



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Abordaje de las carencias afectivas y la ausencia de apoyo social como agravante de un trastorno mental grave desde la perspectiva de trabajo social

Approach of the emotional deprivation and lack of social support as an aggravating factor of a serious mental disorder from the perspective of social work

Autoras

Bellera Argilés, Nayra

Hernández Gutiérrez, Miriam

Directora

Oliván Blázquez, Bárbara

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

2018

*Las emociones no expresadas nunca mueren.
Son enterradas vivas y salen más tarde de peores formas.*
-Sigmund Freud

ÍNDICE

| | | |
|--------|---|----|
| 1. | Resumen..... | 1 |
| 2. | Introducción | 2 |
| 2.1. | Formulación del problema y justificación del estudio | 2 |
| 2.2. | Estructura de la investigación | 2 |
| 2.3. | Agradecimientos..... | 3 |
| 3. | Planteamiento y diseño de la investigación..... | 4 |
| 3.1. | Objetivos de la investigación e hipótesis | 4 |
| 3.2. | La población o universo..... | 5 |
| 3.3. | Ámbitos geográfico y temporal..... | 5 |
| 4. | Marco teórico | 5 |
| 4.1. | Enfermedades mentales..... | 5 |
| 4.2. | Factores de riesgo en la evolución de los trastornos mentales | 5 |
| 4.3. | Factor pronóstico de los trastornos mentales | 6 |
| 4.3.1. | Familia y apego..... | 6 |
| 4.3.2. | Red social afectiva y de apoyo | 10 |
| 4.4. | El trabajo social en salud mental..... | 10 |
| 5. | Contexto normativo | 11 |
| 6. | Metodología | 11 |
| 6.1. | Metodología cualitativa..... | 12 |
| 6.1.1. | Objetivos que responde | 12 |
| 6.1.2. | Tipo de estudio..... | 12 |
| 6.1.3. | Criterios inclusión, exclusión muestra..... | 12 |
| 6.1.4. | Topics..... | 14 |
| 6.1.5. | Procedimiento | 14 |
| 6.1.6. | Análisis..... | 14 |
| 6.2. | Metodología cuantitativa | 14 |
| 6.2.1. | Objetivos que responde | 14 |
| 6.2.2. | Tipo de estudio..... | 15 |
| 6.2.3. | Criterios inclusión, exclusión muestra..... | 15 |
| 6.2.4. | Variables recogidas e instrumentos utilizados | 15 |
| 6.2.5. | Procedimiento | 16 |
| 6.2.6. | Análisis estadístico | 16 |

| | |
|--|----|
| 6.3. Consideraciones éticas | 17 |
| 7. Recursos sociales relacionados con la realidad social..... | 17 |
| 8. Presentación de datos: su análisis e interpretación..... | 17 |
| 8.1. Análisis cualitativo..... | 17 |
| 8.1.1. Evolución de la enfermedad mental y factores que influyen en la misma | 17 |
| 8.1.3. Apoyo social | 19 |
| 8.1.4. La familia | 20 |
| 8.2. Análisis cuantitativo | 23 |
| 8.2.1 Descripción de la muestra | 23 |
| 8.2.2. Comparación de grupos | 23 |
| 9. Conclusiones..... | 25 |
| 9.1. Consecución de objetivos e hipótesis | 25 |
| 9.3. Implicaciones en trabajo social | 27 |
| 9.4. Limitaciones del estudio | 29 |
| 10. Bibliografía | 29 |
| 11. Índice de tablas | 33 |
| 12. Anexos | 34 |
| 12.1. Anexo 1: Trastornos mentales..... | 34 |
| 12.1.1. Esquizofrenia | 34 |
| 12.1.2. Discapacidad intelectual..... | 35 |
| 12.1.3. Trastorno bipolar..... | 35 |
| 12.1.4. El trastorno de personalidad | 36 |
| 12.1.5. Trastornos depresivos | 38 |
| 12.2. Anexo 2: Marco normativo..... | 39 |
| 12.3. Anexo 3: Guiones de entrevistas..... | 39 |
| 12.3.1. Entrevista realizada a los pacientes | 39 |
| 12.3.2. Entrevista realizada a los profesionales | 40 |
| 12.4. Anexo 4: Recursos sociales..... | 41 |
| 12.4.1. Unidades de salud mental - Adultos | 41 |
| 12.4.2. Unidades de Corta Estancia..... | 41 |
| 12.4.3. Unidades de Media Estancia | 41 |
| 12.4.4. Unidades de Larga Estancia..... | 42 |
| 12.4.5. Centros de Día | 42 |
| 12.5. Anexo 5: Análisis cualitativo, datos de interés..... | 42 |

1. Resumen

El tema a tratar en este trabajo es, desde la perspectiva del trabajo social, como las carencias afectivas y la ausencia de apoyo social pueden agravar un trastorno mental. Para ello, se ha desarrollado un estudio cualitativo con profesionales de salud mental y usuarios que padecen un trastorno de salud mental grave, y un estudio cuantitativo en el que se han administrado dos cuestionarios de apego y de apoyo social.

Múltiples problemas psicopatológicos en la infancia, adolescencia y adultez han sido relacionados con la carencia, pérdida o deficiencias de las figuras de apego (Main, Weston, Parkes y Hinde, 1982). Esto no quiere decir que la teoría del apego responda totalmente a la causa de un trastorno mental, pero sí que pueda ser un agravante en la evolución de éste y, en consecuencia, que la historia afectiva de los usuarios, además del apoyo social que posee, sean aspectos a tener en cuenta.

Como trabajadores sociales se debe tener el poder de indagar en la historia social de las personas con trastornos mentales y, en caso de encontrar una ausencia de apego y apoyo social, se tiene que empoderar a estas personas para que sean capaces de establecer vínculos afectivos sanos que favorezcan sus relaciones familiares y sociales.

Palabras clave: *apoyo social, apego, carencias afectivas, trastorno mental grave, evolución.*

- **Abstract:**

The aim of this work is to study, from the perspective of social work, how affective deficiencies and the lack of social support can aggravate a mental disorder. Therefore, a qualitative study has been developed with mental health professionals and people who suffer from severe mental disorders, and also a quantitative study in which two questionnaires about attachment and social support have been administered.

Several psychopathological problems at childhood, adolescence and adult life have been linked with the lack, lost or deficiencies of attachment figures (Main, Weston, Parkes & Hinde, 1982). Although this doesn't mean that mental disorders are totally explained by the attachment theory, however it could be an aggravating factor in the evolution of the situation, and consequently, the affective history of the users, in addition to the social support that they have, are aspects to take into account.

As social workers we should have the capacity to investigate the social reports of people with mental disorders and, if signs of lack of attachment and social support are found, it is necessary to empower these people so that are able to establish healthy affective bonds that favor their family and social relationships.

Key words: *social support, attachment, affective deficiencies, severe mental disorders, evolution.*

2. Introducción

2.1. Formulación del problema y justificación del estudio

El fenómeno de los problemas de salud mental está cada día más presente en la sociedad actual y, en consecuencia, se agravan cada vez más en el tiempo, en la intensidad y en el número de personas (González y Rego, 2006). Los trastornos mentales son una problemática de carácter físico, psicológico y social que afecta a individuos de diferentes sexos, edades, clases, culturas o niveles académicos y/o laborales, causados por una serie de factores internos y externos. En el caso de estos últimos, si no son correctamente tratados, pueden llegar a continuar agravando el problema.

La finalidad de esta investigación es analizar una de las posibles causas de un empeoramiento en la evolución de un trastorno mental, la cual es mencionada y tratada en distintas etapas y contextos del trabajo social: la ausencia de apego y apoyo social.

Autores como Bowlby, Winnicott o Balint, entre otros, han estudiado a lo largo del tiempo los vínculos afectivos entre padres e hijos, concretamente las carencias afectivas ocasionadas y cómo distorsiona el comportamiento y/o personalidad del individuo en años posteriores (Rossell y Rodríguez, 2017). Además, Bowlby empezó parte de su andadura teórica a partir de las consecuencias que para el psiquismo tienen las carencias afectivas tempranas (Mendiola, 2008), pero, aunque estos enfoques se dan desde la perspectiva del psicoanálisis, es necesario conocerlo desde la perspectiva del Trabajo social, por lo que, en este caso, el apego y el apoyo social tienen gran relevancia en la evolución de los trastornos mentales, ya que favorecen su evolución si existe un apego y un apoyo social seguro.

De esta manera, la presente investigación se ha llevado a cabo para confirmar si las carencias afectivas y la ausencia de apoyo social son un posible agravante de la evolución de los trastornos mentales, conocer si el personal sanitario puede llegar a ser una figura de apego, supliendo o mejorando esas carencias afectivas, para alguien que no tiene ningún referente afectivo, y si las personas que tiene bajo apoyo social y apego inseguro presentan características que dificultan su desarrollo personal en aspectos como la autoestima, la expresión de sentimientos, la regulación emocional, la interacción social y el apoyo social. Así pues, se podrá averiguar la importancia del apego y el apoyo social para las personas con enfermedad mental, desde que nacen hasta su fallecimiento, pasando por el diagnóstico de la enfermedad, donde cobra especial relevancia ese apoyo. Tanto el apego como el apoyo social, si son positivos, pueden favorecer una beneficiosa evolución del trastorno mental, y, por lo tanto, tener un pronóstico más llevadero.

2.2. Estructura de la investigación

Una vez elegidos tanto el tema de la investigación y la tutora que pudiera guiar la realización de la investigación social, se procedió a elaborar un análisis de fuentes secundarias mediante la bibliografía más significativa acerca de esta temática. Después, se obtuvo información de fuentes primarias a través de la metodología cualitativa (entrevistas a profesionales y usuarios) y la metodología cuantitativa (dos cuestionarios a pacientes). Para la realización de las entrevistas se ha utilizado el tipo de entrevista semiestructurada, es decir, una entrevista basada en preguntas preparadas previamente, pero con la posibilidad de introducir nuevas preguntas conforme a la información que nos va aportando el entrevistado.

La estructura del trabajo se inicia con el planteamiento de la investigación, donde se encuentran los objetivos, tanto el general como los específicos, junto con sus respectivas hipótesis. En este mismo

apartado también se nombra la población y el ámbito geográfico y temporal. Seguidamente, se ha desarrollado el marco teórico, donde se habla de algunos trastornos mentales, los cuales han tenido que trasladarse a anexos por exceso de palabras establecidas, los factores externos que influyen en la evolución de las enfermedades, el papel de la familia y el apoyo social en relación a la evolución de las enfermedades mentales y el trabajo social en salud mental. A continuación, se nombran algunas normativas relevantes donde se encuentra la figura del trabajo social, también metidas en anexos.

Posteriormente se ha explicado la metodología que se ha llevado a cabo para poder realizar esta investigación social, siguiendo con los resultados de los análisis. Respecto al análisis cualitativo obtenido de todas las entrevistas realizadas a profesionales y pacientes, se han categorizado los temas más relevantes en tres bloques: evolución de la enfermedad mental y factores que influyen en la misma, el apoyo social y la familia. En relación al análisis cuantitativo, se han realizado diversas tablas con los datos más relevantes de los cuestionarios y se han realizado comparativas entre medias, desviaciones típicas y diferencias significativas.

Seguidamente se ha procedido a analizar si se han alcanzado los objetivos y se han cumplido las hipótesis mediante las conclusiones de los análisis, se han detallado las implicaciones que aporta el trabajo social a la salud mental y se han explicado las limitaciones que nos han surgido en el transcurso del trabajo.

Finalmente se encuentra la bibliografía utilizada para el desglose del trabajo concluyendo con los anexos, en los cuales se recoge toda la información que no ha podido formar parte de la investigación debido a la limitación de espacio en el presente trabajo.

2.3. Agradecimientos

En primer lugar quisiéramos agradecer a Bárbara Oliván por guiarnos en todo momento y por la oportunidad que nos ha brindado para realizar este estudio y aprender de éste, pues sin ella no nos habría sido posible llegar hasta aquí.

A los profesionales del Centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen, especialmente a aquellos que han aceptado de tan buen grado a participar en las entrevistas, pues su punto de vista ha sido de vital importancia a la hora de realizar los análisis.

A la trabajadora social del centro Almudena Bolea, por toda la ayuda que nos ha ofrecido a lo largo de la realización del trabajo, y al trabajador social Javier Guerreiro, por abrirnos las puertas al centro.

Y por supuesto, a los pacientes del Centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen, los cuales han colaborado de manera voluntaria. Sabemos que eran temas complicados y, aun así, muchos de ellos han hecho el esfuerzo de completar los cuestionarios y entrevistas. Sin ellos nada de esto se hubiera podido llevar a cabo.

Os debemos el estudio. Gracias.

3. Planteamiento y diseño de la investigación

Con este estudio se pretende dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿son las carencias afectivas y la ausencia de apoyo social por parte de entornos directos un agravante de la evolución de la salud mental de personas con trastorno mental grave?

3.1. Objetivos de la investigación e hipótesis

Se han planteado en la investigación una serie de objetivos para dar respuesta a la pregunta anterior, la cual es la finalidad principal del estudio. Así pues, el objetivo general hace referencia a:

- Analizar la influencia de las carencias afectivas y la ausencia de apoyo social en la evolución del trastorno de salud mental como posible agravante post-diagnóstico de la enfermedad mental.

Las hipótesis que se han desprendido a través del objetivo general son:

- Las carencias afectivas y la ausencia de apoyo social que han sufrido los usuarios desde su infancia hasta el día de hoy han agravado su problema de salud mental.
- El apego y el apoyo social favorecen una evolución beneficiosa de la enfermedad mental.

Además, también se han propuesto dos objetivos específicos que permitan alcanzar el general:

1. Analizar si el personal sanitario puede ser la figura de apego de las personas que tienen un trastorno mental y carecen de apoyo social.
2. Analizar si las personas que tiene bajo apoyo social y apego inseguro presentan características que dificultan su desarrollo personal en aspectos como la autoestima, la expresión de sentimientos, la regulación emocional, la interacción social y el apoyo social.

Las hipótesis que se desprenden del primero objetivo específico son:

- La figura del trabajador social y/o sanitario puede ser la figura de apego de una persona institucionalizada.
- El trabajador social puede colaborar en que no se produzcan carencias afectivas y ausencia de apoyo social desde el diagnóstico de la enfermedad y, si es posible, antes también.

Para el segundo objetivo específico, las hipótesis son:

- Las personas con trastorno mental y ausencia de apego y apoyo social tienen una menor autoestima.
- Las personas con trastorno mental y ausencia de apego y apoyo social tienen más dificultades para expresar sus sentimientos.
- Las personas con trastorno mental y ausencia de apego y apoyo social tienen una peor regulación emocional.
- Las personas con trastorno mental y ausencia de apego y apoyo social presentan más dificultades para interactuar y resolver conflictos asertivamente.
- Las personas con trastorno mental y ausencia de apego y apoyo social presentan un peor apoyo social (afectivo, confidencial y total).

3.2. La población o universo

La población que ha permitido realizar esta investigación social se encuentra en el Centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen en Garrapinillos (Zaragoza), una unidad de larga estancia (ULE) en donde se encuentran, principalmente, pacientes con enfermedad psiquiátrica de larga evolución. Se han elegido 30 pacientes de este centro y cuatro profesionales, muestra que se explicará más detalladamente en la metodología.

3.3. Ámbitos geográfico y temporal

El ámbito geográfico de la presente investigación ha sido el pueblo de Garrapinillos, en la provincia de Zaragoza, donde se encuentra el Centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen. Respecto al ámbito temporal, la investigación se ha realizado desde febrero del 2018 hasta junio de 2018.

4. Marco teórico

Para la realización del marco teórico, esta investigación se ha centrado en los conceptos clave previamente mencionados para conocer más en profundidad la realidad de la temática de este trabajo. De este modo, se ha comenzado por una breve presentación de lo que las enfermedades mentales más relevantes para este trabajo significan para, después, abordar el tema del apego y del apoyo social en relación a la evolución de las enfermedades mentales.

4.1. Enfermedades mentales

Al hablar de salud, a menudo se tiene en cuenta sólo lo que a la física se refiere, olvidando la salud mental y social, pese a que son elementos ligados entre sí. Fue en 1948 cuando entró en vigor la definición más influyente de la actualidad del significado de salud, definida por la Organización Mundial de la Salud en el Preámbulo de su Constitución, la cual dice que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2006, p.1). Cuanto más se indaga sobre este vínculo existente entre las tres formas de salud, mayor es la relación que se encuentra. Sin embargo y debido en parte a la desinformación existente sobre este campo, en muchas partes del mundo se le da más importancia a la salud física que a la mental y sus correspondientes trastornos, tratando a estos últimos con indiferencia e incluso abandono (OMS, 2001).

Así pues, en este estudio se va a hablar de algunos trastornos mentales, los cuales se han tenido que trasladar a los anexos debido a la multitud de información que presenta esta investigación. Anexo 1.

4.2. Factores de riesgo en la evolución de los trastornos mentales

Dentro de la psiquiatría, establecer el inicio de una enfermedad mental y/o los factores que puedan facilitarla o agravarla es uno de los temas de mayor impacto. Éstos pueden ser: predisponentes, como la edad y el sexo, facilitadores, desencadenantes y potenciadores (Montecinos, 2008).

Por un lado, los factores facilitadores son los que ayudan a que se origine una enfermedad mental. Una de las hipótesis que muestra Montecinos (2008) es la de “acumulación de estresores psicosociales”, siendo como ejemplo la violencia intrafamiliar y extrafamiliar, pues llevan a un estado de ánimo determinado

como desesperanza aprendida. Esto, como define el autor, tiene una influencia innegable no sólo en el diagnóstico, sino también en el tratamiento y desarrollo de la enfermedad.

Por otro lado, nos encontramos con los factores desencadenantes: situaciones negativas a las que la persona tiene que hacer frente. Aquí, pese a que cada uno vive la situación estresante de un modo diferente, existen ciertos momentos que pueden causar la aparición de patologías psiquiátricas, siendo un ejemplo el duelo patológico, una “entidad completamente distinta e independiente de los trastornos afectivos y ansiosos; además, se asocia con complicaciones físicas y emocionales a largo plazo, tanto en adultos como en adolescentes” (Millán y Solano, 2010, p.376).

Por último están los factores potenciadores, aquellos que pueden agravar la enfermedad debido a la constante exhibición de la persona a situaciones de riesgo. Jorge Barudy (citado por Montecinos, 2008) relaciona la globalización, caracterizada como materialista, con una posible “función maternante”, convirtiendo a los infantes en objetos de consumo y sujetos de gastos. Este contexto superestructural afecta de manera importante al apego, parte vital del desarrollo de la salud mental (Montecinos, 2008).

4.3. Factor pronóstico de los trastornos mentales

En relación al apartado anterior de los factores de riesgo en la evolución de los trastornos mentales, tanto el apego como el apoyo social son factores pronóstico de los trastornos mentales, ya que influyen en su evolución, ya sea de manera negativa o positiva, por lo que es necesario conocer la importante de la familia en relación al apego y su influencia en la persona, al igual que conocer la relevancia de la red social de los individuos. El pronóstico dependerá del tipo de apego y apoyo social, que podrá favorecer o agravar su evolución.

3.3.1. Familia y apego

La teoría del apego, desarrollada por John Bowlby (1969, 1973, 1980, citado en Fonagy, 1999), postula una necesidad que tiene todo ser humano para establecer vínculos afectivos estrechos. Como esencia de la teoría se halla la reciprocidad de las relaciones prematuras. En este sentido, se encuentra en el centro de muchas formas de trastornos mentales y de la totalidad de la tarea terapéutica (Fonagy, 1999).

Bowlby (1998) considera el apego como un vínculo emocional que forma el menor con su figura materna y dicho vínculo le proporciona una seguridad que favorece un adecuado desarrollo de la personalidad. Se crea el vínculo con la persona cuidadora, la cual se encarga de asegurar el cuidado del menor. Para Bowlby (1998), existen cuatro tipos de apego, estando en primer lugar el apego seguro, el cual se da cuando el menor puede desarrollar su personalidad en un ambiente de confianza, donde ambos progenitores interaccionan con él de manera afectiva favoreciendo mutuas muestras de apego. En segundo lugar se encuentra el apego inseguro ambivalente, que se da cuando las muestras de apego por parte de la figura materna son intermitentes y el menor se desenvuelve en un ambiente inseguro y de insociabilidad. Siguiendo al mismo autor se encuentra el apego inseguro evitativo, donde el niño ha asumido que no puede contar con su cuidador principal debido a las muestras de abandono, por lo que reacciona evitándolo al sentirse rechazado. Por último se produce el apego inseguro desorganizado, que se desarrolla cuando la interacción se basa en un continuo conflicto y acontecimientos de rechazo, pérdidas o separaciones de los padres hacia el hijo.

Así pues, para Bowlby (2006, p.163) “existe una relación causal entre las experiencias de un individuo con sus padres y su posterior capacidad para establecer vínculos afectivos”. Además, Bowlby (2006) considera que las conductas de apego son inherentes al ser humano desde el nacimiento hasta la muerte, por lo que, aunque este comportamiento predomine en la niñez, también continúa desarrollándose en la vida adulta dirigido a algún familiar o figura que esté presente en su día a día. Asimismo, Hervás y Vázquez (2006), en su artículo *La regulación afectiva: Modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física*, mencionan el estilo de apego como un posible factor que desde la infancia hasta la edad adulta influye en el modo de demostrar y percibir el afecto.

Por otro lado, Barudy y Dantagnan (2005) refieren que la familia es la institución que mejor y peor actúa en la sociedad, ya que está comprobado que en algunas ocasiones es una gran creadora de patología psíquicas y, en otras, estando estructurada, es un favorecedor de una buena salud mental.

4.3.1.1. Familia como factor de protección

Según Ackerman (1961, p.75), “la familia es el agente psíquico de la sociedad, la cuna de la personalidad”. Asimismo, “existe un acuerdo general entre los investigadores de la infancia según el cual, para lograr la salud mental de los niños, hace falta asegurarles lazos afectivos de calidad, incondicionales, estables y continuos”. (Barudy y Dantagnan, 2005, p.64), por lo que uno de los retos de la paternidad y/o maternidad más importante hace referencia a la aseguración de un apego sano y seguro, pues será a partir de éste cuando se constituyan las bases de la empatía, control de las emociones, etcétera. Para darse este apego de carácter sano es necesaria la suplencia de las necesidades de vincularse, ser aceptado y de ser importante para alguien (Bowlby, 1972 citado por Barudy y Dantagnan, 2005).

Para Bowlby (1968), el origen de la salud mental y el desarrollo de la personalidad se encuentran en la relación que tengan madre e hijo, ya que según Bowlby (2006), el primer vínculo que todo ser humano establece es el de madre-hijo, el cual suele mantenerse y persistir hasta la edad adulta. En relación a la vinculación afectiva, hace referencia a los comportamientos sociales que realiza cada persona, la cual favorece el mantenimiento y conservación de la proximidad entre dicha vinculación.

Además, Barudy y Dantagnan (2005) mencionan que uno de los grandes hallazgos de los investigadores de lo humano es que actualmente se dispone de las indagaciones necesarias que apoyan la idea de que el desarrollo emocional sano es una causa directa de una buena salud mental y física, y que las relaciones afectivas y el apego mutuo conserva la salud psíquica.

Cañete (2017) coloca el buen trato como el derecho a la persona, en su caso al menor, de la satisfacción de sus necesidades fundamentales, refiriendo que éstos deben ser aquella referencia que ayude a la prevención del maltrato.

Pero la familia no sólo debe proporcionar apego durante la infancia, sino a lo largo de la vida. De manera que cuando el hijo ya ha sido diagnosticado con un trastorno mental, se desarrolla dentro de la familia el papel de cuidador. Esto no deja de significar un impacto en la vida de cada uno de los miembros de la familia tanto a nivel emocional como económico, ya que requiere, por un lado, satisfacer las necesidades del paciente que éste no pueda cubrir y, por otro, hacer frente a los gastos extra que una persona con un trastorno mental pueda tener (medicación, ingresos en centros, etc.) (Pérez, 2016).

4.3.1.2. Familia como factor de riesgo

La familia también puede ser un factor de riesgo, ya que la privación del apego materno en los primeros años de vida según Bowlby (1968), provoca grandes efectos en la salud mental del menor y en la creación de su personalidad, pudiendo provocar la aparición de síntomas de enfermedades mentales.

Así pues, no todos los progenitores tienen competencias parentales para garantizarles un desarrollo sano a sus hijos ni para cuidarlos, educarlos y protegerlos de una manera adecuada. Esto puede ser consecuencia de haber sufrido malos tratos en la infancia, no haber tenido una buena protección, haber estado institucionalizado durante mucho tiempo, haber sufrido pérdidas y rupturas importantes, tener antecedentes de enfermedad mental por parte de alguno de sus padres o haberse encontrado en situaciones de exclusión social y pobreza. De esta manera, Barudy y Dantagnan (2005) afirman que la capacidad de respuesta de los padres depende de sus experiencias de apego, ya que si se han criado en un ambiente carente de afectividad y sin posibilidad de vincularse con un adulto, pueden repetir los mismos patrones.

Esta repetición puede desencadenar en malos tratos, destacando el maltrato psicológico/emocional y negligencia psíquica, el cual hace referencia según Fernández y Bravo (2002) a la hostilidad verbal crónica manifestada en forma de insulto, desprecio y amenaza de abandono, además de un persistente bloqueo de iniciativas de interacción, expresiones de emociones, señales y conductas de proximidad que inicia el niño y que son rechazadas por parte de una figura adulta familiar. Este tipo de maltrato puede ocasionar que en la primera infancia no se desarrolle de manera adecuada el apego y posteriormente se sienta excluido del núcleo familiar, dañando sus habilidades sociales y autoestima. También cabe destacar la negligencia o abandono, en donde las necesidades cognitivas y físicas como la alimentación, vestimenta, educación, cuidados médicos, etc., son desatendidas de manera temporal o permanente por algún adulto que convive con él (Calzada, 2004).

Como menciona la Federación de Asociaciones para la Prevención de Maltrato Infantil (2010) los menores maltratados padecen unas consecuencias que pueden ser a medio o largo plazo. Estas secuelas pueden ser físicas y/o psicomotoras y afectan a nivel afectivo, emocional, social y conductual. Pueden ocasionar psicopatologías, agresividad, problemas conductuales, conductas de riesgo y de desadaptación, pero especialmente pueden provocar pérdidas con uno mismo y con los demás. Por consiguiente, es probable que aparezcan síntomas depresivos y dificultades para relacionarse con los demás y desarrollar la afectividad.

Paul (1997) citado en Farina, Seijo y Novo (2000) habla de las consecuencias del maltrato emocional y menciona las cuatro áreas psicológicas. La primera de estas sería la inferior competencia e inserción social, la segunda mayores problemas conductuales (en la adolescencia comportamientos antisociales), la tercera menores habilidades sociales para resolver conflictos y la cuarta peor rendimiento escolar.

Estas situaciones de pérdida, maltrato, carencia o negligencia pueden terminar dando como resultado desórdenes, en ocasiones irremediables, en su desarrollo tal y como menciona Fernández y Bravo (2002). De esta manera, una ausencia de afectividad puede desencadenar una clara patología de inestabilidad emocional, incapacidad para relacionarse, depresión, personalidad psicopática, autismo infantil, conductas delincuentes, comportamientos violentos hacia sí mismo hacia los demás, bajo rendimiento y fracaso escolar, dificultades de aprendizaje, conducta suicida, consumo de drogas, etc. (Rubio, 1985). Fernández y

Bravo (2002), refiere que diversas investigaciones han demostrado que los trastornos psíquicos y los problemas conductuales tanto de niños/as y jóvenes son consecuencia de haber sufrido algún tipo de maltrato.

Uno de los factores de riesgo que suele predominar en las relaciones paciente-familia cuando ya han sido diagnosticados de un trastorno mental grave es el estigma, por lo que, debido al estigma ya existente en la sociedad al que personas con problemas de salud mental están sometidos, se pueden encontrar diversas formas de discriminación a la persona enferma: "pobrecito/a, él/ella no está bien", "mejor no invitarle, va a ser un problema, se va a poner nervioso/a", "es una persona complicada", etc. (Solano y Vasquez, 2014). Se produce, de este modo, una estigmatización hacia el paciente desde el propio espacio familiar, convirtiendo este ámbito en un factor de riesgo.

Además, según Quiroz et al. (2007), se ha identificado que tanto la delincuencia como el abuso de drogas suelen ir ligadas a relaciones conflictivas dentro del ámbito familiar, falta de confianza hacia los progenitores, escasas o nulas formas de comunicación entre padres e hijos y falta de vínculos positivos. Del mismo modo, este rechazo forma parte de los factores que generalmente se identifican con la aparición de conductas antisociales en adolescentes. Por otro lado, Estévez, Musitu y Herrero (2005) también hacen referencia a la presencia de problemas de comunicación entre padres e hijos como uno de los factores de riesgo más ligados a problemas de salud mental.

4.3.1.3. Relación entre apego y enfermedad

Existen algunos datos relevantes referentes a la relación entre apego y enfermedad mental, en concreto las enfermedades nombradas anteriormente, por lo que respecto a la esquizofrenia, tras una encuesta impulsada y realizada por la Confederación Salud Mental España, Proyecto VOZ (2016) a 5000 pacientes y cuidadores de asociaciones de salud mental de España, se ha llegado a la conclusión de que un 90% de las personas que padecen psicosis o esquizofrenia tienen carencias afectivas y uno de cada tres ha sido rechazado por su entorno familiar y social al saber de la existencia de la enfermedad. Estos resultados han sido comentados por la doctora Ingrid Pallás, del departamento científico del Proyecto Voz, durante la presentación de la encuesta (Confederación Salud Mental España, 2016).

En relación a las personas con discapacidad intelectual, algunas han sufrido o pueden sufrir maltrato físico y sexual debido a la inocencia y falta de conciencia de algunos riesgos en la vida diaria. Aun así, en otros casos y siguiendo al DSM-5 (2014, p. 39), "el grado de apoyo prestado puede permitir la participación completa en todas las actividades cotidianas y una mejor función adaptativa". Así pues, son las evaluaciones del diagnóstico las que tienen que especificar si la mejoría de las funciones adaptativas son producto de la adquisición de nuevas capacidades o por la existencia de un apoyo persistente.

Por otro lado, Widakowich (2014), haciendo mención a las personas con bipolaridad, refiere que pueden darse apegos precoces en su ambiente familiar. Estas situaciones anticipadas serían antecedentes de maltrato emocional, carencias afectivas o escasa atención de los progenitores, sobreprotección, mala relación con los padres, ausencia de figura paterna y madre dominante, etc.

Respecto a los pacientes con trastornos de personalidad, un 82% relatan negligencia (Fonagy y Lorenzini, 2014). Más concretamente, esta negligencia durante la infancia se asocia al riesgo de desarrollar trastornos de la personalidad antisocial, límite, narcisista, pasivo-agresivo y por evitación (Battle et al., 2004; Bennett, 2005; Johnson et al., 1999, citado por Fonagy y Lorenzini, 2014). El trastorno de personalidad límite, es el

asociado más consistentemente al abuso y negligencia durante la infancia (Baird et al., 2005; Battle et al., 2004; Buchheim et al., 2008; Fonagy & Bateman, 2008; Fonagy et al., 2003; Johnson et al., 1999; Teicher et al., 2002, citado por Fonagy y Lorenzini, 2014).

Así pues, todos los trastornos mentales mencionados están, de algún modo, relacionados con el apego, donde se puede observar que la mayoría de ellos pueden desarrollarse en un ambiente inadecuado para la persona donde no existe apego ni apoyo social, y si en un futuro siguen sin tener ese apego y apoyo, la enfermedad mental puede evolucionar peor, y por lo tanto, tener un pronóstico perjudicial. En cambio, si siempre ha habido un adecuado apego y apoyo social, puede prevenirse la enfermedad mental o en el caso de desarrollarla, poseer un pronóstico más llevadero y una favorable evolución.

4.3.2. Red social afectiva y de apoyo

Según Navarro, García-Heras, Carrasco y Casas (2008), las variables que perjudican en la rehabilitación psicosocial y el pronóstico de las personas con trastornos mentales va más allá del diagnóstico, la adherencia a los medicamentos o el nivel de gravedad de los signos. De modo que el apoyo familiar y social, entre otras variables, es un factor importante en la evolución de la enfermedad y además, es uno de los objetivos de intervención.

Respecto al apoyo social, hay demostraciones que dicen que a mayor apoyo social existe mayor equilibrio sintomatológico y continuidad en la comunidad en individuos con trastorno mental grave (Fakhoury, Murray, Shepherd y Priebe, 2002, citado en Navarro, García-Heras, Carrasco y Casas 2008). Así pues, el apoyo social puede ser un factor de protección de los trastornos mentales y de evolución positiva del pronóstico. Pero la mayoría de las veces, siguiendo a Navarro, García-Heras, Carrasco y Casas (2008), las personas con trastorno mental grave tienen una red de apoyo escasa y la suelen componer la familia y/o el personal sanitario. De manera que sería necesario proporcionar apoyos específicos mediante programas, principalmente para aquellas personas que carecen de esa red de apoyo o que resulta ser escasa, para favorecer un mejor pronóstico y evolución de la enfermedad.

Como mencionan Barrón y Sánchez (2001), las normas que reúnen las funciones que tiene el apoyo social tienden a reafirmar la creencia de que dichas acciones tienen resultados de amortiguación. Además, “los sucesos vitales estresantes guardarán una relación directa, positiva, con el deterioro psicológico y depresión, y una relación indirecta a través del apoyo social. En concreto, a mayor nivel de apoyo social, menor impacto de los sucesos vitales sobre la depresión y el deterioro psicológico” (Barrón y Sánchez, 2001, p. 19).

4.4. El trabajo social en salud mental

El modelo Biopsicosocial, planteado por George Engel en 1977, es utilizado en trabajo social cuando se ha de intervenir en casos relacionados con la salud mental. Este modelo es valorado porque considera de gran relevancia los factores biológicos, psicológicos y sociales en las enfermedades mentales. Es decir, tiene en cuenta todos los aspectos que pueden influir en la vida de una persona (Hernández, 2013). Dicho modelo incluye los factores sociales en la composición de salud y enfermedad, ya que estos factores, formados por las acciones que realiza el entorno social en el que se desenvuelve el individuo, pueden contribuir tanto a la aparición y desarrollo de las enfermedades mentales como a la prevención o beneficio de su evolución. De manera que “la evolución de la enfermedad varía en función de las condiciones sociales con las que se

encuentra la persona enferma, que pueden favorecer u obstaculizar la evolución de la enfermedad” (Hernández, 2013, p.318).

Por consiguiente, el trabajador social es el “profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los factores psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad, tanto si tienen que ver con su desencadenamiento como si se derivan de aquellas” (Ituarte, 1995, p.277, citada en Aroca, Arocás, Cebrián, Maltés, Pasqual y Pérez, s.f., p.6).

Así pues, la labor del trabajador social o la trabajadora social es esencial para mantener unos factores sociales que no dañen y que beneficien la evolución de la enfermedad mental. Siendo de gran importancia la intervención con la familia del individuo, procurando en todo momento favorecer una normalización en el contexto social de la persona para alcanzar su rehabilitación y reinserción psicosocial o mejorar la evolución de su enfermedad mental (Hernández, 2013, Garcés, 2010, y Aroca, Arocás, Cebrián, Maltés, Pasqual y Pérez, s.f.). Además, según Hernández (2013) los trabajadores sociales deben apoyar, acompañar y realizar un seguimiento de las familias en todas las fases del proceso de intervención al ser uno de los factores sociales más influyentes en la enfermedad mental. Por lo que, desde la primera fase en la que el profesional acoge y ofrece información a la familia, éste se convierte en la persona de referencia a la que podrán acudir cuando necesiten compartir sus sentimientos o resolver problemas. Sin embargo, a veces las personas con enfermedad mental carecen de una red de apoyo adecuado, o simplemente es inexistente, lo que perjudica a la evolución de la enfermedad de estas personas y es el trabajador social el encargado de hacer frente a esta situación para estabilizar en la medida de lo posible la enfermedad mental (Hernández, 2013).

Asimismo, el cambio en la persona o en la situación social y familiar en la que se encuentre, se produce mediante tres pilares fundamentales (Garcés, 2010, p. 339):

1. “Por medio de la relación interpersonal.
2. Por medio de cambios en la situación social.
3. Por medio de cambios en las relaciones con personas significativas en el espacio vital de los individuos”.

5. Contexto normativo

Debido a la insuficiencia de espacio se ha trasladado el contexto normativo al anexo 2.

6. Metodología

Se ha desarrollado la presente investigación en base a dos metodologías, una de carácter cualitativa y otra cuantitativa. Las fuentes utilizadas han sido mixtas: fuentes primarias (a través de entrevistas y dos cuestionarios) y secundarias (revisión bibliográfica y consulta de historias clínicas y sociales, además de informes sociales para conocer las patologías de la muestra y sus antecedentes personales, familiares y sociales).

6.1. Metodología cualitativa

6.1.1. Objetivos que responde

La metodología cualitativa trata de abordar la perspectiva del sujeto de estudio, pues los resultados obtenidos en una investigación están fuertemente relacionados con las emociones y la visión del individuo investigado. Además, los métodos cualitativos nos ayudan a evaluar estudios cuantitativos en los casos de validación de cuestionarios, con el fin de que los resultados no se obtengan simplemente de manera numérica y/o porcentual (Sarduy, 2007).

En esta metodología se pretende responder al objetivo general de la investigación: analizar la influencia de las carencias afectivas y la ausencia de apoyo social en la evolución del trastorno de salud mental como posible agravante post-diagnóstico de la enfermedad mental. También se pretende alcanzar el objetivo secundario de demostrar que el personal sanitario puede ser la figura de apego de las personas que tienen un trastorno mental y carecen de apoyo social.

6.1.2. Tipo de estudio.

El tipo de investigación realizada dentro de la metodología cualitativa ha sido exploratoria. Se entiende por ésta aquel estudio que se centra en descubrir, aproximarse a fenómenos desconocidos o inexplorados, sin ser un fin en sí mismo. Tiene como propósito la contribución de ideas respecto a la forma adecuada de abordar una investigación en concreto y aumentar el grado de familiaridad de ésta (Grajales, 2000).

El tema tratado es poco conocido o no se han realizado suficientes estudios acerca de él, por lo que de esta manera, los resultados que se obtengan serán aproximados al objeto de estudio.

En relación al diseño, se trata de una investigación de campo, debido a que la recolección de información se ha alcanzado de manera directa donde acontece la realidad del estudio.

Respecto al alcance temporal, por un lado se considera que es de carácter transversal al haberse realizado las entrevistas en un momento determinado en el tiempo, entre los meses de febrero a mayo de 2018. Pero por otro lado, el alcance temporal puede ser longitudinal retrospectivo al recoger datos referentes a la infancia y la relación con los padres a lo largo de la vida en las entrevistas de los usuarios.

6.1.3. Criterios inclusión, exclusión muestra

En este caso, la muestra se divide en dieciséis pacientes del Centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen y, por otro lado, cuatro profesionales de éste. Los usuarios pertenecen a las unidades A, B y C del centro. Estas unidades se dividen:

- Unidad A. Enfermos mentales crónicos de edad adulta con independencia física.
- Unidad B. Enfermos con discapacidad intelectual asociados a trastornos de conducta.
- Unidad C. Unidad de agudos. Ingresos de corta y media estancia.

Los criterios de inclusión se basan en trastornos mentales graves: esquizofrenia, trastorno de la personalidad, discapacidad intelectual y trastorno bipolar. Además, todos están comprendidos en la edad adulta (desde 18 a 65 años). Cabe destacar que la selección de la muestra fue propuesta por los psiquiatras

y la psicóloga del centro, los cuales nos aconsejaron a qué pacientes podíamos realizarles las entrevistas, describiéndonos sus patologías, edades e historias de apoyo familiar y social para conocer cuáles han tenido y/o tienen carencias afectivas y ausencia de apoyo social.

Los criterios de exclusión han sido, por un lado, la exclusión de las pacientes mujeres por no recoger las características propias del estudio y, por otro lado, se ha exigido un nivel mayor de comprensión que en los cuestionarios realizados para el análisis cuantitativo, pues las preguntas requerían el adecuado entendimiento de las mismas.

A continuación se muestran las tablas (1 y 2) correspondientes a la muestra que se ha utilizado para la realización del trabajo:

| Tabla 1. Pacientes del Centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen | | | | | | | |
|--|------|---------------------------|--------|--|------|---------------------------|--------|
| Con apoyo social y adecuado apego adulto | | | | Sin apoyo social y con carencias afectivas | | | |
| Nº pacientes | Edad | Patología | Unidad | Nº paciente | Edad | Patología | Unidad |
| Paciente 1 | 42 | Discapacidad intelectual | A | Paciente 9 | 22 | Discapacidad intelectual | B |
| Paciente 2 | 31 | Esquizofrenia paranoide | C | Paciente 10 | 45 | Esquizofrenia paranoide | C |
| Paciente 3 | 28 | Trastorno de personalidad | C | Paciente 11 | 25 | Trastorno de personalidad | A |
| Paciente 4 | 53 | Trastorno de personalidad | A | Paciente 12 | 27 | Trastorno de personalidad | A |
| Paciente 5 | 45 | Discapacidad intelectual | B | Paciente 13 | 38 | Discapacidad intelectual | C |
| Paciente 6 | 49 | Esquizofrenia paranoide | C | Paciente 14 | 53 | Esquizofrenia paranoide | A |
| Paciente 7 | 31 | Esquizofrenia paranoide | A | Paciente 15 | 38 | Discapacidad intelectual | C |
| Paciente 8 | 35 | Trastorno bipolar | C | Paciente 16 | 31 | Trastorno de personalidad | A |

Fuente: Elaboración propia.

| Tabla 2. Profesionales del centro neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen | | | |
|--|---------------------|--------|--------------------|
| Nº de pacientes | Años de experiencia | Género | Unidad que atiende |
| Profesional 1 | 11 | Mujer | Unidad A |
| Profesional 2 | 37 | Hombre | Unidad B |
| Profesional 3 | 28 | Hombre | Unidad C |
| Profesional 4 | 16 | Mujer | Todas las unidades |

Fuente: Elaboración propia.

6.1.4. Topics

Algunas de las variables que se han reunido en la investigación acerca de los pacientes han sido la edad, la patología y si cuentan con apego y apoyo social.

En esta investigación, se utiliza como técnica de investigación cualitativa la entrevista, la cual tiene un enorme potencial para permitirnos acceder a la parte mental de las personas, pero también a su parte vital a través de la cual descubrimos su cotidianidad y las relaciones sociales que mantienen (López y Deslauriers, 2011, p. 1). Éstas han sido de carácter semiestructurado.

En el caso de las entrevistas a pacientes, han sido preguntas relacionadas con el ámbito y antecedentes familiares, además de la relación con sus padres desde la infancia hasta la situación actual y, en el caso del personal han ido dirigidas a su perspectiva profesional sobre las carencias afectivas y sus efectos en la salud mental, además de la importancia del apoyo social. Se realizaron las entrevistas necesarias hasta alcanzar la saturación de información.

El guión de las entrevistas se encuentra en el anexo 3.

6.1.5. Procedimiento

Una vez realizadas las entrevistas, hemos procedido a la transcripción de todas ellas, facilitando de esta manera la extracción de los nodos o núcleos conceptuales de gran interés para nuestra investigación. Posteriormente elaboramos un análisis de los resultados obtenidos a través del árbol de conceptos. Además, se ha contado con el apoyo de historias clínicas y sociales e informes sociales para contrastar la información proporcionada en las entrevistas de los usuarios o incluso para añadir algunos datos de interés que no hayan sido nombrados.

6.1.6. Análisis

Para la realización del análisis de todas las entrevistas realizadas hemos utilizado un árbol de conceptos. A partir del cual hemos extraído las frases más significativas que tanto profesionales como usuarios decían a lo largo de las entrevistas, categorizándolas en diferentes apartados. Esto nos ha permitido tener una visión global de todos los profesionales y usuarios, por lo que hemos podido ir comparando y observando las diferentes opiniones de los entrevistados en su conjunto, y poder comparar el marco teórico con la información que nos han dado los profesionales, ya que los testimonios de los usuarios hacen referencia a su propia vida. En las entrevistas de los usuarios se les ha preguntado por la relación que tenían con sus padres durante la infancia y a lo largo de los años hasta la actualidad, además de los adjetivos con los que definirían esa relación y si existía alguna persona con la que se sintieran más a gusto que con sus padres.

6.2. Metodología cuantitativa

6.2.1. Objetivos que responde

La metodología cuantitativa responde tanto al objetivo general; analizar la influencia de las carencias afectivas y la ausencia de apoyo social en la evolución del trastorno de salud mental como posible agravante post-diagnóstico de la enfermedad mental, como a los objetivos específicos; analizar si el personal sanitario puede ser la figura de apego de las personas que tienen un trastorno mental y carecen de apoyo social y analizar si las personas que tiene bajo apoyo social y apego inseguro presentan

características que dificultan su desarrollo personal en aspectos como la autoestima, la expresión de sentimientos, la regulación emocional, la interacción social y el apoyo social.

6.2.2. Tipo de estudio.

Dentro de la metodología cuantitativa, se ha utilizado el tipo de estudio descriptivo: con los instrumentos utilizados, se ha buscado desarrollar una representación del tema de estudio a partir de una serie de características, es decir, se han medido ciertas variables con el objetivo de especificar unas propiedades a través de un análisis (Grajales, 2000).

Respecto al alcance temporal, se considera que es de carácter transversal al haberse realizado cuestionarios en un momento determinado en el tiempo, entre los meses de febrero a mayo de 2018.

Para establecer la mayor representatividad de la muestra posible dadas las circunstancias, el cuestionario fue repartido de manera aleatoria entre aquellos sujetos con la capacidad de comprensión adecuada para su elaboración que se manifestaron conformes con la colaboración de manera voluntaria.

6.2.3. Criterios inclusión, exclusión muestra

La muestra escogida en el análisis cuantitativo ha sido de 30 pacientes residentes en el Centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen (Garrapinillos), todos ellos pertenecientes a las unidades A, B y C del centro mencionadas anteriormente.

Los criterios de inclusión, al igual que en la metodología cualitativa, se basan en trastornos mentales graves y, además, son todos mayores de edad. La selección de los pacientes también fue propuesta por los psiquiatras y la psicóloga del centro.

Por otro lado, se han excluido de la muestra las pacientes mujeres debido a que la escasez de mujeres con características propias de este estudio en el centro no permite realizar una comparación adecuada. Además, también ha sido criterio de exclusión aquellos individuos sin la capacidad de comprensión adecuada para la realización de los cuestionarios.

6.2.4. Variables recogidas e instrumentos utilizados

La investigación cuantitativa tiene como objeto obtener, procesar y estudiar datos cuantitativos o numéricos sobre variables anteriormente determinadas, ayudando a estudiar, además, la relación entre las variables que ya han sido cuantificadas, pudiendo interpretar los resultados obtenidos (Sarduy, 2007).

Las variables que se han recogido en la investigación cuantitativa han sido la edad de los usuarios, sus patologías, si cuentan con apoyo familiar y social y si existe o ha existido un consumo de tóxicos mediante cuestionarios.

Respecto a los instrumentos utilizados, se han aplicado dos cuestionarios, los cuales están validados. Por un lado, el cuestionario de Apoyo social funcional Duke-Unc (Broadhead, Gehlbach, de Gruy, Kaplan, 1988) y, por otro lado, el cuestionario de Apego adulto (Melero y Cantero, 2005).

- El cuestionario de Apoyo social funcional Duke-Unc está formado por una lista de 11 ítems, siendo éstos una serie de frases en las que el paciente debe asignarle un valor del 1 al 5, dependiendo de

cuán de acuerdo esté con ella. Los valores son: Mucho menos de lo que deseo (1), Menos de lo que deseo (2), Ni mucho ni poco (3), Casi como deseo (4) y Tanto como deseo (5).

Los rangos de puntuación son: los ítems 1, 4, 6, 7, 8 y 10 recogen valores referidos al apoyo confidencial, siendo escaso si la puntuación suma menos de 18 puntos; los ítems 2, 3, 5, 9 y 11 se refieren al apoyo afectivo, el cual es escaso si suma menos de 15 puntos. El apoyo total percibido será escaso si suma menos de 32 puntos, y normal si es mayor que 33 puntos.

- La encuesta de Apego adulto está formado por una lista de 41 ítems, siendo este último una pregunta abierta (“¿A quién acudes cuánto tienes un problema?”). El resto de ítems son una serie de frases en las que el paciente debe asignarle un valor del 1 al 6, dependiendo de cuán de acuerdo está con ella. Los valores son: Completamente en desacuerdo (1), Bastante en desacuerdo (2), Algo en desacuerdo (3), Algo de acuerdo (4), Bastante de acuerdo (5) y Bastante de acuerdo (6). La puntuación de la presente encuesta se divide en cuatro escalas de valoración. Los ítems 14, 26, 18, 30, 21, 23, 8, 10, 12, 34, 39, 37 y 3 hacen referencia a la baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo. Los ítems 4, 2, 36, 7, 29, 20, 24, 31, 9, 17 y 13 están relacionados con la resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad. La tercera escala recoge los ítems 1, 38, 32, 40, 16, 27, 5, 11 y 35 que se refieren a la expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones. La última valoración hace referencia a la autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad, recogiendo los ítems 28, 22, 6, 25, 19, 15 y 33. Las cuatro escalas del “Cuestionario de Apego Adulto” constituyen espacios en los que los sujetos pueden puntuar en distintos grados (Melero y Cantero, 2005).

6.2.5. Procedimiento

En relación a los cuestionarios, los pacientes realizaban primero el cuestionario de apego adulto y después el de apoyo social funcional Duke-Unc. Cada una de nosotras se encargaba de estar pendiente de un usuario para explicarle los cuestionarios o si tenían alguna duda acerca de ellos. Como alguno de ellos tenía más dificultades para entenderlos o en el momento de realizarlos no estaban presentes en el centro, se tuvo que alargar el tiempo de realización.

Respecto al programa SPSS, se introdujeron las edades de los pacientes, las patologías, la existencia apego, el consumo de tóxicos y las preguntas de los cuestionarios con sus respectivas respuestas para poder realizar tablas cruzadas y analizar de una manera más eficaz los datos.

6.2.6. Análisis estadístico

En el caso concreto de esta investigación, el papel de la metodología cuantitativa es tan esencial como el de la cualitativa. A través de los cuestionarios y el programa de análisis de datos Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), se han podido analizar los datos obtenidos para argumentar razonadamente la conclusión obtenida de los objetivos que se han propuesto para responder a esta metodología. Se realizó un análisis de la distribución de las variables para establecer si seguían una distribución normal o no. Como las variables seguían una distribución normal, se ha optado por utilizar estadísticos paramétricos. En un primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de la muestra mostrando los resultados en porcentajes y en medias y desviaciones típicas en función de si la variable es cualitativa o cuantitativa respectivamente. Posteriormente se ha realizado un análisis de comparación de medias, utilizando el estadístico T de student en variables cuantitativas, y Chi-cuadrado en variables cualitativas. Se ha considerado una diferencia

estadística cuando el pvalor obtenido era inferior a 0,05. El programa estadístico utilizado ha sido el SPSS 21.

6.3. Consideraciones éticas

Los aspectos éticos que hemos tenido en cuenta para el desarrollo del trabajo son:

- Consentimiento informado, a través del cual se garantiza que la persona entrevistada ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación después de proporcionarle la información necesaria acerca de la investigación (objetivos de estudio, etc.). En nuestro caso, este consentimiento se realizó preguntándoles directamente a los profesionales por diálogo verbal si nos daban permiso para grabar su entrevista. Respecto a los usuarios, les consultamos si querían participar en nuestra investigación, aunque en este caso no grabamos la entrevista por cuestiones de privacidad.
- Confidencialidad: la protección de datos es un aspecto fundamental al cual le tuvimos que prestar especial atención, garantizando la confidencialidad de los datos que nos proporcionaron las personas entrevistadas, al igual que su identidad.
- Veracidad de la información: otro de los aspectos éticos que nos surgió en el transcurso del trabajo y a lo largo del desarrollo de las entrevistas fue si la información que nos daban las personas entrevistadas era correcta.

7. Recursos sociales relacionados con la realidad social

En este apartado se mencionan los recursos sociales existentes en Zaragoza relacionados con la realidad social del estudio. Siendo estos las unidades de salud mental de adultos, las unidades de corta estancia, las unidades de media estancia, las unidades de larga estancia y los centros de día. Todos ellos aparecen en el anexo 4.

8. Presentación de datos: su análisis e interpretación

8.1. Análisis cualitativo

Tras la realización de las entrevistas a los cuatro profesionales y 16 pacientes del Centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen, se ha procedido a la realización de su análisis cualitativo. Primeramente se ha hablado sobre la evolución de la enfermedad mental y los factores que influyen en la misma, incluidas las carencias afectivas. A continuación se analiza el apoyo social, donde se divide según la relación con amigos o con los profesionales del centro. Finalmente se habla de la familia y su perfil, al igual que su influencia en la enfermedad mental como factor de riesgo o como factor de protección, debido a la importancia que tiene. Debido al exceso de información, mirar el anexo 5 para más datos de interés sobre el análisis.

8.1.1. Evolución de la enfermedad mental y factores que influyen en la misma

Los profesionales entrevistados coinciden en que la enfermedad tiene un carácter biopsicosocial, el cual tiene tres partes y cada una posee unos factores que influyen en la evolución de la enfermedad mental. Primero está la parte biológica, que es la parte enferma y se trata mediante fármacos. Es la parte de lo biológico, influye la carga genética, pequeños problemas orgánicos o cualquier tipo de alteración, como el

consumo de tóxicos. En segundo lugar se encuentra la parte psicológica, donde se encuentran la personalidad junto con los elementos que rodean la forma de ser y los eventos que hayan podido acontecer en la vida de una persona, por lo que influye la carga afectiva más cercana, la familia y el entorno más cercano de amigos. Por último está la parte social, que es una parte bastante importante, y engloba el contexto social en el que se desenvuelve la persona y cómo le influye todo el entorno, dándose a conocer si existe familia o no, si perjudica o simplemente que no hay vida social.

Así pues, son varios los factores que influyen negativamente en la evolución de los trastornos mentales. Uno de ellos es el consumo de tóxicos, que además de afectar negativamente en la evolución, esta adicción termina separando a las familias. Además, también influyen mucho los hábitos y las costumbres de las familias. *"Los pacientes que tienen un problema de consumo de tóxicos necesitan dinero para seguir consumiendo, se lo piden a la madre, la madre no se los da, acaban poniéndose agresivos, amenazando..."* (P1, mujer, 11 años de experiencia).

Otro de los factores es el riesgo de exclusión social en el que se encuentra la mayoría de los usuarios, el cual favorece una evolución negativa de la enfermedad. Según P1 (mujer, 11 años de experiencia), es un *"agravante de la enfermedad"*. Cuando falla lo social, la familia y los amigos, los pacientes van siendo excluidos cada vez más. También se encuentran otros factores como las carencias afectivas, la ausencia de apoyo social, la inadecuada adherencia al tratamiento, un seguimiento inapropiado, el aislamiento, problemas a nivel socioambiental, etc. En el caso de poseer más de uno de estos factores o de los nombrados anteriormente, puede producirse un empeoramiento en la evolución de la enfermedad mental. P3 (hombre, 28 años de experiencia) refiere que es *"un buen campo de cultivo para que la enfermedad no evolucione bien y que, aunque la consigas controlar, vuelvan a recaer"*.

Uno de los factores más importantes es el apego, ya que los usuarios que no han vivenciado un buen apego, tienen un obstáculo a la hora de relacionarse con los demás, de modo que no saben cómo expresarlo. Pero aunque tengan más dificultades, algunos acaban consiguiendo funcionar mejor. De manera que si todavía existe capacidad de sentir apego, los usuarios pueden mejorar y evolucionar mejor, ya que según P1 (mujer, 11 años de experiencia), *"todavía tienen ahí vida, un pronóstico más llevadero"*. En cambio, si ni siquiera buscan eso, están ya muy graves y su pronóstico será peor.

Tal y como refieren algunos de los profesionales, las personas cuando nacen poseen una carga genética que depende de cómo sean sus relaciones con su entorno y en sus primeros años de vida. De manera que si han existido unas carencias afectivas, dicha carga genética se va a modular, al igual que todas las relaciones personales, lo que influye en los trastornos mentales. Las personas que en su casa no han aprendido un mínimo de socialización ni de afecto y apoyo, no pueden relacionarse debidamente con los demás. Así pues, los ambientes desestructurados fomentan el no tener unos cimientos básicos de relación y el desarrollo de enfermedades mentales, además, las personas que se desenvuelven en estos contextos buscan una forma de aliviar ese vacío, acabando por consumir alcohol y drogas para evadirse. Según P1 (mujer, 11 años de experiencia), *"muchas veces también la enfermedad del paciente nace en este ambiente desestructurado"*.

Asimismo, la carencia afectiva es un factor que influye en la evolución de la enfermedad. A veces es el factor precipitante al desarrollo de la enfermedad mental. *"Hace que el equilibrio fino que tienen las personas, se rompa por esa carencia y se desate la enfermedad que estaba ahí latente o que aparece a raíz de eso"* (P1, mujer, 11 años de experiencia). Siendo incluso un factor de mal pronóstico, lo que implica que

vaya a haber más recaídas o peor evolución, ya que siguiendo a P1 (mujer, 11 años de experiencia), “*si existe también carencia afectiva el pronóstico es peor y la evolución es peor*”. Así pues, en muchas ocasiones agrava los trastornos mentales y provoca que las personas que poseen dichos trastornos funcionen peor y tengan más trastornos de conducta.

8.1.3. Apoyo social

Todos los profesionales afirman que los usuarios, tanto con apoyo como sin apoyo, buscan un apoyo social tanto en sus compañeros como en el personal sanitario, aunque son los pacientes sin ningún apoyo social los que intentan suplir esas carencias afectivas, sobre todo con los profesionales.

8.1.3.1. Relación con los amigos

Para los profesionales entrevistados, el apoyo social es sin duda un factor de protección, siempre y cuando no sea tóxico, ya que si no, no se le llamaría apoyo, al no influir de manera positiva en la persona. Los usuarios que cuentan con apoyo social, tienden al sostenimiento de la enfermedad, aunque también depende según la patología y la personalidad de cada uno, pero el apoyo social favorece la protección en el usuario. Tal y como refiere P3 (hombre, 28 años de experiencia), “*si tienes una serie de problemas y una deficiente afectividad en tu entorno y tienes un entorno social que apoya ahí, en principio te va a proteger. Incluso en la gente normal, el tener una buena red social también te ayuda a protegerte*”. Los pacientes que cuentan con apoyo y afecto, lo demuestran mejor que los que no lo poseen. Aunque también hay algunos pacientes que tienen una red social perjudicial, la cual hay que mantener al margen para no dañar la evolución del trastorno mental. El paciente 1 (42 años, discapacidad intelectual) refiere: “*he tenido amigos que me llevaron por el mal camino que los tuve que apartar de mi vida*”.

Algunos de los usuarios que no cuentan con una red social fuera del centro en el que residen, intentan compensar esa ausencia de apoyo social y afecto con los compañeros. Y en el caso de establecer vínculos con los otros pacientes, se puede notar una mejoría de su situación.

8.1.3.2. Relación con los profesionales

Según los profesionales entrevistados, la figura del personal sanitario para las personas con enfermedad mental que han tenido o tienen carencias afectivas es relevante, debido a que en ellos buscan un referente para suplir estas carencias. Por parte del personal no deja de ser una relación profesional con el usuario, ya que cumplen las horas de su jornada y tienen que poner un límite en relación al afecto que proyectan hacia los pacientes. Como dice P1 (mujer, 11 años de experiencia): “*el profesional tiene que ser profesional, hay que ser humano pero dar hasta donde se puede dar, yo voy a estar ahí en tus necesidades pero no voy a ser yo ni tu madre, ni tu padre, ni los auxiliar, bueno, hay que controlarlo*”.

La mayoría de los pacientes necesitan un apoyo y un afecto que buscan en el personal sanitario, intentando suplir las carencias afectivas que poseen. De esta manera la relación con los profesionales es positiva y favorece su interacción con el medio. “*Les ayuda para manejarse*” (P1, mujer, 11 años de experiencia). Muchos de los usuarios no tienen familia, o si la tienen, no existe apenas relación, por lo que el personal sanitario se convierte en la familia de los pacientes. “*Cuando la familia desaparece nosotros ejercemos de familia*” (P3, hombre, 28 años de experiencia). Además, el entorno en el centro, el trato, el afecto y todos los cuidados que se ejercen son sustitutos muchas veces de esas carencias afectivas. Esto favorece que evolucionen y funcionen mejor que aquellos que no han establecido un vínculo con el personal sanitario.

Incluso algún usuario que ha llegado al centro totalmente desestructurado, gracias a ese apoyo, entre otras cosas, ha conseguido una estabilidad que le ha permitido irse de alta cuando llegaban para una larga estancia. *"Se consigue que la cosa vaya a mejor porque todo ese vacío o esa falta pues aquí se encuentra de alguna forma"* (P4, mujer, 16 años de experiencia).

A pesar de que no se lleguen a suplir esas carencias afectivas que poseen los usuarios, sí que se compensan o se completa de alguna manera algo que nunca ha existido, y gracias a ello, puedan sentir como si el personal sanitario fuera su familia. Según P3 (hombre, 28 años de experiencia), *"se sienten mucho más integrados y se sienten mucho más en familia que fuera"*.

8.1.4. La familia

La familia para las personas con trastorno mental es uno de los factores más importantes en la evolución. Desde la infancia, todas las vivencias y acontecimientos que hayan sucedido y sigan produciéndose, van a estar reflejados en la persona. Por lo que según como sea la relación familiar, la evolución de la enfermedad mental será desfavorable o beneficiosa, al igual que el pronóstico, ya que como dice P4 (mujer, 16 años de experiencia): *"yo creo que una buena relación familiar es un factor bueno de pronóstico y de evolución"*.

8.1.4.1. Perfil de la familia

Según los profesionales entrevistados no existe un perfil específico de familia, pero sí se pueden diferenciar algunas tipologías. Una de ellas serían las familias en donde los padres ya son mayores, tienen varios hijos y uno de ellos les ha salido con un trastorno mental. En concreto la madre, tiene un sentimiento de culpa por haber traído al mundo una persona dependiente, lo que provoca que aguante todo tipo de situaciones y esté siempre pendiente de él. Tal y como refiere P1 (mujer, 11 años de experiencia), *"normalmente es un perfil más limitado pero fieles con el paciente hasta el final"*.

Se puede destacar también el perfil de familia desestructurada y deteriorada donde no ha existido un apego adecuado y solo se han relacionado mediante la manipulación. De esta manera, esa es su forma válida de relacionarse y lo seguirán haciendo cada vez que tengan contacto al ser la única referencia de interacción que han tenido. *"Es la única referencia que tienen y siempre lo han hecho así"* (P4, mujer, 16 años de experiencia).

También se encuentra el perfil de familia que siempre ha vivenciado los síntomas de sus hijos desde pequeños o en la adolescencia, pero no son conscientes de la gravedad y lo que implica tener una enfermedad mental. No asumen la enfermedad y piensan que algún día se curaran. *"Piensan que sus hijos van a ponerse bien o que van a mejorar"* (P2, hombre, 37 años de experiencia).

La mayoría de las familias de los pacientes sin apego y sin apoyo social han sido y son familias desestructuradas. Algunos de los perfiles de las familias de estos usuarios son: madre que ejerce la prostitución y padre dependiente del alcohol, padres ausentes en casa y escasa interacción con los hijos, figura paterna ausente, etc. El paciente 15 (38 años, discapacidad intelectual) refiere: *"a mi padre no lo llegué a conocer, (...) mi madre no me cuidaba bien, estaba todo el día en la cama, tenía que hacer todo yo"*.

A pesar de que existan diversas tipologías de familias, el conocimiento del diagnóstico es una situación dolorosa y difícil de sobrellevar que a veces conlleva la separación entre padres e hijos. P1 (mujer, 11 años

de experiencia) refiere que “*una vez que se hace el diagnóstico es una ruptura entre la vida del paciente y de los padres gordísima*”. Aunque en muchos casos la familia y el usuario han encontrado un equilibrio en la relación, y si la familia ve que el paciente se encuentra mejor clínicamente, pueden volver a retomar la relación.

La reacción ante el diagnóstico y la futura relación de la familia con el usuario también depende de la gravedad de la enfermedad mental, ya que la familia lo asume más o menos pero es duro y doloroso. Aunque la relación también depende del funcionamiento de la familia, ya que siguiendo a P4 (mujer, 16 años de experiencia) “*va a la par y de la mano de la relación con el paciente y el afecto*”.

8.1.4.2. La familia como factor de riesgo

Todos los profesionales entrevistados están de acuerdo en que la familia puede ser tóxica para el paciente, convirtiéndose en un factor de riesgo en la evolución de la enfermedad mental. En vez de considerarse un apoyo para el usuario, se transforma en una interferencia que impide una favorable evolución de la enfermedad mental, ya que no ayudan y además generan problemas y son perjudiciales para el paciente. Incluso los propios pacientes que no tienen apego ni apoyo social han mencionado que se sentían mejor con otra persona que no fueran sus padres cuando eran pequeños, siendo las personas más nombradas los abuelos, seguido de los tíos, hermanos y primos. Excepto un usuario que ha mencionado que no estaba más a gusto con nadie, ya que nadie de su familia se ha preocupado por él. “*Mis familiares pasan de mí*” (paciente 14, 53 años, esquizofrenia paranoide).

Los usuarios mencionan algunos adjetivos para definir la relación con sus padres y la mayoría son negativos, siendo algunos de ellos: soledad, tristeza, dolor, sufrimiento, llanto, rabia, miedo, abandono, descontrol, dejadez, broncas, encerrado en mí mismo, etc. Pero algún usuario menciona el amor en relación a su madre, diciendo que la relación es buena aunque luego refieran que hace muchos años que no la ven y que no les llama. “*Cuando empecé a estar en centros mi padre no me llamaba y mi madre tampoco porque no tenía saldo, tenía que llamar yo*” (paciente 13, 38 años, discapacidad intelectual). Por lo que la gran mayoría de ellos dice que tenía una mala relación con sus padres desde la infancia hasta la actualidad, ya que algunos no tienen contacto alguno a día de hoy. “*No existe relación con mis padres*” (paciente 10, 45 años, esquizofrenia paranoide). Cabe destacar que muchos de los usuarios con ausencia de apego y apoyo social han estado institucionalizados desde pequeños, ya sea en orfanatos, internados o centros de menores. Lo que les ha dificultado el proceso de socialización y unos cimientos básicos de relación.

Uno de los factores de riesgo más característicos son las familias desestructuradas y deterioradas. Cuando los usuarios ingresan en cualquier unidad o centro, provienen de familias que están rotas y separadas desde hace tiempo, donde se encuentra un ambiente inadecuado para el desarrollo de cualquier persona. Según P1 (mujer, 11 años de experiencia), “*muchas veces también la enfermedad del paciente nace en este ambiente desestructurado: un padre alcohólico, una madre con una inteligencia límite, de repente tienen un hijo, la madre no se entera, el padre no está y si está, está montando follón, pues claro crece salvajemente, entonces de esas carencias ya su cerebro no se va desarrollando bien y va enfermando*”.

A veces algunos padres llegaron a ejercer la violencia contra los usuarios en la infancia, en este caso a dos usuarios con trastorno de personalidad. “*A veces mi padre me pegaba*” (paciente 11, 25 años, trastorno de personalidad). “*La relación con mi madre era mala, me pegaba*” (paciente 12, 27 años, trastorno de personalidad). Además, cabe destacar que todos los pacientes sin apego y sin apoyo social han ejercido la

violencia cuando no se sentían bien, algunos pegaban a las personas y otros a las cosas materiales. Algunos testimonios son: “*Cuando me sentía mal pegaba a la gente, no hacía caso, hasta a los psiquiatras*” (paciente 11, 25 años, trastorno de personalidad). “*Cuando me sentía mal lloraba y pegaba, tanto a las personas como a los objetos*” (paciente 12, 27 años, trastorno de personalidad).

8.1.4.3. La familia como factor de protección

Según los profesionales, el apoyo familiar es muy importante. En nuestra sociedad, es en la familia donde aprende una persona a relacionarse con otras, y de ahí lo extraña fuera del contexto familiar en su vida diaria. Resulta de gran importancia que los mensajes que den los padres a sus hijos desde pequeños no sean ambivalentes para que las cosas se entiendan y vayan mejor. La familia puede ser un factor de protección y favorecer la mejora de la evolución de la enfermedad mental. De manera que la familia “*es un factor protector y es un factor que, si aparece la enfermedad, ayuda a que mejore más rápidamente o que la evolución sea más positiva o que aunque se mantenga parte de la clínica, el nivel de funcionamiento y la calidad de vida del paciente sea mejor*” (P3, hombre, 28 años de experiencia).

Existen diferencias entre los pacientes que tienen una familia que les transmiten sentimientos de amor y afecto, se preocupan por ellos, mantienen llamadas telefónicas frecuentes, los vienen a visitar o se los llevan de permiso a casa durante unos días, de los que no tienen nada de nada. “*Cuantas más visitas tienen, más llamadas y más apoyo influye de manera más positiva*” (P3, hombre, 28 años de experiencia).

Normalmente, si han tenido un adecuado apego, la evolución es bastante mejor que en el resto de los pacientes. Aunque no hay que olvidar que es una enfermedad mental y, aunque exista un apoyo, no tiene porque evolucionar siempre de manera positiva. A pesar de ello, el apego y el apoyo social son factores que favorecen la evolución de la enfermedad de manera beneficiosa, ya que como refiere P4 (mujer, 16 años de experiencia), “*el apoyo familiar es un factor bueno de pronóstico y de evolución (...). El resultado siempre será mejor si existen esos apoyos y en caso de haber un empeoramiento o una cronicidad, con ese apoyo estará mejor*”. Además, favorece el funcionamiento, la adaptación y la capacidad de seguir adelante del paciente, debido a que al estar ese apoyo familiar existe mayor contención y el usuario puede continuar durante más tiempo estabilizado. Incluso ha habido pacientes que han podido irse a su entorno familiar, han encontrado trabajo y se han rehabilitado y reintegrado psicosocialmente. Por lo que se podría decir que sí hay una diferencia importante en que haya ese apoyo fuera para evolucionar mejor.

Los ocho usuarios de la muestra que sí tienen un adecuado apego y apoyo social, refieren que durante la infancia no había ninguna persona adulta con la que se sintieran mejor que con sus padres. “*No hay nadie con quien estuviera mejor que con mis padres*” (paciente 1, 42 años, discapacidad intelectual). Todos ellos vivían durante la infancia con sus padres y hermanos, excepto el paciente 4 que también vivía con un tío. Para todos, la relación que han tenido con sus padres desde la infancia hasta la actualidad la recuerdan muy buena, y aunque hayan tenido algún bache en la relación, siempre se han sentido apoyados y queridos. Todos siguen teniendo buena relación con sus padres en la actualidad, aunque muchos de ellos han fallecido. El paciente 7 (31 años, esquizofrenia paranoide), refiere que “*tenía muy buena relación con mis padres*”. El paciente 4 (53 años, trastorno de personalidad), añade que “*estaba muy unido a mi familia y me sentía muy cómodo con ella (...) mis padres siempre me han cuidado muy bien*”. Asimismo el paciente 6 (49 años, esquizofrenia paranoide) menciona que la relación que tiene con su madre actualmente es muy buena y dice: “*me siento muy apoyado y que se ha portado muy bien conmigo*”.

En relación a los adjetivos que mencionan los pacientes que cuentan con apego y apoyo social sobre la relación que tenían con sus padres, la mayoría son en positivo. Algunos de ellos son: educación, cariño, tranquilidad, amor, respeto, confianza, seguridad, felicidad, etc. Aunque dos pacientes hacen referencia al adjetivo tristeza, pero es en los casos cuando echaban de menos o a sus padres o presenciaban sus discusiones. *"Cariño, amor, respeto, aunque tristeza si mis padres discutían entre ellos"* (paciente 3, 28 años, trastorno de personalidad). *"Tristeza si los echaba de menos, pero sino seguridad, amor, todo bueno"* (paciente 7, 31 años, esquizofrenia paranoide).

8.2. Análisis cuantitativo

Para la realización del análisis cuantitativo se ha utilizado el cuestionario de apego adulto de Melero y Cantero (2005), a excepción de la última pregunta, de respuesta libre y elaboración propia, y el cuestionario de Apoyo social funcional Duke-Unc de Broadhead, Gehlbach, de Gruy y Kaplan (1988).

8.2.1 Descripción de la muestra

La muestra es de un total de 30 sujetos, siendo el 100% hombres y, dentro de éstos, el 50% carecen de un adecuado apego adulto y apoyo social, frente al otro 50% que sí los tienen. La media de edad fue de 36,5 años (D.T 10,650), con un máximo de 55 años y un mínimo de 20 años. Respecto al trastorno mental (como se muestra en la tabla 3), el predominante fue la discapacidad intelectual (36,7%), seguido de esquizofrenia paranoide (33,3%), trastorno de personalidad (23,3%) y trastorno bipolar (6,6%). Hay que tener en cuenta que la mayoría de los sujetos tienen más de un trastorno mental y el indicado es el predominante. Además, el 80% han sido consumidores habituales de tóxicos, frente al 20% que no lo han sido (tabla 3).

Tabla 3.
Porcentaje de las variables género, trastorno mental y consumo de tóxicos

| VARIABLES | PORCENTAJE |
|---------------------------|------------|
| Género (hombres) | 30 (100%) |
| Trastorno mental: | |
| Discapacidad intelectual | 11 (36,7%) |
| Esquizofrenia paranoide | 10 (33,3%) |
| Trastorno de personalidad | 7 (23,3%) |
| Trastorno bipolar | 2 (6,7%) |
| Consumo tóxicos (sí) | 24 (80%) |

Fuente: Elaboración propia

8.2.2. Comparación de grupos

El análisis se realizó para observar si existen distinciones estadísticamente significativas entre las puntuaciones de las escalas de los cuestionarios de, por un lado, apego adulto, y, por el otro, apoyo social funcional, y el hecho de haber carecido de un entorno social y familiar adecuado desde la infancia hasta la actualidad, pasando por el diagnóstico de la enfermedad. Los resultados se muestran en las tablas 4 y 5.

En relación al cuestionario apego adulto (tabla 4), la única diferencia que apunta hacia una significatividad es la escala de expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones, con un pvalor de 0,057, por lo que se puede analizar que las personas que carecen de apego y apoyo social desde la infancia hasta la

actualidad, poseen más dificultades para expresar sus sentimientos y sentirse cómodos en las relaciones con otros individuos que las personas que sí tienen ese apego y apoyo social adecuado.

| Tabla 4. Media, DT y Pvalor (Cuestionario Apego Adulto) | | | |
|--|-------------------|----------------------|--------------|
| | Apego: Media y DT | No apego: Media y DT | PVALOR |
| <i>Escala 1: Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo</i> | 46,12 (11,45) | 46,40 (11,92) | 0,927 |
| <i>Escala 2: Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad</i> | 37,44 (9,96) | 39,07 (10,59) | 0,691 |
| <i>Escala 3: Expresión de sentimientos y comodidad en las relaciones</i> | 42,63 (6,13) | 38,27 (9,16) | 0,057 |
| <i>Escala 4: Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad</i> | 24,06 (10,46) | 21,60 (5,12) | 0,543 |

Fuente: Elaboración propia. Estadístico utilizado: T de Student

En el caso del cuestionario de apoyo social (tabla 5), sí que aparecen diferencias significativas entre las respuestas de los individuos con apego y apoyo social y los que no lo poseen, en las escalas “Apoyo Total” con un pvalor de 0,028 y “Apoyo Confidencial” con un pvalor de 0,011. Así pues, la perspectiva que tienen los usuarios con ausencia de apego y apoyo social es que no cuentan con personas a las que puedan confiarles sus problemas y una carencia de apoyo a nivel general en todos los aspectos de su vida, excepto el tema afectivo.

De esta manera, la hipótesis de que el personal sanitario suple las carencias afectivas se ve apoyada por la escasa diferencia entre las respuestas de la escala “Apoyo Afectivo” entre los distintos pacientes, pues, en el caso de aquellos con carencias afectivas y ausencia de apoyo social desde la infancia hasta la actualidad, han podido responder a los ítems referentes a esta escala refiriéndose al personal sanitario.

| Tabla 5. Media, DT y Pvalor (Cuestionario Apoyo Social) | | | |
|--|-------------------------------------|---|--------------|
| | Apego y apoyo social: Media y DT | Ausencia de apego y apoyo social: Media y DT | PVALOR |
| <i>Apoyo Afectivo</i> | 17,87 (3,62) | 16,00 (5,00) | 0,252 |
| <i>Apoyo Confidencial</i> | 22,40 (5,85) | 16,67 (5,70) | 0,011 |
| <i>Apoyo Total</i> | 40,27 (7,84) | 32,67 (10,04) | 0,028 |

Fuente: Elaboración propia. Estadístico utilizado: T de student.

Por otro lado, a la hora de interpretar los resultados de la tabla 4 y 5, hay que tener en cuenta que aquellos con una ausencia de apego y apoyo social han suplido, de algún modo, sus carencias afectivas con el personal sanitario. Para demostrar la diferencia, se les hizo una pregunta extra dentro del cuestionario, siendo ésta “¿a quién acuden cuando tienes un problema?”.

Como se observa en la tabla 6, la puntuación más frecuente dada por los encuestados catalogados con ausencia de apego y apoyo social corresponde a la etiqueta “Personal del centro” con el 60%, seguida de la etiqueta “A nadie” con un 20% y “A mis amigos” con un 13,3%. Llaman la atención las categorías de “A mi familia” y “Familia y personal”, teniendo en ambas una puntuación del 0%, respondiendo afirmativamente, de este modo, a la hipótesis formulada en este trabajo sobre la suplencia de las carencias afectivas y apoyo social de aquellos con ausencia de apego y apoyo social con el personal sanitario.

En contraste están aquellos con apego y apoyo social, donde la etiqueta más frecuente es “Familia y personal” con un 33,3%, seguido de “A mi familia” y “Personal del centro”, ambas categorías con un 26,7% del total.

De este modo, el 60% de aquellos sujetos con un apego y apoyo social adecuado nombran a su familia a la hora de acudir cuando existe un problema, frente al 0% de aquellos con una ausencia de apego y apoyo social. La diferencia obtenida ha sido significativa ($p\text{valor}=0,016$)

| | | Tabla 6. ¿A quién acudes cuando tienes un problema? | | | | | |
|-------|----|--|--------------|---------------------|--------------------|--------------|-------------|
| | | A nadie | A mi familia | Personal del centro | Familia y personal | A mis amigos | A mi pareja |
| Apego | No | 3 (20,0%) | 0 (0,0%) | 9 (60,0%) | 0 (0,0%) | 2 (13,3%) | 1 (6,7%) |
| | Sí | 1 (6,7%) | 4 (26,7%) | 4 (26,7%) | 5 (33,3%) | 0 (0,0%) | 1 (6,7%) |
| Total | | 4 (13,3%) | 4 (13,3%) | 13 (43,3%) | 5 (16,7%) | 2 (6,7%) | 2 (6,7%) |

Pvalor:0,016

9. Conclusiones

9.1. Consecución de objetivos e hipótesis

En relación al objetivo general, analizar la influencia de las carencias afectivas y de la ausencia de apoyo social en la evolución del trastorno de salud mental como posible agravante postdiagnóstico de la enfermedad mental, se puede señalar que se ha alcanzado debido a la información aportada por los profesionales y los usuarios y la revisión bibliográfica. Así pues, la enfermedad tiene un carácter biopsicosocial que influye en la evolución de la enfermedad mental, siendo la parte social el contexto social en el que se desenvuelven las personas y su influencia. Por lo que los ambientes desestructurados y deteriorados en los que han vivido algunas personas fomentan el no tener unos cimientos básicos de

relación y el desarrollo de enfermedades mentales. De esta manera, tanto las carencias afectivas como la ausencia de apoyo social son factores de riesgo que favorecen una evolución negativa de la enfermedad, y por consiguiente, un agravante de la misma.

Tras la información obtenida a través de los análisis cualitativo y cuantitativo, se han podido verificar las dos hipótesis planteadas para el objetivo general. De manera que las carencias afectivas y la ausencia de apoyo social que han sufrido los usuarios desde su infancia hasta el día de hoy han agravado su problema de salud mental. Gracias a los testimonios de los profesionales, se ha podido conocer que la carencia afectiva es un factor de mal pronóstico que influye negativamente en la evolución de la enfermedad, siendo a veces el factor precipitante del desarrollo de la enfermedad mental.

En relación a la segunda hipótesis de que el apoyo social favorece una evolución beneficiosa de la enfermedad mental, se ha podido verificar mediante las entrevistas a los profesionales, que el apego y el apoyo social son factores de protección y favorecen la evolución de la enfermedad mental, mejorando su funcionamiento y calidad de vida. Cuantas más llamadas, visitas y apoyo tienen los usuarios, más favorable es el pronóstico. Tanto el apego como el apoyo social tienden al sostenimiento de la enfermedad, y aunque también depende de la patología y la personalidad de la persona, es gracias a ese apoyo por el que existe mayor capacidad de contención y de estabilidad, y en el caso de empeoramiento, favorece la mejora de la evolución.

En cuanto al primer objetivo específico también se ha alcanzado, ya que se ha podido analizar si el personal sanitario puede ser la figura de apego de las personas que tienen un trastorno mental y carecen de apego y apoyo social. Tras los testimonios de los profesionales y los resultados de la pregunta abierta del cuestionario de apego adulto de “¿a quién acudes cuando tienes un problema?”, se demuestra que el personal sanitario se convierte en la figura de apego para los pacientes sin apego y apoyo social que se encuentran institucionalizados, lo que favorece su evolución y aunque no supla las carencias afectivas, sí las compensa o completa.

Respecto a las hipótesis del primer objetivo específico, la primera hipótesis de si la figura del trabajador social y/o sanitario puede ser la figura de apego de una persona institucionalizada, sí que se cumple debido a los testimonios de los profesionales y los propios usuarios. En la pregunta abierta del cuestionario de apego adulto de “¿a quién acudes cuando tienes un problema?”, ninguno de los usuarios sin apego y apoyo social han mencionado a su familia, siendo el más nombrado el personal sanitario, frente a los que tienen apego seguro y apoyo social, quienes, en muchos casos, han señalado a la familia o en su defecto al personal sanitario junto a ella. De manera que esta hipótesis puede ser contrastada con lo que menciona Bowlby (2006), el cual considera que las conductas de apego son inherentes al ser humano desde el nacimiento hasta la muerte. Por lo que aunque este comportamiento predomine en la niñez, también continúa desarrollándose en la vida adulta dirigido a alguna figura que esté presente en su día a día, siendo en este caso la figura de apego para los pacientes, el personal sanitario.

La segunda hipótesis en relación a que el trabajador social puede colaborar en que no se produzcan carencias afectivas desde el diagnóstico de la enfermedad y, si es posible, antes también, puede verificarse tras la información dada por los profesionales y algunos artículos científicos sobre el carácter biopsicosocial que tiene la enfermedad. Por lo que sí podría ayudar el trabajador social a mejorar la relación entre los pacientes y la familia para evitar carencias afectivas y favorecer un apoyo social.

Por otro lado, el segundo objetivo específico planteado era analizar si las personas que tiene bajo apoyo social y apego inseguro presentan características que dificultan su desarrollo personal en aspectos como la autoestima, la expresión de sentimientos, la regulación emocional, la interacción social y el apoyo social. En el análisis cuantitativo de los cuestionarios utilizados se han obtenido diferencias significativas, en el ámbito de la expresión de sentimientos y en el apoyo social (confidencial y total). De esta manera, dicho objetivo se cumple parcialmente, siendo algunos de los motivos por lo que no se alcanza, el tamaño de la muestra del estudio, ya que al ser pequeña, no salen muchas diferencias significativas. Otras razones pueden ser la falta de sinceridad por parte de los usuarios y la inadecuada compresión de las preguntas de los cuestionarios, lo cual traspasa al ámbito de la psicología y no compete al trabajo social.

Por lo tanto, respecto a las hipótesis del segundo objetivo general, se puede señalar que las personas con trastorno mental y ausencia de apego y apoyo social tienen más dificultades para expresar sus sentimientos, por lo que la segunda hipótesis vinculada a este objetivo se cumple. Además, esta información puede contrastarse con los argumentos de Bowlby (2006) y Hervás y Vázquez (2006), los cuales hacen referencia al estilo de apego de las personas como factor que influye en la capacidad de establecer vínculos afectivos y en el modo de expresar los sentimientos y el afecto. También se confirma la hipótesis relacionada con el apoyo social respecto al apoyo confidencial y total, ya que los usuarios con ausencia de apego y apoyo social perciben que no pueden confiar sus problemas a otra persona y no se sienten apoyados en ciertos aspectos de su vida diaria. Sin embargo, no se verifican las restantes hipótesis.

Todo ello ha sido posible gracias a la información que nos han aportado tanto los profesionales como los pacientes del Centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen.

Debido a que la presente investigación posee un tema muy específico, hasta nuestro conocimiento no se ha encontrado ningún estudio adecuado con las mismas características para poder compararlo.

Se han encontrado estudios sobre el apego adulto, Melero y Cantero (2008) y el apoyo social, Bellón, Delgado, De Dios y Lardelli (1996), sin embargo, se ha considerado que no se puede comparar con el presente estudio debido a una serie de factores:

- El estudio se centra en personas con trastornos mentales graves, frente a los estudios que han sido encontrados en donde la muestra son personas mentalmente sanas.
- Así mismo, encontrar individuos que quisieran colaborar con el proyecto y con la suficiente capacidad de comprensión ha sido causa de que la muestra sea pequeña (30) en comparación con otros estudios.
- La muestra de este estudio es relativamente significativa para aquellos que constan de un trastorno mental, pero no lo es para aquellos sin ningún tipo de trastorno, por lo que los estudios no son comparables.

9.3. Implicaciones en trabajo social

Una de las ideas que ha guiado esta investigación social ha sido la del personal sanitario como suplente de las carencias afectivas y ausencia de apoyo social de personas con trastorno mental grave, encontrando en la muestra que aquellos que llevan más tiempo institucionalizados o no han tenido un apego adecuado durante su infancia y/o adolescencia tratan de sustituir esta falta de afecto con los profesionales del centro. Así pues, el modelo biopsicosocial posee gran relevancia en la intervención con estas personas ya que tiene

en cuenta todos los aspectos que pueden influir en la vida de una persona (Hernández, 2013), en este caso la ausencia de apego y apoyo social desde la infancia hasta la actualidad. Por consiguiente, la ausencia de apego y apoyo social pueden ser factores sociales que contribuyan a la aparición y desarrollo de las enfermedades mentales, pero si dicho apego y apoyo social es adecuado, pueden ser factores que ayuden a la prevención o beneficio de su evolución. De esta manera, el trabajador social o la trabajadora social es una figura esencial para el mantenimiento de factores sociales que no perjudiquen y favorezcan la evolución de la enfermedad mental. Siendo de gran importancia la intervención con la familia del individuo, siempre y cuando sea beneficioso para el usuario, favoreciendo la normalización de la persona en su entorno social para alcanzar su rehabilitación y reinserción psicosocial, mejorar la evolución de su enfermedad mental o estabilizar la enfermedad mental (Hernández, 2013., Garcés, 2010. y Aroca, Arocás, Cebrián, Maltés, Pasqual y Pérez, s.f.).

De este modo, desde Trabajo social se consideran dos implicaciones principales:

- Detección y prevención: conocer la historia social de los pacientes en la medida de lo posible, con el fin de detectar para prevenir las carencias afectivas y la ausencia de apoyo social de los mismos en la etapa actual.
- Mejora de las redes de apoyo social: tratar de mejorar en la medida de lo posible la relación entre los pacientes y su familia y/o red más cercana para evitar la falta de apoyo social.

Como implicaciones específicas dentro de la detección y la prevención, se han incluido:

- Realización de entrevistas individuales y revisión de la bibliografía disponible de los usuarios con el fin de detectar posibles carencias afectivas y/o ausencia de apoyo social.
- En caso de que el usuario haya estado previamente institucionalizado, comunicarse con la trabajadora social de referencia del centro con el fin de poner en común la evolución social del individuo en el anterior centro.
- En caso de que el usuario no haya estado previamente institucionalizado, realizar entrevistas con la familia con el fin de aproximarse a determinar si podrían existir carencias o, por el contrario, se trata de un apego seguro.

Como implicaciones específicas dentro de la mejora de las redes de apoyo social, se han incluido:

- Trabajar la normalización del paciente con su red de apoyo afectiva.
- Entrevistas individuales con el usuario para determinar de manera aproximada cuál es la red de apoyo social de la que consta.
- En caso de parecer conveniente, realizar entrevistas familiares para observar el vínculo más exhaustivamente. Si se observa voluntad por parte de la familia, se podrían trabajar los lazos familiares con el fin de mejorar la red familiar del individuo.
- En caso de resultar imposible o poco conveniente realizar entrevistas familiares, buscar las herramientas adecuadas para mejorar el apoyo social de los pacientes, como la búsqueda de los recursos más adecuados para él. Además, es relevante empoderar al usuario y

capacitarle para que esas carencias afectivas y ausencia de apoyo social no influyan de manera negativa en la evolución de la enfermedad mental.

9.4. Limitaciones del estudio

- Limitaciones de la investigación: el acceso a la información, ya que hemos tenido dificultades a la hora de encontrar referencias bibliográficas en relación a algunos temas. El límite de palabras para el estudio ha supuesto un problema, ya que hemos tenido que poner algunos datos en los anexos para poder cumplir con lo establecido.
- Limitaciones en relación a los usuarios: la capacidad de comprensión de los usuarios junto a la complejidad del tema a investigar, el estado de ánimo y la veracidad de la información que nos daban. Al igual que algunos de los pacientes, a la hora de realizar las entrevistas les costaba hablar de su familia por lo que la información dada ha sido escasa, incluso uno de ellos tuvo que parar la entrevista debido al dolor que sentía al hablar de ciertos temas sobre su familia. También el no poder grabar las entrevistas por la propia privacidad de los pacientes, ha dificultado la recogida integral de la información. Asimismo, es relevante destacar que la muestra del estudio respecto a los pacientes, sólo se pudo realizar a los hombres, debido a la escasez de mujeres, la limitada comprensión de las mismas.

10. Bibliografía

- Ackerman, N. (1961). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares, psicodinamismos de la vida familiar*. Buenos Aires: Paidós
- Alonso, M. Á. V., y Schalock, R. L. (2010). Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual. *Revista española sobre discapacidad intelectual*. Nº 234, Vol. 41, p. 7-21.
- American Psychiatric Association. (2001) *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. España: Elsevier Masson.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5*. Editorial médica panamericana.
- Aroca, L., Arocás, A., Cebrián, A., Maltés, L., Pasqual, M., & Pérez, C. (s.f.). Intervención del/la trabajador/a social en las unidades de apoyo de salud mental. *Generalitat Valenciana. Recuperado de:* http://www.san.gva.es/documents/156344/484152/Intervencion_del_TSS_unidades_de_salud_mental.pdf
- Barrón, A. y Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*. Núm. 1, Vol 13, p. 17-23.
- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.

- Bellón, J. A., Delgado, A., De Dios, J. & Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*. Nº 4, Vol. 18, p. 153-163.
- Bowlby, J. (1968). *Los cuidados maternos y la salud mental*. Organización Panamericana de la Salud.
- Bowlby, J. (1998). *El apego. El apego y la pérdida*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (2006). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Broadhead, W., Gehlbach, S., de Gruy, F. y Kaplan, B. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of Social Support in Family Medicine Patients. *Medical Care*. Nº 7, Vol. 26, p. 709-723.
- Calzada, A. (2004). Algunos aspectos de interés sobre la violencia y el maltrato infantil. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. nº 5-6, Vol. 20. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000500011
- Cañete, M.A. (2017). *Tema 2: Necesidades en la infancia. Respuesta familiar, escolar y social*. Facultad de Educación - Universidad de Zaragoza.
- Castelló, J. (2000). Análisis del concepto dependencia emocional. *I Congreso Virtual de Psiquiatría*. Nº 8, Vol. 5. Recuperado de: http://www.robertexto.com/archivo8/depend_emocio.htm
- Confederación Salud Mental España. (2016). *Las relaciones afectivas son vitales para 9 de cada 10 personas con esquizofrenia/ psicosis y sus cuidadores*. En línea: <https://consaludmental.org/sala-prensa/presentacion-proyecto-voz-28579/>
- Confederación Salud Mental España. Proyecto Voz. (2016). *Necesidades de las personas con esquizofrenia/psicosis y sus cuidadores: Resultados finales de la encuesta a gran escala*. En línea: <https://consaludmental.org/publicaciones/Necesidades-esquizofrenia-Proyecto-VOZ.pdf>
- De Val, C. y Gutiérrez, J. (2006) Capítulo 1. La investigación cualitativa para el trabajador social.
- Estévez, E., Musitu, G. y Herrero, J. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental*. Nº 4, Vol. 28, p. 81-89.
- Farina, F., Seijo, D. y Novo, M. (2000). Desprotección infantil: el maltrato. En F. Fariña y R. Arce (Coords.). *Psicología jurídica al servicio del menor*. p. 105-122. Barcelona: Cedecs Editorial.
- Federación de Asociaciones para la Prevención de Maltrato Infantil. (2010). *Maltrato a niños, niñas y adolescentes. Definición y tipologías*. En línea. Recuperado de <http://www.fapmi.es/contenido1.asp?sec=35&pp=1>
- Fernández, J. y Bravo, A. (2002). Maltrato infantil: situación actual y respuestas sociales. *Psicothema*. Vol. 14, p. 118-123.
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas psicoanalíticas*. Vol. 3, p. 1-17.

- Fonagy, P., y Lorenzini, N. (2014). Apego y trastornos de la personalidad: breve revisión. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*. Nº 2, Vol.1, p. 1-44.
- Garcés, E. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*. Vol.23, p. 333-352.
- González, B., y Rego, E. (2006). Problemas emergentes en la salud mental de la juventud. Recuperado de: http://www.injuve.es/sites/default/files/salud_mental_de_la_juventud.pdf
- Grajales, T. (2000). Tipos de investigación. Recuperado de: <http://tgrajales.net/investipos.pdf>
- Gunderson, J. (2002). *Trastorno límite de la personalidad: Guía clínica*. Barcelona: ARS MÉDICA.
- Hernández, B. (2013). El Trabajo Social en la intervención psicosocial con personas con Trastorno Mental Severo: Una reflexión sobre el papel de las familias. *Documentos de Trabajo Social, revista de trabajo y acción social*. Nº 52, p. 314-325.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: Modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de psicología general y aplicada*. Nº 1-2, Vol. 59, p. 9-36.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado nº 102*. 29 de abril.
- López, R. y Deslauriers, J. (2011). La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. *Margen*. Nº 61, p. 1-19. Recuperado de: <http://www.margen.org/suscri/margen61/lopez.pdf>
- Main, M. B., Weston, D. R., Stevenson-Hinde, J., & Parkes, C. M. (1982). The place of attachment in human infancy.
- Melero, R., y Cantero, M. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clinica y salud*. Nº 1, Vol. 19, p. 83-100.
- Mendiola, R. (2008). Teoría del apego y psicoanálisis. *Clinica y salud*. Nº 1, Vol. 19, p. 131-134.
- Millán, R. y Solano, N. (2010). Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Nº 2, Vol. 39, p. 375-388.
- Montecinos, G. (2008). *Salud Mental: Factores de riesgo y resiliencia*. p. 1-5. Recuperado de: https://www.u-cursos.cl/medicina/2008/1/MPSIQUIS/2/material_docente/bajar?id_material=160652
- Navarro, D., García-Heras, S., Carrasco, O. y Casas, A. (2008). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. *Psychosocial Intervention*. Nº3, Vol. 17. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592008000300008
- Novell, R., Rueda, P., Salvador, L., y Forgas, E. (2012). *Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. Guía práctica para técnicos y cuidadores*.

- ORDEN de 27 de junio de 2008, de la Consejera de Salud y Consumo por la que se regula, en el Sistema de Salud de Aragón, el funcionamiento de la Comisión para Ingresos y Seguimiento de pacientes en Centros Sanitarios de Rehabilitación de Salud mental y Comunidades Terapéuticas de Deshabituación. *Boletín Oficial de Aragón nº 110*. 24 de julio.
- Organización Mundial de la Salud, (2001). Capítulo 1: La salud pública al servicio de la salud mental. In: *Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas..* [online] Suiza, pp.1-16. Disponible en: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Documentos básicos.
- Pérez, A. (2016). Impacto de la discapacidad en el núcleo familiar.
- Pita, S. y Pértegas, S. (2002). Investigación cuantitativa y cualitativa. *CAD ATEN PRIMARIA*, 9: p.76-78.
- Quiroz, V., Villatoro, V., Gutiérrez, L., Amador, B. y Medina-Mora, I. (2007). La familia y el maltrato como factores de riesgo de conducta antisocial. *Salud Mental*. Nº 4, Vol. 30, p.47-54.
- Real Decreto 1414/2006, de 1 de diciembre, por el que se determina la consideración de persona con discapacidad a los efectos de la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. *Boletín Oficial del Estado nº 300*. 16 de diciembre.
- Rossell, T. y Rodríguez, P. (2017). *La entrevista en el trabajo social*. Barcelona: Herder.
- Rubio, V. (1985). *Estudio de carencias afectivas y la posible influencia negativa futura*. Madrid: Dirección general de protección jurídica del menor-Ministerio de justicia.
- Sarduy, Y. (2007). El análisis de información y las investigaciones cuantitativa y cualitativa. *Revista Cubana De Salud Pública*. Nº 3, Vol. 33, p. 1-11.
- Solano, y Vasquez. (2014). Familia, en la salud y en la enfermedad... mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Nº 4, Vol. 43, p. 194-202.
- Widakowich, C. (2014). La enfermedad maníaco-depresiva. Aspectos psicodinámicos y sintonía afectiva. *Vertex. Revista argentina de psiquiatría*. Nº 117, Vol 25, p. 338-343.
- World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

11. Índice de tablas

| | |
|----------------|----|
| Tabla 1 | 13 |
| Tabla 2 | 13 |
| Tabla 3 | 23 |
| Tabla 4 | 24 |
| Tabla 5 | 24 |
| Tabla 6 | 25 |
| Tabla 7 | 34 |
| Tabla 8 | 37 |
| Tabla 9 | 38 |
| Tabla 10 | 42 |

12. Anexos

12.1. Anexo 1: Trastornos mentales

12.1.1. Esquizofrenia

La *American Psychiatric Association* en 2014, a partir de ahora referenciado como DSM-5, refiere a la esquizofrenia como “Los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos son la esquizofrenia; otros trastornos psicóticos y el trastorno esquizotípico (de la personalidad)” (DSM-5, 2014, p. 87).

Los trastornos psicóticos según el DSM-5 (2014) se caracterizan por delirios, los cuales se pueden definir como creencias estables que no son capaces de cambiar aunque se demuestre que son falsos y pueden contener varias temáticas; las alucinaciones, percepciones que no son estimuladas por un factor externo siendo las más comunes las auditivas; pensamiento (discurso) desorganizado, la persona puede cambiar de tema y responder algo que no esté relacionado con la pregunta; comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonia) y síntomas negativos.

Así pues, siguiendo al DSM-5 (2014), la esquizofrenia se caracteriza por presentar una mezcla de signos y síntomas tanto negativos como positivos. Es una alteración permanente durante un mínimo de seis meses con signos continuos persistentes del trastorno y al menos un mes en la fase activa (preferentemente delirios, alucinaciones y discurso desorganizado). Además, estos síntomas y signos están asociados a una disfuncionalidad laboral y social significativa.

Existen varios subtipos de esquizofrenia mencionados por la *World Health Organization* en 2000, a partir de ahora llamada CIE-10 (2000), ya que en el DSM-5 no se contemplan, los cuales se definen por los síntomas aparentes en el momento de evaluar. Los subtipos son los siguientes:

Tabla 7.
Tipos de esquizofrenia

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">● Esquizofrenia paranoide: es la que resulta más interesante para la presente investigación. Se caracteriza por el predominio de ideas delirantes y/o alucinaciones auditivas. La capacidad cognoscitiva y la afectividad no suelen alterarse.● Esquizofrenia hebefrénica: se caracteriza por cambios en la afectividad, alucinaciones e ideas delirantes, y actitudes insensatas. Presenta un discurso confuso y pensamiento desordenado, junto con un humor frívolo.● Esquizofrenia catatónica: cuando se desarrolla una alteración psicomotora que puede manifestar alternaciones de extremos, desde la inmovilidad a la actividad motora excesiva y viceversa.● Esquizofrenia indiferenciada: cumple las normas generales de esquizofrenia, pero o no se adapta a ninguno de los tipos de la misma o cumple requisitos de varios subtipos.● Esquizofrenia residual: Esquizofrenia que se encuentra en estado crónico con síntomas negativos y se caracteriza por haber existido como mínimo un episodio de esquizofrenia, pero en la actualidad no se presentan síntomas psicóticos positivos.● Esquizofrenia simple: se caracteriza por un desarrollo lento pero creciente, donde predominan conductas singulares, incumplimiento de necesidades sociales y disminución de la productividad. |
|--|

Fuente: Elaboración propia a partir del CIE-10 (2000).

Según el DSM-5 (2014), desde que se inicia el trastorno, el nivel de funcionalidad en los ámbitos principales de la vida como el trato, el cuidado personal o las relaciones interpersonales, se encuentra mayormente deteriorado en comparación con el nivel que se alcanzaba antes de padecer la esquizofrenia.

Los síntomas que caracterizan a la esquizofrenia comprenden diversas disfunciones conductuales, cognitivas y emocionales, incluyendo la afectividad, aunque no todos los sujetos tienen las mismas características, ya que la esquizofrenia se manifiesta de manera clínicamente heterogénea (DSM-5, 2014).

A veces, un primer síntoma de esquizofrenia es cuando una persona que era socialmente activa empieza a dejar esos hábitos anteriores. Otros síntomas que apoyan el diagnóstico según el DSM-5 (2014) son los relacionados con el estado de ánimo (disfórico), un afecto inadecuado, alteraciones en el sueño, fobias, ansiedad, despersonalización, desrealización, deterioro de la memoria, procesamiento más lento, reducción de atención, etc. Algunos sujetos pueden carecer de conciencia de la enfermedad.

Los síntomas psicóticos de la esquizofrenia se manifiestan entre la adolescencia tardía y los 35 años. Aunque algunos “niños que posteriormente recibirán un diagnóstico de esquizofrenia tienen más posibilidades de haber presentado psicopatología y trastornos emocionales-conductuales inespecíficos, alteraciones intelectuales y del lenguaje y retrasos motores sutiles”. (DSM-5, 2014, p. 103).

12.1.2. Discapacidad intelectual

“La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual, como en conducta adaptativa, tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas, conceptuales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años” (Schalock et al., 2010, p. 1, citado por Alonso y Schalock, 2010, p. 12).

Por otro lado, el DSM-5 (2014) refiere la discapacidad intelectual (definido como trastorno del desarrollo intelectual) en el marco de los trastornos del neurodesarrollo, grupo de afecciones cuyo inicio se sitúa en el período de desarrollo. Dicho trastorno limita el funcionamiento en las conductas sociales, siendo una persona inmadura a la hora de relacionarse con los demás.

Existen cuatro niveles según el grado de gravedad: leve, moderado, grave y profundo. Estos niveles no son evaluados según las puntuaciones de cociente intelectual, sino por la funcionalidad de adaptación, ya que es la que describe el nivel de apoyos que se necesitan. Las principales características de este trastorno son la insuficiencia de inteligencia mental y las que perjudican al funcionamiento adaptativo de la vida diaria comparándolas con las personas de la misma edad, sexo y nivel sociocultural.

12.1.3. Trastorno bipolar

El trastorno bipolar es considerado como un vínculo entre el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y los trastornos depresivos, debido a su condición maníaca-depresiva o psicosis afectiva (DSM-5, 2014).

Para ser diagnosticado de este trastorno es necesario que se cumplan los requisitos de un episodio maníaco, y puede ser que antes o después hayan sucedido episodios de depresión mayor o hipomaníacos.

Los criterios del episodio maníaco siguiendo el DSM-5 son:

- Un periodo de tiempo específico en el que haya un estado de ánimo anómalo y duradero (expansivo, irritable o elevado) y un incremento anormal de la actividad durante al menos una semana y que esté sucediendo la mayor parte del día.
- Durante el periodo anterior deben presentarse al menos tres síntomas (aumento de autoestima, dormir menos horas, más ganas de hablar, mayor distracción, realización de más actividades, etc.)
- La modificación del estado de ánimo provoca un deterioro en el funcionamiento social y laboral que necesita hospitalización para no causar daño a uno mismo ni a terceros.
- El episodio no puede asignarse a los efectos de sustancias o afección médica.

Existen algunas características que apoyan dicho diagnóstico cuando en la persona está presente el episodio maníaco. Algunas de esas características son que no tienen conciencia de su enfermedad por lo que se niegan a medicarse, hacen más llamativo su estilo, pueden tener conductas antisociales o agresivas, y en el caso de estar delirantes pueden agredir a tercera personas o suicidarse. También, “los individuos con episodio maníaco presentan una mayor sociabilidad sin importarles la naturaleza intrusiva, dominante y exigente de las relaciones” (DSM-5, 2014, p. 128). Además, el estado de ánimo puede cambiar bruscamente provocando síntomas de depresión o enfado.

La edad media en la que se suele diagnosticar en trastorno bipolar es a los 18 años, aunque puede aparecer a lo largo de la vida. Existen factores de riesgo genéticos, ya que es probable desarrollar esta enfermedad si ya hay algún familiar diagnosticado, y cuanto mayor sea el parentesco, mayor será el riesgo.

“Más de la mitad de los pacientes que reúnen criterios para el diagnóstico de trastorno bipolar tienen un trastorno por consumo de alcohol, y los que presentan ambos trastornos tienen mayor riesgo de realizar intentos de suicidio”. (DSM-5, 2014, p. 132).

12.1.4. El trastorno de personalidad

La *American Psychiatric Association* en 2001, a partir de ahora referenciado como DSM-IV, menciona que “un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto” (DSM-IV, 2001, p. 646).

Estos patrones se refuerzan durante la juventud, siendo persistentes en el tiempo. Novell, Rueda et al. (2012) los relacionan con los mecanismos de afrontamiento y respuesta al estrés, la cognición (pensamiento, percepción de los otros), la afectividad, el control de los impulsos y las necesidades. En el presente trabajo se le dará vital importancia a la afectividad.

Existen varios tipos de trastornos de personalidad, los cuales son nombrados a continuación, dándole más importancia a aquellos que están presentes en la muestra del presente trabajo:

Tabla 8.
Tipos de trastorno de personalidad

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Trastorno paranoide de la personalidad: “se caracteriza por una sensibilidad excesiva a los contratiempos”. (CIE-10, 2000, p. 160). |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Trastorno esquizoide de la personalidad: algunos de los rasgos más característicos son la ausencia de relaciones sociales, indiferencia emocional, acciones en solitarios, además de no ser capaz de expresar lo que siente. |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Trastorno disocial de la personalidad: consiste en una indiferencia por las normas sociales y por los sentimientos de las personas. |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Trastorno histriónico de la personalidad: volviendo al CIE-10 (2000) este trastorno se caracteriza por la dramatización, el afecto frívolo, exageración de la expresión de las emociones, egocentrismo, intento por ser el centro de atención, entre otros. |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Trastorno ansioso (evitativo) de la personalidad: contiene sentimientos de inseguridad, inferioridad, tensión y temor. |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Trastorno dependiente de personalidad: se caracteriza por depender excesivamente de otras personas, miedo al abandono, falta de iniciativa, incapacidad para tomar decisiones importantes, etc. |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo: como menciona el DSM-5 (2014) predomina el perfeccionismo y la inquietud por el orden. |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Trastorno mixto de la personalidad: caracterizado por tener varios síntomas de los trastornos de personalidad y del comportamiento del adulto, pero estos criterios no son suficientes para hacer un diagnóstico específico (CIE-10, 2000). |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Trastorno límite de la personalidad: “es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad” (DSM-IV, 2001, p. 666). |

Fuente: Elaboración propia a partir del DSM-5, DSM-IV y el CIE-10.

Los sujetos con este trastorno pueden mostrar infravaloración sobre ellos cuando van a lograr un objetivo marcado (p. ej., dejar los estudios justo antes de graduarse) y, además, pueden presentar síntomas afines a los psicóticos, como son las alucinaciones o las distorsiones de la propia imagen (DSM-IV, 2001).

En las historias de la infancia de los sujetos con trastorno límite de la personalidad son frecuentes los malos tratos físicos y sexuales, la negligencia en su cuidado, los conflictos hostiles y la pérdida temprana o la separación parental (DSM-IV, 2001).

Puede resultar complicado diagnosticar este trastorno debido a sus características en común con otros, como es el caso del trastorno histriónico de la personalidad, donde ambos se caracterizan por la búsqueda de atención. Sin embargo, aunque el trastorno histriónico de la personalidad también se caracteriza por la búsqueda de atención, el comportamiento manipulativo y las emociones rápidamente cambiantes, el trastorno límite de la personalidad se diferencia por la auto destructividad, las rupturas airadas de las relaciones personales y los sentimientos crónicos de un profundo vacío y soledad (DSM-IV, 2001).

También se ha de diferenciar del trastorno esquizotípico de la personalidad pues, aunque ambos presentan ideas o ilusiones paranoides, en este caso son más pasajeras, y con el trastorno antisocial de la personalidad, pues éstos son manipuladores para obtener un beneficio, mientras que los TLP (Trastorno Límite de Personalidad) se enfocan en lograr el interés de las personas.

Debe existir un especial cuidado en distinguirse de los síntomas que pueden aparecer en asociación con el consumo crónico de sustancias (p. ej., el trastorno relacionado con la cocaína no especificado).

| Tabla 9. |
|--|
| Criterios diagnósticos DSM-III-R y DSM-IV para el trastorno límite de la personalidad (adaptado) |
| 1. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternativa entre los extremos de idealización y devaluación. |
| 2. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente nociva para sí mismo (gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida, etc.) |
| 3. Inestabilidad afectiva. Este apartado, debido al motivo del estudio, lo abordaremos en profundidad más adelante. |
| 4. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira. |
| 5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación. |
| 6. Alteración de la identidad. Incertidumbre sobre al menos dos de las siguientes áreas: autoimagen, orientación sexual, elección de objetivos o estudios, amistades, valores. |
| 7. Sentimientos crónicos de vacío o aburrimiento. |
| 8. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. |
| 9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves. |

Fuente: Gunderson, J. (2002). *Trastorno límite de la personalidad: Guía clínica*. Barcelona: ARS MÉDICA.

Haremos especial hincapié en el tercer diagnóstico, la inestabilidad afectiva. Estas observaciones indujeron a proponer que la psicopatología básica de los pacientes límite implicaba los mismos problemas de regularidad afectiva que se observaban en personas con trastornos afectivos –inicialmente depresión y actualmente trastorno bipolar II-. Linehan y otros médicos de orientación cognitivo-conductual han adoptado el concepto de desequilibrio afectivo como elemento esencial de la psicopatología límite, sugiriendo que son las intensas reacciones emocionales las que provocan los problemas conductuales (citado en Gunderson, 2002).

12.1.5. Trastornos depresivos

“Los trastornos depresivos son el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor, el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado”. (DSM-5, 2014:155).

Todos estos trastornos se caracterizan por tener sentimientos de vacío y tristeza, alteraciones cognitivas y somáticas que perjudican a la capacidad de funcionamiento de las personas y se diferencian por la temporalidad de la duración. Además, siguiendo el DSM-5 (2014) existen algunos especificadores para estos trastornos depresivos como: la ansiedad, las características mixtas, las características melancólicas, las características atípicas, las características psicopáticas, la catatonía, el inicio en el periparto, el patrón estacional. También es necesario determinar si se encuentra en remisión parcial o total, y la gravedad del trastorno en el momento actual. Dicha gravedad se apoya en la cantidad de síntomas, la importante de estos y el nivel de funcionalidad. De esta manera, la gravedad se divide en tres categorías:

1. Leve: “Pocos o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, la intensidad de los síntomas causa malestar pero es manejable, y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral” (DSM-V, 2014:188).

2. Moderado: la cantidad de síntomas, su gravedad y/o la capacidad funcional se encuentran entre las especificaciones leve y grave.
3. Grave: existe un elevado número de síntomas que ocasionan grandes molestias e impiden que la persona pueda desenvolverse tanto social como laboralmente.

12.2. Anexo 2: Marco normativo

Para ampliar el conocimiento de la salud mental y su relación con el trabajo social, es necesario conocer algunas de las normativas vigentes más destacables para llevar a cabo una intervención psicosocial eficaz con los usuarios que padeczan una enfermedad mental grave. Así pues, las leyes a nivel estatal que más destacan son:

- La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. En el artículo 20 del capítulo III de la salud mental de dicha ley, se hace referencia a la plena integración de las intervenciones en materia de salud mental en el sistema sanitario general y de una completa igualdad de la persona con enfermedad mental a los demás individuos que necesiten servicios sanitarios y sociales. En relación al trabajo social en salud mental predominan dos subapartados del artículo 20 de la presente ley.
“3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
- 4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general”.
- El Real Decreto 1414/2006, de 1 de diciembre, por el que se determina la consideración de persona con discapacidad a los efectos de la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

A nivel autonómico, se encuentra en Aragón la ORDEN de 27 de junio de 2008, de la Consejera de Salud y Consumo por la que se regula, en el Sistema de Salud de Aragón, el funcionamiento de la Comisión para Ingresos y Seguimiento de Pacientes en Centros Sanitarios de Rehabilitación de Salud Mental y Comunidades Terapéuticas de Deshabituación.

12.3. Anexo 3: Guiones de entrevistas

12.3.1. Entrevista realizada a los pacientes

- Cuéntame algo sobre tu familia, con quiénes vivías y sobre tus parientes más cercanos.
- Me gustaría que describieras la relación con tus padres cuando eras pequeño, tratando de recordar cuando eras muy pequeño.
- Trata de encontrar cinco adjetivos acerca de aquella relación con tus padres.
- Cuando eras pequeño y te sentías mal, ¿qué hacías? ¿qué sucedía?
- ¿Crees que tus experiencias infantiles han influido en tu vida adolescente, adulta?
- Me gustaría que me dijeras si en tu niñez hubo algún adulto con quien te sentías mejor que con tus padres.
- Trata de pensar si ha habido cambios importantes en la relación con tus padres desde que eras muy pequeño hasta ahora.

- ¿Cómo es actualmente la relación que tienes con tus padres?

12.3.2. Entrevista realizada a los profesionales

-Factores de riesgo en pacientes con trastorno mental

- ¿Crees que las carencias afectivas son un factor de riesgo en la evolución de los trastornos mentales?
- ¿Crees que el apoyo social es factor de riesgo o protección en la evolución de los trastornos mentales?
- ¿Qué factores pueden influir (consumo, fármacos)?
- ¿Qué relación existe entre estos factores? ¿En algún aspecto concreto? (recaídas, mayor número de episodios psicóticos)

-Perfil general de las familias

- Dentro de las familias que han mostrado apoyo por su familiar con un trastorno mental, ¿cuál es su perfil? ¿Ayuda a la evolución del paciente de forma positiva o negativa? ¿Es de manera significativa?
- ¿Las visitas y/o llamadas telefónicas de los familiares cercanos (o la ausencia de éstas) influyen en los pacientes de algún modo? ¿Cómo?
- ¿Cuál ha sido la respuesta de los familiares al recibir el diagnóstico del paciente? ¿Cuál ha sido su rol desde ese momento?
- Dentro de las familias que no han mostrado apoyo por su familiar, ¿existe alguna relación entre esto y existencia consumo, antecedentes penales, trastorno mental, etc.?

-Apego y apoyo social

- ¿Cómo ha sido la relación y la evolución de los pacientes con un adecuado apego con la familia (permisos, etc.)? ¿Y la evolución de aquellos que no lo han tenido? ¿Existen diferencias a causa de esto?
- ¿Existen o pueden existir relaciones de apego entre un paciente y alguien del personal sanitario? En caso afirmativo a la primera pregunta, ¿cuál ha sido la evolución del/de los paciente/s con este apego?
- Aquellos sin afectividad familiar, ¿se suplen estas carencias con sanitarios?
- ¿Existen diferencias significativas entre el modo de relacionarse actual de personas que han tenido apoyo familiar de los que no lo han tenido?

-Centrado en la muestra

- ¿Han tenido contacto con los familiares? ¿Cómo eran los encuentros, eran recíprocos? ¿Han recibido llamadas, cada cuánto? ¿Han venido a visitarlos, cada cuánto? ¿Observas preocupación de la familia por los pacientes y viceversa?
- ¿Sabes cuál es la visión de los pacientes sobre su familia? (centrado padres y hermanos) ¿y la visión de la familia hacia el paciente?
- ¿Se culpabilizan de haber sido abandonados?
- ¿Cómo ven los usuarios el tema del afecto, amor, etc.?

12.4. Anexo 4: Recursos sociales

12.4.1. Unidades de salud mental - Adultos

- USM Actur Sur
 - Dirección: Avda. Gómez de Avellaneda, 3. 50018
 - Tfno.: 976 52 48 45
- USM Rebolería
 - Dirección: Plaza Rebolería, 1. 50002
 - Tfno.: 876 76 51 08
- USM Casablanca
 - Dirección: C./Viñedo Viejo, 10. 50004
 - Tfno.: 976 56 06 25
- USM Sagasta-Ruiseñores
 - Dirección: Paseo Sagasta, 52. 50002
 - Tfno.: 976 25 80 51
- USM Las Fuentes
 - Dirección: C./ Doctor Iranzo, 69. 50002
 - Tfno.: 976 29 03 38
- USM San José
 - Dirección: C./ Santuario de Cabañas, 16. 50013
 - Tfno.: 976 59 47 03
- USM Torrero - La Paz
 - Dirección: C./ Soleimán, 11. 50007
 - Tfno.: 976 25 36 21
- USM Hospital Clínico
 - Dirección: Avda. San Juan Bosco, 15. 50009
 - Tfno.: 976 55 64 00
- USM Delicias
 - Dirección: C./ Escultor Palao, 36. 50017
 - Tfno.: 976 32 01 03

12.4.2. Unidades de Corta Estancia

- UCE Hospital Royo Villanova
 - Dirección: Avda. San Gregorio, 30. 50015
 - Tfno.: 976 46 69 10
- UCE Hospital Universitario Miguel Servet
 - Dirección: Pº Isabel la Católica, 1-3. 50009
 - Tfno.: 976 76 55 00
- UCE Hospital Clínico
 - Dirección: Avda. San Juan Bosco, 15. 50009
 - Tfno.: 976 55 64 00

12.4.3. Unidades de Media Estancia

- UME Fundación Rey Ardid

- Dirección: C./ Castelar, S/N. 50191 Juslibol (Zaragoza)
- Tfno.: 976 73 10 00
- UME CRP Ntra. Sra. Del Pilar
 - Dirección: C./ Duquesa Villahermosa, 66-68. 50009
 - Tfno.: 976 33 15 00

12.4.4. Unidades de Larga Estancia

- ULE CRP Ntra. Sra. Del Pilar
 - Dirección: C./ Duquesa Villahermosa, 66-68. 50009
 - Tfno.: 976 33 15 00
- ULE Neuropsiquiátrico Ntra. Sra. Del Carmen
 - Dirección: Camino del Abejar, S/N. 50190 Garrapinillos (Zaragoza)
 - Tfno.: 976 77 06 35

12.4.5. Centros de Día

- CD "Profesor Ramón Rey Ardid"
 - Dirección: C./ Pablo Iglesias, 40-42. 50018
 - Tfno.: 976 79 81 61
- CD "Torrero" - Adunare
 - Dirección: C./ Biescas, 11. 50007
 - Tfno.: 976 37 12 56
- CD "San Carlos" - Caritas
 - Dirección: C./ Cantín y Gamboa, 30-35. 50001
 - Tfno.: 976 29 25 89
- CD ASAPME ZARAGOZA
 - Dirección: C./ Ciudadela, 1. 50017
 - Tfno.: 976 53 25 05
- CD "Romareda"
 - Dirección: C./ Asín y Palacios, 4. 50009
 - Tfno.: 976 35 67 61

12.5. Anexo 5: Análisis cualitativo, datos de interés

Tabla 10.
Análisis cualitativo: datos de interés

| | |
|--|--|
| Evolución de la enfermedad mental y factores que influyen en la misma | <p>Existe un factor “supuestamente” beneficioso que serían los fármacos. Un tratamiento bien tomado se supone que tiene más beneficios que perjuicios, pero sí que es verdad que los fármacos tienen un espectro de efectos secundarios muy lastrosos: el babeo, la mirada que parece que atraviese, el enlentecimiento, etc., que estigmatizan a las personas que toman los fármacos. <i>“Los fármacos son muy estigmatizantes pero claro más estigmatizante es tenerlos sin la medicación”</i> (P1, mujer, 11 año de experiencia).</p> |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | <p>Algunos de los profesionales se sorprenden de la fortaleza que pueden llegar a tener algunos de los usuarios que se han criado en una familia desestructurada y en condiciones desfavorables. Haciendo referencia a “<i>la capacidad de cada paciente de poder compensar ese vacío y de salir adelante, es una pasada el equilibrio que pueden llegar a encontrar. Es impresionante el camino que hacen ellos en su propio equilibrio personal y bienestar psicológico y emocional</i>” (P4, mujer, 16 años de experiencia).</p> |
| | <p>A pesar de estos factores, algunos de los profesionales se sorprenden de la fortaleza que pueden llegar a tener algunos de los usuarios que se han criado en una familia desestructurada y en condiciones desfavorables. Haciendo referencia a “<i>la capacidad de cada paciente de poder compensar ese vacío y de salir adelante, es una pasada el equilibrio que pueden llegar a encontrar. Es impresionante el camino que hacen ellos en su propio equilibrio personal y bienestar psicológico y emocional</i>” (P4, mujer, 16 años de experiencia).</p> |
| Las carencias afectivas como factor que influye en la enfermedad mental | <p>La carencia afectiva está relacionada con el consumo de tóxicos, aunque no quiere decir que en la enfermedad mental haya siempre consumo, ya que influyen más factores. Entonces en la enfermedad mental, como en cualquier persona, la carencia afectiva influye en el desarrollo de esa persona y si además esa persona tiene un consumo de tóxicos, la evolución de la enfermedad va a ser peor.</p> |
| Apoyo social: relación con los profesionales | <p>Los usuarios que no cuentan con apoyo familiar se aíslan más, quedando más retraídos en su enfermedad que los que sí tienen ese apoyo. Aunque alguno de los que no tiene familia se relaciona más, pero eso no significa que se relacionen bien, ya que al no haber tenido unos cimientos fuertes durante la infancia tienen el apego y el apoyo mal proyectado y elaborado, lo que provoca que se vuelva patológico.</p> |
| | <p>Los profesionales refieren que el personal que se dedica a esta especialidad de salud mental, desde cualquier estamento de la jerarquía laboral, debe tener esa sintonía con el paciente y ese pequeño apego, que no es un apego familiar sino un apego profesional, sobre todo con los pacientes que sí que necesitan un referente afectivo.</p> |
| | <p>Lo que beneficia que funcionen mejor o incluso que mejore la situación es que consigan establecer una relación de afecto, y a veces, acaban apegándose casi todos los usuarios. Lo cual en ocasiones resulta un problema cuando un profesional abandona su puesto, ya que al haberse establecido un vínculo con el paciente tiene que hacer frente a su abandono. “<i>Es un duelo que tienen que hacer, un abandono, un duelo más en su vida. Hay que ver las dos caras de la moneda</i>” (P1, mujer, 11 años de experiencia).</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>Un tipo de familia es la que posee un hijo que consume tóxicos, lo que produce una ruptura de la relación familiar debido a la agresividad del paciente por no conseguir dinero para suministrarse el consumo y el desconocimiento de la familia de que el consumo “<i>es un síntoma más de la enfermedad</i>” (P3, hombre, 28 años de experiencia). A la familia le cuesta entender y piensan que es un vicio, lo que desencadena un enfado y abandono por parte de la familia hacia el hijo con enfermedad mental.</p> |
| Perfil de la familia | <p>Algunas familias hacen lo que pueden porque a veces el duelo y el desbordamiento de la situación de conocer el diagnóstico de un familiar no se supera nunca. A esto hay que añadirle también los problemas familiares, económicos, etc., que tenga la familia en ese momento, lo cual puede acabar con la capacidad de contención por parte de la familia. Es entonces cuando no se sabe qué hacer ante tal situación y se crea cierto miedo. Según P4 (mujer, 16 años de experiencia) “<i>aparece el miedo y el desistir por no saber colocarse en esa situación</i>”.</p> |
| La familia como factor de riesgo | <p>Algunos otros factores de riesgo en relación a la familia son: las familias tóxicas a las que hay que ponerles límites y si no los cumplen se les aparta para que no sigan perjudicando al usuario, las familias que ya no se preocupan por sus familiares con enfermedad mental porque les tienen miedo y han acabado desbordados por la situación y para protegerse pasan de ellos, el contacto excesivo con la familia o las visitas inesperadas en el centro. Uno de los factores que influyen más negativamente en el centro es la visita inesperada de familiares. Alguna vez son encuentros contraproducentes, porque aparecen familiares de repente y a lo mejor no es nada beneficio para los pacientes aparecer para luego desaparecer como muchas veces ocurre. Pueden no haberse visto ni saber nada de la familia en muchos años y cuando menos se espera aparece un familiar que quiere volver a tener contacto o que aparece y ya no vuelve a aparecer. Estos eventos descolocan mucho a las personas, influenciándolas, así como a la evolución de su enfermedad mental.</p> |
| | <p><i>“Muchas veces la familia es peor para el paciente, porque como son relaciones difíciles y tormentosas en tanto sentidos, a lo mejor sirve para empeorar, para quedar de manifiesto la falta, manipular al paciente, dificultades de la familia para la contención, para el manejo de esa relación...”</i>(P4, mujer, 16 años de experiencia).</p> |
| | <p>Algunos tienen la visión de haber tenido una buena relación con su familia, pero se contradicen inconscientemente, como por ejemplo el paciente 16 (31 años, trastorno de personalidad), el cual dice “<i>la relación era “buena”, me sentía querido pero no lo hacían mucho</i>”. También queda reflejada esa visión en el paciente 13 (38 años, discapacidad intelectual), que al hablar de la relación con sus padres sólo hace referencia a sus sentimientos, “<i>los quería mucho</i>”.</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>Los antecedentes familiares pueden ser otro factor de riesgo. A veces las costumbres familiares pueden ser perjudiciales para los usuarios. Si el paciente viene de un núcleo familiar con consumo de tóxicos, antecedentes penales, etc., es más fácil que lleve a cabo estas conductas que una persona que no lo ha vivenciado. Según los profesionales este factor de riesgo es más común en las personas de etnia gitana y familias altamente deterioradas. Como dice P4 (mujer, 16 años de experiencia), “<i>lo que hay relación es en pacientes que tienen trastorno mental, antecedentes penales, consumo de drogas y tal, que en algunos casos sí que en las familias ha existido porque son de etnia gitana o muy desestructuradas</i>”.</p> |
| | <p>Uno de los pacientes hizo mención a que su enfermedad se había desarrollado por el ambiente familiar que tuvo durante la infancia, lo cual uno de los profesionales lo confirmó. Por un lado, el paciente refirió: “<i>la enfermedad que tengo es por mis experiencias infantiles, creo que con apoyo familiar no hubiera tenido la enfermedad</i>” (paciente 10, 45 años, esquizofrenia paranoide). Por otro lado, el profesional mencionó que “<i>algunos tienen una visión negativa de algunos miembros de su familia que les echan un poco la culpa de lo que les ha pasado. Además yo creo que sí tienen razón. Por ejemplo el paciente 10, los padres eran dos enfermos, entonces no supieron ver lo que estaba pasando con él y se equivocaron y a partir de ahí le entró la enfermedad</i>” (P3, hombre, 28 años de experiencia).</p> |
| | <p>Otro factor de riesgo que influye mucho en la evolución es la sobreprotección de la familia debido al desconocimiento de la enfermedad. Estas familias no aceptan la realidad de la enfermedad del paciente así que se dedican de forma obsesiva al paciente, demandando cosas que no son reales cuando saben que son procesos crónicos. Tienen la creencia de que sus familiares se van a curar y esa creencia la transmiten al familiar con enfermedad mental, dándole unas expectativas que no son reales. Además, algunas de las familias al sobreproteger tanto a los usuarios, son demasiado consentidoras, lo que afecta negativamente y provoca que la patología y la evolución vayan en detrimento.</p> |
| Familia como factor de protección | <p>El nivel sociocultural influye mucho en las familias, ya que quienes lo tienen más alto están más pendientes y preparadas para comprender lo que es la enfermedad mental, por lo que “<i>el nivel cultural les ayuda muchas veces a entender la enfermedad</i>” (P1, mujer, 11 años de experiencia). Esta comprensión favorece el apoyo familiar, siendo también un factor mantenedor, ya que mantiene la enfermedad.</p> <p>Respecto a lo que hacían de pequeños cuando se sentían mal, la mayoría de ellos se lo contaba a sus padres, otros se escondían o se lo guardaban para ellos mismos, pero ninguno utilizaba la violencia. “<i>Cuando estaba mal hablaba con mis padres</i>” (paciente 5, 45 años, discapacidad intelectual).</p> |

En referencia a las experiencias infantiles, la mitad de los usuarios que tienen apego y apoyo social, dicen que sí les han influido en su vida adolescente y adulta, haciéndoles ser mejores personas. La otra mitad piensa que estas experiencias infantiles no les han influido para convertirse en la persona en la que son a día de hoy. *“Mis experiencias infantiles me han influido en casi todo, me han hecho mejor persona”* (paciente 5, 45 años, discapacidad intelectual). *“No creo que haya influido, siempre he sido buena persona por mí mismo y no por los demás”* (paciente 1, 42 años, discapacidad intelectual).