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Guía de Salud*. Recuperado el 22 de Marzo de 2016, de <http://www.guiasalud.es/egpc/tmg/resumida/index.html>

Miranda, M (coord). (2015). Lo social en la salud mental (I). Trabajo Social en psiquiatría. Zaragoza. Prensas de la Universidad de Zaragoza.

Montero, D., & Ferández de Larrinoa, P. (2012). *Calidad de vida, inclusión social y procesos de intervención*. Universidad de Deusto.

Navarro Bayón, D., García-Heras Delgado, S., Carrasco Ramírez, O., & Casas Toral, A. (2008). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. (C. O. Madrid, Ed.) *Intervención Psicosocial*, 17 (3), 321-335.

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Recuperado el 14 de Abril de 2016, de <http://www.who.int/en/>

Organización Mundial de la Salud (2005). El Contexto de la Salud Mental. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/policy/Maleta_OMS_Contexto_Ind.pdf

Pascual Orduna. (s.f.). *Origen del hospital psiquiátrico*. Zaragoza: Asociación Cultural Paso a Nivel.

Perea, Q. R. (2011). *Educación para la salud y calidad de vida*. Diaz de Santos.

Rojas, A. C., Tobón, S., & Arias Henao, D. (2010). Calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados. *Perspectivas psicológicas* (13), 11-32.

Rubio, M. J., & Varas, J. (1997). *El análisis de la realidad en la intervención social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: CCS.

Salgado, C. A. (2014). Una experiencia de Trabajo Social de grupo con pacientes con enfermedad mental grave y crónica. Una alternativa de recuperación psicosocial. *Cuadernos de Trabajo Social*, 27(1), 223-231.

Tellaecho, A. I. (1992). *Procedimiento y proceso en trabajo social clínico*. Madrid: Siglo XXI de España Editores S.A.

Vallejo, F. (2011). *Arte terapia en Trastornos Mentales Severos: efectos terapéuticos derivados de una intervención grupal no directiva, desde el discurso de sus participantes, usuarios de servicios de salud ambulatorios*. Santiago: Universidad de Chile

Verdugo, M., & Martín, M. (4 de Agosto de 2002). Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. *redalyc.org*, 25, 68-77.