



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**TRABAJO FINAL DE GRADO**

# **Enfermedad Mental y Entorno Familiar**

Grado en Trabajo Social.

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES**

**Cristina Del Río Pastrana.**

**Tutora: Loreto Aranda Sánchez.**

**Madrid, 2019**

## **Resumen/ Palabras claves.**

### **Resumen**

A pesar de los numerosos avances la enfermedad mental sigue siendo un tema tabú en nuestra sociedad. Buscamos con este trabajo aclarar ese concepto de enfermedad mental que tanto se desconoce; los Trastornos Mentales Graves, mostrar un campo de intervención en el que aún queda mucho por descubrir para el Trabajo Social, no solo con personas que padecen este tipo de enfermedades, sino también con sus familias, que conviven con los diversos efectos de la enfermedad mental.

Los trabajadores sociales tenemos el reto de colaborar estrechamente con los familiares de nuestros enfermos mentales para que los puedan cuidar de forma más eficaz, y al mismo tiempo cuidarles a ellos también.

### **Palabras Claves**

Psicosis esquizofrénica; Intervención familiar; Psicoterapia; Psiquiatría comunitaria, Reuniones terapéuticas; Acompañamiento familiar, Rehabilitación.

### **Abstract**

Despite numerous advances, mental illness has been a taboo subject in our society. With this work I seek to clarify the concept of mental illness that is so unknown; Serious Mental Disorders, to show a field of intervention in which much remains to be explored for Social Work, not only with people who suffer from this type of illness, but also with their families, who live with various effects of mental illness.

We social workers are challenged to work closely with the families of our mentally ill people so that they can care for them more effectively, and at the same time care for them as well.

### **Key Words**

Schizophrenic psychoses; Family intervention; Psychotherapy; Community psychiatry; Therapy meetings; Family support; Rehabilitation.

## INDICE

|                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Presentación.....                                                  | 4  |
| 2. Justificación y objeto de trabajo.....                             | 6  |
| 3. Estado de la cuestión.....                                         | 7  |
| 3.1. Conceptos de la salud mental.....                                | 8  |
| 3.2. La evolución de la atención al enfermo mental.....               | 10 |
| 3.2.1. Los procesos de la reforma psiquiátrica.....                   | 11 |
| 3.2.2. La reforma psiquiátrica en España.....                         | 14 |
| 3.2.3. La rehabilitación psicosocial.....                             | 18 |
| 3.3. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020.....        | 20 |
| 3.4. El papel de la familia.....                                      | 21 |
| 3.4.1. Consecuencias de la enfermedad mental para la familia.....     | 21 |
| 3.4.2. El afrontamiento de los familiares a la enfermedad mental..... | 26 |
| 4. Necesidades de la familia.....                                     | 32 |
| 5. Objetivos.....                                                     | 36 |
| 6. Programa “Héroes en silencio”.....                                 | 36 |
| 6.1. Necesidad y Justificación del programa.....                      | 36 |
| 6.2. El doble papel de las familias.....                              | 37 |
| 6.3. Objetivos en el programa.....                                    | 38 |
| 6.4. Metodología y actividades del programa.....                      | 39 |
| 6.5. Funciones del Trabajador Social con las familias.....            | 44 |

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| 6.6. Las familias atendidas.....    | 45 |
| 6.7. Temporalización.....           | 46 |
| 6.8. Indicadores de evaluación..... | 46 |
| 6.9. Evaluación.....                | 47 |
| 7. Conclusiones.....                | 48 |
| 8. Bibliografía.....                | 50 |
| 9. Anexo.....                       | 57 |



En primer lugar, decir que escogí este tema debido a mi experiencia en el campo de la salud mental, me he ido dando cuenta de que hay una brecha importante entre como es el trabajo social en este ámbito y como éste debiera ser. Quiero centrarme principalmente en el impacto que tiene sobre las familias en las que un miembro de la misma padezca una enfermedad mental grave y/o crónica. La parte emocional de las familias es tremendamente dura y difícil de medir, y no se le da la importancia que se debería, pudiendo suponer una diferencia crucial en la mejoría de la persona que padece la enfermedad.

La metodología llevada a cabo ha sido buscar bibliografía, seleccionar y ordenar por temas de interés, validez, etc. Leer exhaustivamente, analizar y canalizar la información para posteriormente, ser desarrollada. Además, utilizaré mi memoria de prácticas del año pasado, en la Fundación Manantial en la que formé parte como alumna en prácticas de trabajo social del equipo multidisciplinar (trabajador social, educador y psicólogo) que ofrecía atención socio-comunitaria.

Tras esta aclaración inicial, decir que el cuerpo del trabajo está respaldado por un estado de la cuestión, en el que comienzo explicando la evolución del concepto de salud mental, donde la concepción de la salud como algo médico ha ido desapareciendo, y actualmente predomina la definición elaborada por la OMS, que reconoce la salud, como algo físico, psicológico y social. Más adelante cuestiono si en realidad se tiene en cuenta esa triple concepción de la salud en las enfermedades mentales. En la segunda parte del estado de la cuestión hablo sobre la evolución de la atención al enfermo mental crónico; la reforma psiquiátrica y el desarrollo de la atención comunitaria, haciendo principal hincapié en España. A continuación, expongo de forma breve la rehabilitación psicosocial en el marco de una atención comunitaria integral al enfermo mental crónico. Después sintetizo el Plan de acción integral sobre salud mental 2013–2020, centrándome en cómo surge, su elaboración y sus cuatro objetivos principales.

Y por último centro la última parte del marco teórico con un desarrollo de las causas y consecuencias de la enfermedad mental para la familia, será el punto que abarcará mayor espacio en el trabajo, ya que aunque parezca indudable de que en las enfermedades mentales el papel de la familia y su concepción de la enfermedad mental tiene una gran influencia en el diagnóstico, tratamiento y en la vida en general de la persona con

enfermedad mental, aún queda mucho por hacer en este campo de intervención, destacando la importante labor del trabajador o trabajadora social.

Después de exponer el marco teórico, señalaré las necesidades generales en las familias con miembros con E.M, a través de las cuales me planteo unos objetivos en el trabajo que desembocará en una propuesta de mejora tanto para la situación de las personas con enfermedad mental como para sus familiares, donde surge el programa “**Héroes en silencio**”.

## **2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETO DE TRABAJO.**

---

El motivo de haber centrado este trabajo en la Salud Mental y el papel de la familia es que, tras haber realizado las prácticas en una institución que atiende a personas con enfermedad mental grave, he detectado que es un colectivo en riesgo de exclusión social, sobre el que existe un gran desconocimiento, y donde la familia del enfermo mental se ve afectada por las manifestaciones patológicas sin los recursos suficientes.

Por esta razón, mi Trabajo Fin de Grado lo he dedicado a estudiar y analizar la familia del E.M, pues existe un gran desconocimiento por parte de los familiares de la enfermedad de su familiar, su relevancia, su repercusión en el día a día, resolución de conflictos y en cómo los cambios en su forma de relacionarse y comunicarse pueden contribuir decisivamente a disminuir el riesgo de recaídas del familiar enfermo y ayudar a su recuperación.

Por ello, considero necesario mayor visibilidad sobre este tema y unas propuestas a la hora de intervenir con este colectivo, teniendo en cuenta a la familia como agente primordial en la recuperación de una enfermedad mental crónica.

En cuanto al objeto del trabajo, destacar que aquellos profesionales que trabajan con las personas que padecen enfermedades mentales graves deben de tener en cuenta a la familia para mejorar, estudiar, y ayudar a la persona que tiene una E.M. Su colaboración es necesaria para conocer con detalle la vida de la persona con la que va a intervenir, para trabajar con él, conjuntamente, por su mayor inclusión en la sociedad. Sin embargo, no se trabaja con la familia como se debería, tanto por su bien como para el de su familiar. Desde la perspectiva teórica se le ha atribuido un papel, a veces determinante, en el origen de la psicopatología y en su agravamiento; pero se ha ignorado la carga y el estrés que un ser querido con E.M ocasiona. Por todo ello el presente trabajo, pretende tener en cuenta a los familiares desde su propia perspectiva, exponiendo los efectos de la enfermedad mental en sus vidas, sus respuestas a las manifestaciones anómalas, etc.

En las páginas siguientes se realiza un análisis para dar a conocer la falta de trabajo que se realizan desde los recursos para E.M con sus familias, concienciar a la gente de las situaciones que viven los familiares, se sugieren pautas de comportamiento que espero que sirvan para aliviar u orientar a las familias, cuya propia salud mental se encuentra frecuentemente en peligro, disminuir el malestar de los familiares, y por último proponer propuestas de mejora para trabajar con esta realidad entre la familia y el E.M.

### 3. ESTADO DE LA CUESTIÓN.

---

En los últimos tiempos y como consecuencia, en cierto modo de la situación socioeconómica que hay, se está generando mundialmente un incremento elevado de las enfermedades mentales, influyendo de manera negativa sobre la calidad de vida de la gente, haciendo hincapié en los factores psicosociales. Las enfermedades mentales están teniendo protagonismo actualmente tanto por sus consecuencias sobre la salud como sobre la economía y sociedad, considerándose una de las enfermedades que ocasionan más discapacidad y costes, no sólo materiales sino también intangibles, como puede ser el malestar del E.M y el de su familia.

Cada vez son más las personas que cuidan a un familiar con E.M. La familia, suele ser el encargado de los cuidados de su familiar enfermo. Por ello hay que valorar que la familia ha hecho el papel de los profesionales de la salud mental, las veinte cuatro horas al día sin tener los recursos y competencias necesarias.

Esta situación ha desembocado en un estrés continuo para la familia perjudicando a veces al mismo enfermo. Muchas son las ocasiones en la que se afirma la compleja situación que vive la persona que sufre E.M, pero ¿y su familia?, ¿somos conscientes del dificultoso panorama que tienen?

Es necesario que se creen recursos comunitarios para cubrir las carencias de las familias y ofrecerles un apoyo. Requieren profesionales competentes que les faciliten la comprensión de la E.M de sus seres queridos, asesoramiento sobre cómo sobrellevar y manejar los síntomas, y unos recursos comunitarios que procuren los medios adecuados para poder llevar a cabo el trabajo de los profesionales. Es esencial, en medida de lo posible, reducir el rechazo que sufre este colectivo por parte de la sociedad. A los T.S nos surge el reto de cooperar de forma conjunta con las familias de nuestros usuarios para que su cuidado sea más eficiente, y a la vez, apoyarles a ellos también. Lo que es beneficioso para los enfermos también lo es para sus familiares, y viceversa (Gradillas, 1998).

Si hacemos una revisión bibliográfica encontraremos que los modelos más utilizados y con mayor éxito son los modelos de Anderson, Leff, Falloon y Tarrier.

Expondré brevemente el Modelo de Tarrier, ya que me apoyaré en él cuando realice las propuestas de mejora al final.



Se trata de una intervención cognitivo-conductual, adaptada al trabajo con la unidad familiar. En el modelo de Tarrrier, la intervención se centra en dar respuesta a los problemas y necesidades de la familia y de cada uno de sus miembros. La intervención se planifica con la finalidad de proporcionar a los familiares, considerados agentes de rehabilitación, habilidades de relación con el paciente, donde la comunicación es la clave. En este modelo es primordial la reducción del estrés familiar y la manera en que reaccionan los familiares (Vallina Fernández y Lemos Giráldez, 2000).

### 3.1 CONCEPTOS DE LA SALUD MENTAL

---

Para poder definir la salud mental hay que partir de que abarca amplias actividades relacionadas con el elemento de bienestar mental integrado en la definición de **salud** que da la OMS: *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (OMS, 2004:7).

El concepto de salud por lo tanto está relacionado con el fomento del bienestar, la prevención de enfermedades mentales, el tratamiento y rehabilitación de las personas.

La **salud mental** no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como *“un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”* (OMS, 2013).

Los llamados **TMG**, trastornos mentales graves, se definen como: *“un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”* (Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH), 1987).

La definición de TMG se constituye en función del diagnóstico clínico, la duración del trastorno, cronicidad, y el nivel de discapacidad social, laboral y familiar que la enfermedad provoca en la persona afectada.

La definición de personas con enfermedad mental grave y duradera tiene tres dimensiones:

**Tabla 1. Dimensiones de la E.M.**

| <b>DIMENSIONES DE LA E.M GRAVE Y DURADERA:</b>                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Diagnóstico:</b> trastorno mental grave, psicosis: Esquizofrenia, Trastorno Bipolar, y otras psicosis y algunos Trastornos Graves de Personalidad</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Discapacidad:</b> Disfunción moderada o severa del funcionamiento global. Pérdida o deterioro de habilidades personales y sociales.</li></ul>               |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Duración:</b> Larga (crónica). Mas de dos años de tratamiento.</li></ul>                                                                                    |

Fuente: (Elaboración propia a partir de datos obtenidos en American Psychiatric Association, 2014).

El trastorno mental responde muy pocas veces a modelos simples como el de causa - efecto. Las causas de las enfermedades mentales son posiblemente múltiples, y en ella convergen factores biológicos (alteraciones bioquímicas, metabólicas, etc.), factores psicológicos (experiencias del sujeto, aprendizaje, etc.) y factores sociales (cultura, contexto social y familiar, etc.) que pueden influir en su origen, en algunos casos son desconocidas.

Aunque pueda haber personas con más predisposición genética que otras a tenerlo, los factores ambientales pueden afectar de forma determinante en la aparición de trastornos mentales, por lo que todos estamos expuestos a ello. Las enfermedades mentales están agrupadas en cinco bloques:

**Tabla 2. Las agrupaciones de enfermedades mentales.**

| <b>ENFERMEDADES MENTALES:</b>                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| – <b>Trastornos afectivos:</b> depresiones y distimias.                                       |
| – <b>Trastornos de ansiedad:</b> fobias, angustias, obsesivos compulsivos, somatización, etc. |
| – <b>Adicciones.</b>                                                                          |

- **Trastornos psicóticos:** esquizofrenia, bipolaridad, entre otras.
- **Trastornos relacionados a la tercera edad:** demencias, trastornos del sueño, etc.

Fuente: (Elaboración propia a partir de datos obtenidos en American Psychiatric Association, 2014).

Entre los trastornos mentales más graves:

**Tabla 3. Trastornos mentales graves.**

| <b>TRASTORNOS MENTALES GRAVES (TMG)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS:</b> la esquizofrenia está considerada como el trastorno con mayor prevalencia, caracterizado por sintomatología positiva: alucinaciones, delirios, trastornos de pensamiento... y sintomatología negativa: desmotivación, aislamiento social...</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO:</b> destacar el trastorno depresivo: desesperación, angustia, tristeza continua... y al trastorno bipolar: periodos de depresión y de euforia.</li> </ul>                                                                                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>TRASTORNOS DE PERSONALIDAD GRAVES:</b> se encuentra el trastorno límite de la personalidad y el trastorno obsesivo-compulsivos; caracterizados por alteraciones en rasgos que definen la personalidad y dificultan una vida normalizada.</li> </ul>                                   |

Fuente: (Elaboración propia a partir de datos obtenidos en American Psychiatric Association, 2014).

### 3.2 LA EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN AL ENFERMO MENTAL: LA REFORMA PSIQUIÁTRICA Y EL DESARROLLO COMUNITARIO.



A continuación, indicaré algunos de los principales factores, elementos característicos y experiencias que han conformado los procesos de reforma psiquiátrica, como hecho fundamental que ha permitido un cambio radical en la atención a la salud mental y al enfermo

mental crónico. Me centraré fundamentalmente en un breve repaso de los procesos de reforma psiquiátrica desarrollados en la década de los años sesenta y setenta en la mayoría de los países de nuestro entorno (EEUU, Inglaterra, Francia, Italia) y, con mayor retraso a lo largo de los ochenta, en España.

La reforma psiquiátrica ha modificado los modos de atención en salud mental, pasando de un modelo institucional-manicomial a un modelo comunitario, transformando a su vez la forma de analizar y valorar la situación y posibilidades del E.M.

Por ello haré un resumen de la evolución de la atención a los E.M, centrándome en los procesos de la reforma psiquiátrica y sus consecuencias.

### **3.2.1 LA EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN AL ENFERMO MENTAL CRÓNICO: LOS PROCESOS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA.**

A partir de los siglos XVI y XVII la institucionalización paso a ser la principal respuesta social a la pobreza, la enfermedad y la marginación. El instrumento mediante el cual se configuraba un control social, refugio y albergue para los excluidos fue el hospital.

A comienzos del siglo XIX se va constituyendo el manicomio cómo la institución que ofrecer atención al enfermo mental. Es el lugar para el tratamiento de las enfermedades mentales. El internamiento fue un modo de aislamiento terapéutico.

*“El manicomio ejerce diferentes funciones. Por un lado, cumple una función médica del tratamiento y curación, la cual es ineficaz, por la carencia de terapéuticas eficaces y las limitadas condiciones de atención y de vida dentro de ellos: masificación, escasez de personal, medios y condiciones; etc.; por otro lado, cumple con una función social, un lugar de residencia y protección para aquellos que no cuentan con medios ni capacidad para poder asumir el regreso a la sociedad” (Rodríguez González, 2006:57)*

Después de la Segunda Guerra mundial se constituyó un movimiento para transformar la situación de la atención psiquiátrica, el propósito era cambiar el hospital psiquiátrico o eliminarlo, y crear un nuevo lugar dónde ubicar al enfermo mental y prestar atención a sus diferentes necesidades y problemáticas.

Desde los años cuarenta hasta los sesenta concurren distintos elementos de ámbitos: políticos, sociales, médicos, económicos, e ideológicos del contexto. Gracias a ellos fue posible el surgimiento y desarrollo de la reforma psiquiátrica.

Los principales componentes de este cambio fueron entre otros los siguientes (Desviat, 1995):

- Afianzamiento de un modelo sociopolítico involucrado con el sistema democrático y con la meta de mejorar el bienestar de los ciudadanos mediante la Constitución del Estado de bienestar.
- La extensión de los derechos humanos a los E.M, haciendo hincapié en tener una vida más plena y digna en la sociedad.
- Nuevos modelos teóricos, que admitan y reconozcan las dificultades de la E.M, desde un punto de vista más integrador, donde los factores sociales y psicológicos tengan mayor peso.
- El comienzo del psicoanálisis y de los nuevos modelos de salud públicas en los servicios psiquiátricos.
- Sensibilización sobre la nefasta situación de los hospitales psiquiátricos y las personas internadas.
- La necesidad de reducir el aumento de los gastos en hospitales psiquiátricos, planteando opciones de atención más baratas.

Todos los elementos citados se fueron dando en distintos países. Las reformas psiquiátricas se dieron en: Francia, Inglaterra, Estados Unidos y más tarde Canadá, Italia; España se incorporó más tarde a este proceso.

En cada país la reforma psiquiátrica y la desinstitucionalización se dieron de forma diferente, según sus políticas, su sistema sanitario y la situación de sus hospitales psiquiátricos, pero a aun así todos compartieron características, entre ellas principalmente la denuncia del estado de los manicomios, que inicia un proceso de pacto técnico, político y social para organizar y transformar la institución psiquiátrica y planificar un modelo alternativo, donde haya unos profesionales implicados que lo lleven a cabo.

Aunque en cada país se han organizado de forma diferente, más en unos que en otros, como he dicho anteriormente, todos los países tienen unos elementos comunes, que construyeron lo que se entiende por reforma psiquiátrica

Algunos de los elementos comunes más destacados (Rodríguez González, 2006:59):

- *“Una crítica al hospital psiquiátrico y un intento por transformarlo recuperando su papel terapéutico o incluso eliminarlo y sustituirlo por otras alternativas”*
- *“Un proceso de transformación del hospital psiquiátrico que llevó a la desinstitucionalización de E.M crónicos internados buscando su reinserción social en la sociedad”*
- *“Un desplazamiento de la atención: del hospital a la comunidad”*
- *“La apuesta por un modelo de atención basado en la comunidad a través de servicios que atiendan las necesidades y problemas de salud mental en el entorno social del individuo, teniendo en cuenta factores psicosociales y sociales”*
- *“Pretender estructurar una serie de servicios alternativos en la comunidad para cubrir las necesidades del E.M para que sea más fácil su desinstitucionalización y su sostenimiento en la sociedad”*
- *“La hospitalización debe ser un añadido de los servicios comunitarios y no al contrario como ocurría anteriormente”*
- *“Un enfoque integrado de la atención a los E.M en el que se den los niveles de prevención, atención y rehabilitación, desde un modelo de atención multidimensional biológico-psicológico-social”*
- *“La territorialización para la estructuración de los servicios comunitarios para los E.M”*
- *“El intentar articular una continuidad de cuidados para fortalecer y asentar la atención integral y coordinada a la los E.M”*

Estos elementos se desarrollaron de forma diferente en cada país.

A continuación de forma resumida expondré las características de la evolución de la atención al enfermo mental en toda Europa (Rodríguez González, 2006):

- No son los muros del hospital lo que lo convierten en un manicomio, sino las personas de este: los profesionales y los E.M. Por lo que la terapia debe de englobar a todo el hospital, personal y pacientes; la institución entera debe ser tratada.

- La reforma psiquiátrica, fue un esfuerzo por transformar a mejor la organización de la asistencia psiquiátrica y la situación en la que se encontraban los E.M crónicos.
- Son escasos los lugares donde la reforma psiquiátrica se desarrolló de manera, lógica y sistemática. Incluso en algunos lugares se llegó a escuchar la reforma como un fallo y exigieron la vuelta a las instituciones.
- En muchos lugares la desinstitucionalización no fue acompañada de preparación, ni se organizaron dispositivos comunitarios adecuados y ajustados para poder atender las distintas problemáticas.
- El elemento más crítico de la reforma fue la incapacidad de los nuevos servicios de salud mental para poder atender a los enfermos crónicos tradicionales como a los nuevos patrones de cronicidad. En la mayoría de los centros de salud mental se centraron en la intervención en crisis, los tratamientos breves y la prevención de la cronicidad, centrándose en personas con patologías menores.
- La reforma psiquiátrica y la atención comunitaria se caracterizó por ser insuficiente, faltó trabajar por una adecuada planificación, gestión, y un apoyo social, político y económico transparente y resuelto.

### **3.2.2 LA REFORMA PSIQUIÁTRICA EN ESPAÑA: ANTECEDENTES, PRINCIPIOS, PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS, EVALUACIÓN Y RESULTADOS.**

En España la reforma psiquiátrica comenzó con atraso en comparación con los demás países citados anteriormente. A principios de los años ochenta fue cuando en nuestro país se incorporó la psiquiatría comunitaria.

En la ley de beneficencia de 1849 y en su Reglamento de 1852 se distribuyen administrativamente las competencias de asistencia social y sanitaria.

El estado es el que se encarga de los dispositivos de carácter permanente y las diputaciones provinciales de las instalaciones más transitorias como casa de maternidad o casas de misericordia.

El estado construyó seis casas para los E.M, llamados en esa época “dementes”. Se distribuyeron en varias regiones: Zaragoza, Valladolid, La Coruña, Valencia, Barcelona y Madrid.

La primera institución fue el manicomio de Santa Isabel en Leganés, Madrid en 1852. Respecto a la práctica no realizó lo que se tenía previsto, y fueron las diputaciones las encargadas de asumir esa obligación, a pesar de no ser su competencia, y crearon sus propios manicomios. Una característica principal de nuestro sistema psiquiátrico donde las diputaciones poseen la mayor responsabilidad.

En los años veinte se organiza un movimiento de crítica y de lucha para lograr mejores condiciones de vida para los E.M y conseguir la modernización de la asistencia psiquiátrica. Se trataba de una renovación de la psiquiatría española a través de la generación de psiquiatras: Lafora, Sacristán, Sanchis Banús, Vallejo Nájera, Villaverde, Prados Such, etc., todos compartían una formación, y sobre todo el deseo de una renovación científica, cultural y política. Como grupo tenían en común su preocupación por la penosa situación de la asistencia psiquiátrica y gracias a ellos se promovieron diferentes reformas (Rodríguez González, 2006).

Todos ellos realizaron un enorme trabajo de sensibilización a la población y a los poderes públicos, acerca de los problemas de salud mental, organizando las llamadas misiones y semanas de salud mental que recorrieron el país con la finalidad de movilización social.

En la dictadura la atención psiquiátrica estuvo apartada de cambios y nuevas corrientes como se produjeron en Europa y Estados Unidos. La atención al enfermo mental siguió organizada en torno al hospital psiquiátrico afirmando el modelo institucional.

Es más adelante cuando terminó la dictadura y comenzó el periodo de la transición democrática cuando fue más notorio la situación insuficiente de la asistencia psiquiátrica y de los E.M. Se reunieron profesionales relacionados con la salud mental, movimientos sociales y opinión pública, para protestar la situación y reivindicar cambios.

En 1983 se lleva a cabo la reforma del Código Civil (art. 211) que recoge las reivindicaciones en relación a la protección de los derechos de los enfermos mentales. Gracias a ella se da la regulación de los internamientos y la necesidad de una autorización por un juez, lo que supuso una gran transformación en el reconocimiento de los derechos del E.M y como personas de pleno derecho.

Los principios fundamentales que construyeron la reforma en España se diseñaron a través del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica publicado en abril de 1985. El informe fue elaborado por una comisión creada por el Ministerio de



Sanidad y Consumo en julio de 1983, con la colaboración de profesionales, expertos y representantes de la Administración central y autonómica. Los principios esenciales de este informe quedan reflejados en la Ley General de Sanidad de 1986, que estableció la creación de un Sistema Nacional de Salud en España. Así se implantaron las bases legislativas para la reforma de la atención psiquiátrica y el modelo comunitario. ((Rodríguez González, 2006).

**Tabla 4. Ley General de Sanidad.**

| <b>LEY GENERAL DE SANIDAD (Ley 14/1986, de 25 de abril)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CAPÍTULO TERCERO</b><br><b>De la Salud Mental</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>ARTÍCULO 20.</b><br><br>SOBRE LA BASE DE LA PLENA INTEGRACIÓN DE LAS ACTUACIONES RELATIVAS A LA SALUD MENTAL EN EL SISTEMA SANITARIO GENERAL Y DE LA TOTAL EQUIPARACIÓN DEL ENFERMO MENTAL A LAS DEMÁS PERSONAS QUE REQUIERAN SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES, LAS ADMINISTRACIONES SANITARIAS COMPETENTES ADECUARÁN SU ACTUACIÓN OS SIGUIENTES PRINCIPIOS:                                                       |
| 1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.<br><br>Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría. |
| 2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.                                                                                                                                                                                                                                                                     |

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.

Fuente: (Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la Ley 14/1986).

El proceso de desinstitucionalización no se desarrolló de forma homogénea, además de que en algunos lugares se desarrolló más tarde. Las comunidades autónomas donde la reforma se desarrolló de forma más amplia y lógica fue Asturias, Navarra, y Madrid. La Comunidad de Madrid fue de las pocas que contaba con un programa específico desde los servicios sociales para los E.M. Se trataba de programas de servicios sociales alternativos a la institucionalización psiquiátrica que han ido desarrollando desde 1988 con el objetivo de atender sus necesidades sociales individuales y fomentar su rehabilitación e integración, y apoyo a sus familiares. (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2002).

El presidente de la Confederación, Nel A. González Zapico explica que esta reforma logró *“desmantelar un sistema antiguo que giraba en torno al hospital psiquiátrico, consiguió equiparar a las personas con trastorno mental a otras personas con cualquier tipo de problema de salud y limitó las hospitalizaciones para que se produzcan estrictamente cuando sean necesarias”*(Confederación salud mental España, 2016).

Para que todo lo trabajado tenga sentido y utilidad hay que situar a la persona con E.M en el centro de toda intervención y fomentar su participación en todas aquellas decisiones que tengan relación con su proceso de recuperación.

### 3.2.3 LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN EL MARCO DE UNA ATENCIÓN COMUNITARIA INTEGRAL AL ENFERMO MENTAL CRÓNICO.

La emergencia y necesidad de la rehabilitación es comprendida dentro del contexto de desinstitucionalización y reforma psiquiátrica. Al contrario del modelo de atención manicomial basado en la institucionalización y la reclusión asilar, donde la rehabilitación ocupa un lugar secundario. Únicamente en un modelo de atención comunitario en el que no se intente apartar al E.M de la sociedad, ni recluirle en instituciones especiales tiene completo sentido la definición y el proceso de la rehabilitación.

Este modelo se basa en la necesidad de la rehabilitación para ayudar a los E.M aislados en hospitales psiquiátricos en el complejo camino de vuelta a la sociedad y para apoyar y favorecer al E.M en su sostenimiento y desarrollo en la comunidad, con la mayor autonomía posible.

El objetivo de la rehabilitación psicosocial es ayudar a las personas con E.M a integrarse en la comunidad, con su entorno social y familiar de la forma más normalizada posible.(Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2002).

Para que se pueda llevar a cabo esta meta, la intervención debe ser individualizada, compaginando el entrenamiento y por otro lado el desarrollo de las habilidades de cada uno, para moverse adecuadamente en la comunidad. También es importante ofrecer a las familias apoyos necesarios como orientación e información. Por ello a día de hoy la rehabilitación es un elemento esencial y central en la organización de una atención comunitaria e integral a las personas con enfermedad mental. (Garcés Trullenque, 2010).

Es indispensable y vital potenciar una adecuada red de servicios comunitarios para conseguir la plena integración del E.M en la sociedad como ciudadanos de pleno derecho.

La definición de “**sistema de soporte comunitario**”, configura un ejemplo de esta necesidad. Se entiende por sistema de soporte comunitario: una red estructurada y coordinada a nivel local de personas y recursos para acompañar y amparar a los individuos con E.M, en sus diversas problemáticas, necesidades y el desarrollo de sus competencias, previniendo así que sean excluidos de la sociedad. Para ello se requiere de una buena planificación y coordinación de los servicios de atención psiquiátrica

rehabilitación y soporte social, para ayudar a los E.M a ubicarse en la comunidad de la forma más autónoma y participativa. (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2002).

El concepto de “sistema de soporte comunitario” establece los distintos elementos de intervención que se necesita para crear un apropiado y total sistema de soporte comunitario (Rodríguez González, 2006:79-80):

- *“Identificación de presión y captación de población enferma mental crónica”*
- *“Atención y tratamiento de salud mental”*
- *“Atención en crisis y hospitalización”*
- *“Alojamiento y atención residencial”*
- *“Rehabilitación psico social”*
- *“Rehabilitación laboral y apoyo a la inserción en el mundo del trabajo”*
- *“Educación y apoyo a las familias”*
- *“Apoyo social: autoayuda y apoyo mutuo”*
- *“Apoyo económico”*
- *“Protección legal y defensa de sus derechos”*
- *“Monitorización y seguimiento individualizado en la comunión”*

La rehabilitación debe de ser el centro del sistema de soporte comunitario, no se debe únicamente hacer rehabilitación en los recursos específicos, también es esencial que los objetivos y la práctica pasen por todos los servicios partícipes en la atención comunitaria al E.M. (Rodríguez González, 2006).

### 3.3 PLAN DE ACCIÓN INTEGRAL SOBRE SALUD MENTAL 2013 – 2020.

*“En mayo de 2012, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución sobre la carga mundial de trastornos mentales y la necesidad de una respuesta integral y coordinada de los sectores sanitario y social de los países. Se solicitó a la Directora General, que consultase con los Estados Miembros para preparar un plan de acción integral sobre salud mental que englobase los servicios, políticas, leyes, planes, estrategias y programas”* (OMS, 2013).

Este plan de acción integral sobre la salud mental se ha llevado a cabo gracias a consultas entre los Estados Miembros, la sociedad civil y los asociados internacionales. Posee una perspectiva global y multisectorial, en la que hay una coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, dando gran importancia y teniendo en cuenta la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, atención y la recuperación. En el plan de acción destacan que una persona carece de salud si no tiene salud mental.

A través del plan integral se quiere conseguir la equidad por medio de la cobertura sanitaria universal. Se marcan cuatro objetivos principales (OMS, 2013):

1. *“Liderazgo y gobernanza más eficaces en materia de salud mental”*
2. *“Prestación de servicios integrales e integrados de salud mental y asistencia social con base en la comunidad”*
3. *“Aplicación de estrategias de promoción y prevención”*
4. *“Fortalecimiento de los sistemas de información, las evidencias y la investigación”*

A pesar de tratarse de unas metas ambiciosas, hay un compromiso y responsabilidad por parte de la OMS y sus Estados Miembros para alcanzarlas.

### 3.4 PAPEL DE LA FAMILIA.

---

La E.M tiene un gran impacto en los familiares, suelen batallar con situaciones que no nos imaginamos.

Es esencial y vital que los familiares que conviven con personas con E.M cuiden de sí mismos, ya que, de lo contrario, pueden llegar a desarrollar trastornos mentales, uno de los más habituales es la depresión.

Cuando surge una E.M se producen modificaciones en las relaciones familiares, es habitual que aparezcan sentimientos de culpa, miedo, rechazo y evitación, al igual que la necesidad de proteger al familiar afectado. Todas estas conductas son muy frecuentes, dado que las enfermedades mentales son aún patologías completamente desconocidas para muchas personas. Asimismo, el estigma que sufre la familia los desanima a la hora de pedir ayuda, tienen temor a contar sus problemas y a ser juzgados.

A los trabajadores sociales nos surge el desafío de trabajar con los familiares de los E.M para un bien común, en el que tanto la familia como la persona con E.M serán los beneficiados.

#### 3.4.1 CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD MENTAL PARA LA FAMILIA

Los efectos del E.M sobre la familia se pueden dar de diferentes formas, hay consecuencias perceptibles desde fuera, que además producen un impacto subjetivo en las familias. Las consecuencias objetivas que se suelen dar son: el aislamiento social, la alteración de las labores domésticas y el deterioro de la economía. También está la carga subjetiva, lo afectivo, lo que supone para los familiares un miembro de la familia con E.M. Los síntomas de la enfermedad suelen ocasionar en los familiares reacciones emocionales como: miedo, tristeza, vergüenza, etc.

A continuación, relataré muchas situaciones que comúnmente suceden en familias con miembros con E.M, pero no por ello, tienen que darse siempre estas circunstancias en el núcleo familiar (Gradillas, 1998):

## **CONSEUENCIAS OBJETIVAS:**

### **Aislamiento social.**

La vida social de la familia suele disminuir cuando aparece una enfermedad mental. El entretenimiento que supone reunirse con los amigos se reduce, la relación cordial con los vecinos se vuelve tensa, incluso la posición social en la propia comunidad desciende. Se da un aislamiento con un doble sentido. Por un lado, los familiares reducen su pasatiempo con amigos y acuden menos a sitios de ocio y por otro, hay un cambio a negativo hacia ellos en la actitud de la gente de su entorno.

Enfermar psíquicamente lleva consigo, teniendo en cuenta nuestra cultura un significado complejo de comprender, y con una visión despectiva. Jóvenes amigos de quien sufre una esquizofrenia tienden a relacionarse menos con él, en ocasiones son los propios padres o hermanos quienes obstaculizan las amistades por la supuesta agresividad del trastorno mental. El significado cultural y el rechazo hacia el enfermo mental señala a sus familiares y les aísla aún más. A día de hoy puede creerse que se ha evolucionado hacia una comprensión más verdadera y humana de la enfermedad, pero en realidad el prejuicio social respecto a la enfermedad mental ha cambiado muy poco. Siendo esta la razón por la que se sigue discriminando al enfermo mental e indirectamente o incluso directamente a su familia.

### **Desorganización del hogar.**

El hábito diario se modifica generalmente por cualquier enfermedad y aún más si se trata de una E.M, algunas de las formas más comunes:

- La E.M puede acabar en un cambio de domicilio.
- En las familias suele darse una repartición de las tareas del hogar y al no llevar a cabo las suyas la persona enferma, han de ser realizadas por otros miembros del hogar.
- El deterioro del inmueble y del mobiliario de la casa sucede a veces cuando hay un enfermo que presenta inquietud psicomotriz, ya que puede desmontar objetos que después es incapaz de reparar, otras veces se complica cuando rompen objetos intencionadamente en una crisis.

- El espacio de la vivienda puede parecer pequeño en caso de que el enfermo no soporta los ruidos y se tenga que bajar la intensidad del volumen o directamente apagar la televisión.

### **La economía.**

Cuando es el familiar que enferma psíquicamente el que mantiene la economía del hogar suele perjudicar a la economía. La psicopatología suele deteriora la actividad productiva y por lo tanto el sueldo tendrá una disminución o eliminación. A veces la alteración psicológica y la falta de juicio puede hacer que haya gestiones deficientes para su negocio. Si el enfermo es un hijo o una persona mayor, que no contribuyen con dinero, las posibilidades económicas decaen, ya que complican a las madres fuera de casa y aportar otro sueldo, o a realizar horas en su trabajo.

Por otra parte, la enfermedad conlleva a más gastos. Es habitual que muchos enfermos destrocen la ropa, inmuebles o pertenencias ajenas. Si la asistencia es privada hay que sumar el coste de las consultas, medicamentos y en ocasiones el de la hospitalización.

La disminución del presupuesto doméstico complica a los miembros de la familia a tener algunos lujos, como un coche mejor, o viajes, por el deterioro de la situación económica.

La repartición del dinero dificulta en ocasiones las relaciones interpersonales en la familia. Es muy importante tener en cuenta que el significado del dinero y de lo que es el lujo para la familia, aunque no parezca de importancia conlleva que familiares sobrelleven algo mejor que otros la situación económica.

### **REACCIONES EMOCIONALES:**

- **Tristeza.**

Cuando una persona se encuentra apenado, acaba provocando efectos parecidos en las personas que les rodean. Si la persona que lo padece es muy cercana, el sentimiento de pena del familiar es mayor.

Si a los profesionales escuchar el quejido casi continuo produce un malestar para el familiar, esta situación es continua, hasta el punto de que como profesionales nos preguntamos cómo pueden sobrellevar el enfermo y la familia situaciones tan dramáticas.



A este síntoma se le suma sentimientos depresivos, ya todas las demás manifestaciones psicopatológicas pueden desembocarlos. Ver a un hijo con obsesiones y compulsiones que no descansa, realizando la misma tarea sin sentido, o a un hijo sobresaliente hasta el inicio de su enfermedad, que está todo el día en la cama, es muy triste.

- **Vergüenza.**

Algunos síntomas psicopatológicos conllevan comportamientos que producen situaciones incómodas de bochorno a las personas que se rodean con el E.M. En mi experiencia en prácticas en la Fundación Manantial en un EASC (equipo de apoyo socio-comunitario) era habitual que la persona en su fase maniaca se arreglase a veces con un maquillaje y vestidos muy coloridos, inadecuados para el momento. Otros no cuidaban su vestimenta, llevaban peinado extravagante, realizaban gestos extraños y gritaban. Todo esto frena que salgan de forma habitual a pasear o a comer en restaurantes, pues es molesto para el familiar ver cómo produce risa o lastima su familiar.

También hay personas con E.M que no salen, y si lo hacen es muy poco, y entonces así evitan la vergüenza, contribuyendo al aislamiento social de la familia, como se ha dicho anteriormente. A pesar de ello hay que destacar que la mayoría de estos sentimientos de vergüenza se suelen superar.

- **Miedo.**

La violencia intrafamiliar ocasionada por un enfermo mental es lo más complicado de llevar para aquellos que conviven con él, siendo más llevadero un comportamiento agresivo.

Las respuestas ante estas situaciones por parte de los familiares consisten a veces en generar también agresividad, siendo lo más indicado en la mayoría de los casos contenerse, dada la condición del enfermo y ser alguien al que queremos.

- **Irritabilidad.**

Muchas de las manifestaciones de la enfermedad mental producen molestia en los familiares, llegando a provocar exasperación. Dentro de la irritabilidad las principales alteraciones que la ocasionan son:

- **Inactividad.**

Después de sufrir un periodo agudo en una psicosis, una de las principales secuelas es la falta de iniciativa, muchos permanecen en un estado pasivo.

Estas situaciones son complicadas de entender, causando conflictos en la convivencia familiar, al pensar que esta pasividad es una forma de ser perezoso, en vez de un rasgo de la enfermedad.

- **Excitación.**

La hiperactividad en exceso en los E.M se suele presentar de diferentes formas: movimiento continuo de manos, incapacidad de estar sentados o quietos, etc.

Aunque la excitación no tiene por qué tener relación con la agresividad, resulta molesta en la convivencia. Los mismos movimientos sin sentido son difíciles de llevar para la persona que cuida al enfermo. La intranquilidad puede presentarse en forma de saltos, ruidos que molestan a los vecinos, y escapadas a la calle, provocando tensión y un gran esfuerzo, al tener el familiar que estar pendiente de manera continuada por las molestias que pueda causar.

Hay otro tipo de hiperactividad especialmente en personas maníacas, como levantarse muy temprano y no parar de hacer tareas en toda la mañana llegando a comprometerse con otras personas para realizar algunas cosas. El problema surge cuando se arrepiente de haber tomado una decisión tan precipitada y no poder compaginarlas, cuando las acciones las deja sin terminar. Las personas maníacas suelen dejar de lado sus compromisos a corto plazo porque se agobian o no tienen la misma energía y ganas de compromiso que cuando se involucraron. También es muy característico la agitación mediante el lenguaje, no parar de hablar, en un tono alto con un vocabulario obsceno.

## **SENTIMIENTOS DOLOROSOS:**

- **Culpabilidad.**

Ante la aparición de un enfermo mental, la familia se pregunta el ¿por qué?, ¿qué mal he hecho yo?, ¿por qué a mí ?, y llegan a veces a culparse de la enfermedad de su familiar.

La concepción del mundo, las creencias religiosas, pueden conformar una culpabilidad de carácter teológico. Algunos reproches están relacionados con el pasado, el familiar se acusa de sus acciones pasadas, otros están basados en comportamientos actuales, e incluso pueden situarse en el futuro.

Algunas de ellas más comunes:

- La madre se suele culpar por haber descuidado su embarazo y el padre de haber producido a la madre malestar en ese período.
- La forma de educarlos: haberles permitido demasiada libertad, o al contrario por haber sido muy autoritarios y exigentes.
- La separación del matrimonio.

Como he dicho anteriormente el futuro para los familiares está lleno de incertidumbre. Sobre todo, cuando hay un empeoramiento, el temor de la familia se enfoca en una posible recaída. En aquellas enfermedades con un componente hereditario, sea real o supuesto, surge la inquietud de que surjan nuevos casos en las futuras generaciones. Pero la preocupación más profunda se da en los familiares que piensan en qué será de su familiar si enferman ellos mismos y no puedan ocuparse de su familiar, o peor cuando ellos fallezcan. Estas preguntas se las suelen plantear sobre todo los padres de los esquizofrénicos (Cardona Patiño et al., 2012).

#### 3.4.2 COMO HACEN FRENTE LOS FAMILIARES A LA ENFERMEDAD MENTAL.

La carga objetiva y subjetiva que el E.M genera en sus familiares como se ha dicho anteriormente, produce en los familiares reacciones como: evadir la situación y distorsionar la realidad para sobrellevarla. Por otro lado, se analizan los elementos que condicionan las reacciones de los familiares como la personalidad anterior, la relación previa, la intensidad de la convivencia, el clima familiar, etc.

A continuación, expondré algunas intervenciones de los familiares con sus familiares con E.M (Gradillas, 1998):

➤ **Rehuir de los problemas.**

No todos los familiares asumen la carga del enfermo hay algunos que siguen una estrategia de distanciamiento, evitando y reduciendo el trato con él y sus problemáticas, no se implican en lo relacionado con su familiar enfermo. Por ejemplo, el hijo de una madre con trastorno bipolar cambia el lugar de su trabajo a otra ciudad para no estar cerca de ella y de ese modo no tener que atender y escuchar sus quejas.

➤ **Contemporización.**

En esta respuesta el familiar sigue la corriente del comportamiento patológico, como sus delirios, llegando a decir que también escucha y ve cosas. Una táctica que utilizan cuando no quieren una confrontación con el E.M y creen que así no alteran al enfermo, ya que si se da una confrontación podría conllevar a grandes discusiones, esta actitud no favorece al enfermo y la “paz” que se consigue no suele ser estable.

➤ **Actitud sumisa.**

Surge cuando el familiar desiste ante todas las exigencias del enfermo, suele darse cuando el paciente presenta agresividad, reforzando aún más la agresividad que se quiere eliminar, el enfermo se “crece”.

➤ **Actitud Impositiva.**

Se trata de solucionar por la fuerza las complicaciones que puede crear el E.M, recurriendo a la violencia, tanto física como verbal, amenazas, ironía o imposiciones continuas de un comportamiento. A pesar de estar en situaciones que nos alteran en determinadas situaciones, hay que intentar evitarlas por el bien del E.M y el de uno mismo, pues los familiares que tienen estas actitudes suelen arrepentirse después de haber actuado así.

➤ **Negación.**

La negación suele ser común en familias con algún miembro con enfermedad mental. Muchos familiares creen que no hay nada importante en su familiar a pesar de lo que le dicen los profesionales, por ejemplo, un joven que ha sido afectado seriamente por un E.M los padres esperan que a corto plazo debe comenzar como antes con su actividad académica o laboral.

Esta actitud conlleva a exigencias para alcanzar las s expectativas familiares que suelen ser agobiantes para los E.M. Además de llevar a los familiares a no asistir a las personas y recursos sociales que pueden ayudarles a sobrellevar la enfermedad.

➤ **Proteccionismo.**

La E.M conlleva generalmente una baja autoestima en el sujeto que la padece, especialmente en sus fases agudas. Hechos como tener iniciativa, mantener un criterio, la psicomotricidad y otras funciones necesarias en la vida suelen estar disminuidas a antes de la enfermedad mental. Por lo eso las familias tienen que ejercer un apoyo a sus actividades más complejas y; en los enfermos más afectados, incluso a las tareas más sencillas.

Es muy importante que los familiares que cuidan enfermo, pasada la fase aguda, se planten empezar a potenciar y apoyar a la autonomía empobrecida de su familiar, se aconseja que sea lo antes posible y de forma progresiva ,sino se deja que el enfermo realice tareas para las que empieza a estar capacitado se acaba reforzando comportamientos infantiles, mientras que la disminución a tiempo de esa protección potencia qué el enfermo se defienda y pueda empezar a llevar a cabo actividades que realizaba anteriormente.

Muchas veces por el bienestar del E.M el familiar debe” des protegerle”, y el papel del T.S es esencial en este momento para que ayude al familiar a comprenderlo, intentar que los familiares con una actitud positiva hacia el enfermo, pero sin excesiva tutela, influyan poco a poco en quienes les apoyan de modo desmedido.

## **FACTORES CONDICIONANTES DE LAS ACTITUDES DE LOS FAMILIARES.**

Los familiares se ven condicionados por una serie de circunstancias (Gradillas, 1998):

- **Personalidad anterior del E.M.**

La manera de ser del E.M antes de su enfermedad influye en los efectos que ésta produce en su familia. Por ejemplo, un joven agradable y estudioso, enfermo de una psicosis, provocará en sus padres una reacción diferente a la de un chico distante y poco cariñoso.

- **Relación previa.**

Los vínculos afectivos que hay en una familia entre sí varían entre unos y otros. La afinidad entre los hermanos que se han llevado bien no es la misma que si han vivido separados gran una parte de su vida, por lo tanto, la repercusión de la enfermedad de uno de ellos sobre el otro será muy distinta.

- **Tiempo e intensidad en la convivencia.**

Los efectos de un enfermo psiquiátrico influyen en los familiares dependiendo de la relación que estos tengan con él. Siendo el factor que conlleve a más reacciones familiares. Por ejemplo, un hijo que vive en otra ciudad y mantiene conversaciones telefónicas de vez en cuando, responderá de forma diferente a la enfermedad, sus emociones inmediatas serán de menor intensidad, aunque quizás tengan sentimientos de culpa.

En cada E.M, la mayoría tienen a una persona que principalmente presta atención al familiar enfermo, esa será quien más efecto reciba de las manifestaciones psicopatológicas. En nuestra cultura el cuidado más directo lo realiza una mujer, ya sea; hija, madre, esposa o hermana.

- **Cohesión familiar.**

Las reacciones de los familiares están influenciadas por la cohesión que existe entre ellos como familia. Hay familias de muchos tipos, las hay en las que cada sujeto actúa de forma autónoma, no habiendo casi entre los familiares sentido de pertenencia al mismo grupo. Sin embargo hay otras familias que tienen fuertes vínculos afectivos.

Por lo tanto la aparición de una enfermedad mental en una familia que carece de cohesión afecta menos a los familiares, y al contrario en una familia muy unida, repercutirá intensamente en todo colectivo, extendiéndose incluso a familiares lejanos. Estas familias suelen manejar bien algunas formas agudas de las enfermedades, pero tienden a un hiperproteccionismo, que no favorecer la autonomía y la rehabilitación del enfermo.

- **Motivación del familiar.**

No toda la gente piensa que la familia tiene que encargarse de sus familiares enfermos, algunos creen que se trata de una obligación del estado cubrir estas necesidades ya que el concepto que ellos tienen de familia es limitado y no cree que sea una de sus funciones.

Este pensamiento puede ser igual de válido que otros, ya que opinan que sus familiares tampoco tendrían que encargarse de ellos en el caso de que sufrieran una enfermedad mental.

- **Tolerancia.**

Las personas tenemos distintos grados de resistencia ante los problemas que nos pueden surgir. Frente a la aparición de un E.M en la familia, cada miembro responde de modo diferente. Unos son más fuertes para adaptarse a ello, y otros les será más complicado. En la vida cotidiana se observan diferentes grados: algunos familiares de los E.M toleran desgracias de esta magnitud de forma admirable, mientras que a otros por su personalidad o vivencias no pueden alcanzar ciertos niveles de aceptación.

- **Etiología.**

Las causas de las E.M no están completamente explicadas, a pesar de los avances científicos, bioquímicos y genéticos. Actualmente se cree que son necesarios factores de distinta naturaleza para que se origine una enfermedad mental. La predisposición genética, algunos factores de naturaleza física como traumas o infecciones, y otros a las vivencias psíquicas. No obstante, desconocemos el grado de participación de dichos factores para que surjan manifestaciones psicopatológicas.

La insuficiente claridad en los medios científicos se ve reflejado en las actitudes de los familiares, tienen creencias sobre la posible etiología de la enfermedad de sus familiares, piensan que la herencia predomina en el proceso patológico, la preocupación por posibilidad de que aparezca otro nuevo caso de la familia.

- **Modelo médico.**

Valorar el comportamiento anómalo como algo involuntario y originado biológicamente, tiene una enorme influencia en las reacciones de los familiares. En estos casos, el familiar asemeja la carga que supone un inválido en silla de ruedas, a la del E.M que ha perdido su capacidad de trabajar. Por lo tanto, si el familiar no tiene en mente una idea médica de las manifestaciones de su familiar, recordará al enfermo que tiene que ayudar más, tener más iniciativa y poner de su parte cuando este triste o grite, entendiendo que el mismo provoca sus quejas. Sin embargo, el considerar las manifestaciones psicopatológicas graves y de larga duración, como síntomas, y a quienes las padecen como personas

enfermas, ayuda a los familiares a llevar mejor el estrés que éstos producen, repercutiendo de manera favorable en el bienestar de los propios enfermos.

- **Enfrentamientos.**

El estrés de una familia que tiene a su cargo a un familiar con E.M conlleva en ocasiones a una unión y entendimiento entre los miembros de la familia. No todo lo que conlleva la E.M es negativo en una familia, pues sorprende como familias reparten mediante acuerdos las tareas para atender a su familiar, incluso llegan a mejorar las relaciones entre ellos, pero desgraciadamente, no siempre sucede así y las diferencias surgen con relativa frecuencia.

Por ejemplo, cuando el trastorno psíquico tiene un comienzo más lento, parte de los familiares atribuirán sus primeras manifestaciones a las actitudes del enfermo, un exceso de estudios, o de trabajo. Otros se lo tomarán como algo serio, y que resulta necesario y urgente acudir a profesionales para que lo valoren.



#### 4. NECESIDADES IDENTIFICADAS DE LAS FAMILIAS CON MIEMBROS CON E.M.

---

Enfocándonos en la familia del enfermo mental, la protagonista en este trabajo, representan un grupo diverso. Son diferentes en cuanto a tipología, clase social, religión, grupo étnico, valores y calidad de vida familiar. A pesar de ello se trata de familias normales en circunstancias especiales. Cada familiar vive experiencias únicas, necesidades y preocupaciones debido a que el impacto de la E.M de su familiar, depende en parte de cuando pasó y de su papel dentro de la familia. Cada familiar se comporta de forma diferente ante un mismo diagnóstico.

Por ejemplo, algunos pueden ver la enfermedad como algo de carácter temporal o permanente, la perspectiva de los familiares a la enfermedad; con o sin esperanza, como ven su propia carga; como un reto o algo muy fatigoso y cargante. Del mismo modo, las familias pueden verse a sí mismas como agentes de cambio o como víctimas indefensas; como solucionadores de problemas eficaces o sentirse ineficaces; o como una unidad familiar fuerte o débil, y dependiendo de esa visión llevarán la E.M de su familiar mejor o peor, incluso llegando a influir en la enfermedad de forma positiva o negativa.

Como he ido señalando, el hecho de tener en la familia un miembro con E.M implica cambios y éstos, a su vez, suponen nuevas necesidades en la familia, necesidades que, naturalmente, van a ir cambiando a lo largo del ciclo vital.

Aparecen nuevas necesidades (Ponce, 2012):

- **Necesidades emocionales:** Las familias pueden necesitar apoyo emocional para asumir los cambios. Este apoyo se puede ofrecer de forma individual o a la familia en conjunto. Lo pueden prestar otras familias o profesionales.
- **Necesidades físicas:** Agravamiento de la salud física de las familias. Cansancio, dejadez, pérdida de energía, desgana, dolores de cabeza, mareos, alteraciones en el sueño...
- **Necesidades de información:** Es una de las tareas más complejas para las familias, recopilar toda la información necesaria. Pocos recursos facilitan esta tarea.
- **Necesidades económicas:** Tener en la familia un miembro con E.M requiere de muchos gastos para las familias, en muchos casos, uno de los miembros de la

familia suele dejar su puesto de trabajo o reducir su jornada laboral para atender las necesidades de su familiar.

- **Necesidades en la vida cotidiana:** Compaginar lo familiar y social con la vida laboral, es muy difícil para algunas familias, en el caso de tener un familiar con E.M lo es todavía más, puesto que la red natural de apoyos con la que se cuenta puede verse reducida. Además de que puede ser complejo para la familia seguir con sus actividades sociales.
- **Necesidades educativas:** En este tipo de familias es habitual que se sientan perdidos acerca de la evolución y desarrollo de su familiar con E.M. Por lo que el papel de los profesionales y de otros padres es muy importante, ya que pueden acabar con esa incertidumbre. Favorecer información y formación a las familias en este sentido también les ayuda a recuperar su confianza.
- **Necesidades de planificación de futuro:** La preocupación de los familiares por el futuro de su familiar con E.M comienza desde el primer momento en el que se plantean y cuestionan hasta dónde va a llegar, qué va a ser de él, dónde vivirá, cuánta autonomía va a tener. Un hecho que se va perdiendo con el paso de los años.
- **Necesidad de relaciones interpersonales:** La familia comprueba como se reducen las relaciones con sus amistades: éstas pueden no entender las circunstancias que la familia vive; provocando que esta reste parte de su tiempo con ellos.

Hay una dificultad de la familia para evadirse de la realidad de su familiar con E.M, por lo que resulta complicado disfrutar de las relaciones sociales.

- **Necesidad de inclusión social:** En las enfermedades mentales hay un estigma social, que no sólo afecta a las personas que padecen la enfermedad, sino también a sus familias: en el trabajo, en la vecindad, en el supermercado, en el pueblo.... La familia también se siente estigmatizada, se puede llegar a sentir rechazada, así como criticada por su red social, asociando a la enfermedad mental, a que la familia algo ha hecho mal para que la persona haya terminado así, o no ha pedido ayuda a tiempo, etc.
- **Necesidad de desarrollo personal:** El apoyo que proporciona la familia hacia su familiar con E.M suele ser a lo largo de toda su vida de manera continuada, dejando las necesidades propias a un lado, priorizando las de su familiar.

- **Necesidad de autodeterminación:** La duda en las familias respecto hacia donde se dirige su vida y la de su familiar con enfermedad mental "¿qué pasará cuando yo no esté?". Tener la sensación de que no tienen opciones que escoger, que han acudido a diferentes recursos, apoyos, tratamientos farmacológicos, y siguen sin dar resultados de cambio, dificulta en muchas ocasiones, el poder decidir en su vida sin estar condicionados por la situación de su familiar con E.M. Generando una sensación de no control de la propia vida de estos familiares.
- **Necesidad de derechos:** La vulneración de los derechos de las familias: no ser escuchados en algunas intervenciones, ni informados de situaciones que puedan suponer un riesgo, derechos acerca de prestaciones económicas.

Teniendo en cuenta las necesidades de las familias con miembros con E.M nos planteamos varios objetivos para que el T.S desarrolle junto a la familia:

- La creación de un espacio de respiro familiar: como hemos ido viendo la mayoría de los familiares tienden a olvidarse de sus vidas, poniendo toda la atención en el enfermo, lo que supone una carga física y emocional.
- Potenciar y promover familias cada vez menos dependientes de los profesionales: que las familias sean un agente de cambio, a través de formación y empoderamiento.
- Mejorar la integración social, calidad de vida, autonomía, capacidad de manejo del entorno y autocuidado

Para el cumplimiento de estos objetivos se crea un *programa de apoyo a familias* con miembros con E.M, denominado **“HEROES EN SILENCIO”**.

## 6. PROGRAMA DE APOYO A FAMILIAS. “HÉROES EN SILENCIO”

### • HÉROES EN SILENCIO



El programa se realizará en los centros de Día de Soporte Social (CD) “Centros comunitarios diurnos de apoyo a la mejora del funcionamiento y de soporte social, dirigidos a las personas con enfermedad mental grave con mayores dificultades de funcionamiento e integración, por tanto, mayor riesgo de deterioro aislamiento o dependencia” (Comunidad de Madrid, 2018). Aunque las actividades del programa se impartan en los C.D, no es necesario que la persona que sufre E.M esté en uno de ellos.

### 6.1 LAS NECESIDADES Y JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

#### NECESIDAD Y JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA.

La familia es el elemento de apoyo más fuerte para la integración de las personas que padecen enfermedad mental, contar con un familiar que sufre esta enfermedad en el hogar, conlleva la necesidad de unos apoyos específicos para realizar adecuadamente su función. Los familiares con un familiar con E.M requieren de:

- **Apoyo emocional** ofrecido por diferentes profesionales (trabajador social y psicólogo) para poder llevar las complicaciones que implica convivir con personas con enfermedad mental.
- **Orientación, formación y aprendizaje** de temas interesantes para las familias.
- **Otros apoyos** para que continúen con su vida personal, laboral y de ocio, a través del Respiro Familiar.
- Por todo ello se crea el Programa de Apoyo a Familias “**Héroes en silencio**” que responde de manera integral a las necesidades básicas que hay en las familias con algún miembro con E.M.

- Con la incorporación del **Modelo de Calidad de Vida** en salud mental como modelo de intervención asumido por este programa, no sólo se produce una visión renovada sobre lo que constituyen las posibilidades de las personas con E.M, sino que el entorno (las familias, los profesionales, la comunidad, la sociedad) adquiere un papel clave como facilitador de apoyos.

El *Modelo de Calidad de Vida* se centra en la **persona**, sus **capacidades** y **potencialidades**, y promueve una intervención que le permita, como cualquier otro/a ciudadano o ciudadana, el ejercicio de sus **derechos**, su **desarrollo personal**, **autonomía** y **participación** en todos los ámbitos y espacios de la comunidad con plena **igualdad de oportunidades**.

Dentro de este Modelo, la Familia es, en colaboración con otros agentes (profesionales, servicios comunitarios, especializados, etc.), un pilar prioritario de apoyo para la persona con E.M hacia su máxima **autonomía**, **participación** y **calidad de vida**. Este apoyo es importante independientemente que la persona conviva en el domicilio familiar y/o utilice otros recursos o prestaciones. Hay de tener en cuenta que para una persona con E.M la red social es menor que la del resto de la población en general, por las dificultades relacionales que la enfermedad suele producir, la sintomatología y el estigma social.

## 6.2 EL DOBLE PAPEL DE LA FAMILIA.

### **Doble papel familiar:**

#### **1. La familia como apoyo de la persona con E.M a lo largo de toda su vida**

Como referencia y facilitadora de su máxima autonomía, participación y calidad de vida: es fuente prioritaria de apoyo, independientemente de que su familiar con enfermedad mental conviva o no en el hogar familiar (ya se ha mencionado que las personas con E.M presentan muy a menudo una red social muy reducida en las que a veces sólo permanece el apoyo familiar). Desde el programa de **apoyo “héroes en silencio”** promovemos las relaciones familiares y comunicaciones que contribuyan al ejercicio de la autodeterminación y participación de su familiar con E.M.

## **2. La familia como destinataria de apoyos específicos:**

- Presenta necesidades propias y por lo tanto requiere de espacios propios donde mejoren sus estrategias de afrontamiento, profundicen más en el conocimiento de la enfermedad y desarrollen mejor el apoyo a las personas con E.M.
- Los destinatarios de este programa serán familiares o cuidadores de personas con E.M, que consideren que se pueden beneficiar de las actividades que ofrece el programa.

## **6.3 OBJETIVOS**

---

### **OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL:**

- Proponer a las familias y/o cuidadores información, formación, asesoramiento y apoyo para desarrollar mejorar capacidad de manejo de la E.M, contribuyendo a la vez a promover la autonomía y autogestión personal de las personas con enfermedad mental y por tanto enriquecer su vida.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Concienciar a los familiares del rol que tienen como agentes de cambio, rehabilitación de las personas con enfermedad mental.
- Colaborar en el entendimiento de las familias de la enfermedad mental y todo lo que conlleva.
- Desarrollar las habilidades de los familiares para hacer frente a los problemas. Cambiar las formas no eficaces, disminuyendo así el nivel de tensión familiar, y mejorando el manejo de resolución de problemas.
- Aumentar y mejorar la comunicación y el clima intrafamiliar.

- Trabajar entre familias y el trabajador social con un acuerdo/contrato para cooperar en la rehabilitación del usuario.
- Facilitar una red social a la familia, promoviendo los grupos de ayuda mutua.
- Trabajar la prevención de crisis personales y/o familiares, beneficiando la continuidad en su entorno.

## 6.4 METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES

### **METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES:**

- **LA METODOLOGÍA** que se va a seguir va a ser tanto sesiones teóricas como prácticas. En las sesiones teóricas se les explicará cómo se hace cada actividad y preguntarán dudas. En las sesiones prácticas realizarán por ellos mismos cada actividad en las que deberán utilizar lo aprendido en las sesiones teóricas.
- **INFORMACIÓN, ORIENTACIÓN Y FORMACIÓN:** Informar y orientar de temas relacionados con la enfermedad mental que padece su familiar y la convivencia. En caso de que en el intercambio de información se detecte una situación compleja/problemática se intervendrá con un apoyo especializado.
- **APOYO ESPECIALIZADO:** Se proporciona apoyo especializado a familiares que soliciten información y se detecte la necesidad de apoyo especializado.

El apoyo especializado se ofrece de diferentes formas:



### • **Intervenciones Unifamiliares:**

Una intervención con un T.S individual y unifamiliar. Un miembro de la familia o varios, hablan con el T.S temas de la enfermedad de su familiar, problemas en la convivencia y trabaja normas para ayudar a la recuperación de su familiar. También se realizará un seguimiento para saber la evolución y así realizar el apoyo necesario en cada caso.

### • **Intervenciones en grupos Multifamiliares:**

Compuesto por familiares y usuarios. Antes de la intervención se llevan a cabo entrevistas individuales explicándoles la finalidad del grupo y lo que se realizará en el grupo. Además, es un espacio donde la trabajadora social evaluará la disposición, el compromiso y la motivación de la familia y respecto al usuario se evaluará su capacidad para aprovechar esta dinámica.

Los temas que se trabajarán a lo largo del año:

- La historia de mi vida: presentación al grupo.
- El enfado y la tristeza: cómo gestionarlo.
- Dinámicas en pequeños grupos (3 o 4): hablar sobre emociones y situaciones.
- Lo que ha supuesto la enfermedad mental en mi vida, cómo nos perjudica en nuestro estado de ánimo
- La comunicación verbal y no-verbal, y técnicas para mejorarla.
- Taller de Relajación y Risoterapia.
- ¿qué es una familia tóxica?: proyección de un video donde se explica y a continuación dinámica por parejas.
- Reflexionamos sobre lo que nos beneficia y perjudica de otros, dentro del entorno familiar.

## • Grupos Psicoeducativos:

Estas sesiones abarcarán temas educacionales de la enfermedad para así poder ponerlo en práctica en casa los propios familiares, ya que ellos son los agentes rehabilitadores con sus familiares enfermos.

Se realiza una lista con el número de familiares interesados; se planifican las sesiones, contenidos y los grupos.

Los temas a tratar en las sesiones teniendo en cuenta que necesitan información sobre qué es la enfermedad, por qué se da, los síntomas, cómo responder ante una recaída, etc. son los siguientes:

- ¿Qué entendemos por salud mental? Proyección video “Esto es la salud mental”
- Promoción de la autonomía personal: “dejar hacer”.
- Dinámica de competencias personales.
- Debate sobre situaciones complejas en el hogar y cómo nos afectan.
- Organización familiar: reflexión en grupo de cómo podrían mejorar las situaciones personales del hogar.
- Técnicas de relajación para combatir el estrés: Mindfulness, Imaginación guiada, Musicoterapia y Yoga
- Película “Una mente maravillosa”, debate y conclusiones.
- Debate sobre el Estigma en salud mental, vivencias personales.
- Propiciar las buenas conversaciones y mejorar el clima familiar, video y dinámica en parejas.
- Debate sobre las carencias de los recursos para las personas con enfermedad mental: cómo tramitarlas.

- Anécdotas familiares que se quieran compartir y reflexiones sobre la utilidad de las sesiones llevadas a cabo.

## • RESPIRO FAMILIAR.

El objetivo principal es favorecer la convivencia familiar, proporcionando oportunidades de respiro a las personas con enfermedad y a los/as familiares con los que conviven, para que participen los familiares de una manera más activa y se relacionen de una manera positiva con sus propios familiares; a través de la realización de actividades específicas para las personas con enfermedad mental.

Se realizarán diferentes actividades de respiro para los familiares:

- Visita al museo del Prado.
- Senderismo: Ruta del agua en Cercedilla.
- Visita al estadio Santiago Bernabéu.
- Taller de Risoterapia.
- Participación en la estructura y desarrollo de las diferentes celebraciones:
  - Carnaval: invitación a los familiares a asistir a la fiesta de Carnaval de usuarios y participar en las actividades, disfrazarse y desayuno especial.
  - Día Mundial de la Salud Mental: en la celebración de este día las familias podrán participar en los diferentes talleres que se realizarán dentro y fuera del centro.
  - Taller de Cocina Navideña: se llevará a cabo un taller de cocina donde realizaron diferentes postres para la celebración navideña del centro.
- Participación de usuarios y familias en una grabación de Radio, con el apoyo de la trabajadora social.

- Formación sobre los derechos de los familiares, con la finalidad de que adquieran confianza, y progresen en las habilidades para afrontar situaciones con su familiar enfermo, mejorando así su calidad de vida.

### • **MI GRUPO**

- Crear un espacio de reunión pacífico entre familias fuera del centro.
- La trabajadora social guiará y proporcionará posibles herramientas que pueden ser de utilidad para crear espacios de tranquilidad y para conocerse a uno mismo.
- La finalidad del este grupo es que las familias no crean que su problema es exclusivo, que comprueben que otros han compartido los mismos sentimientos y situaciones familiares, la satisfacción de corresponder con aportaciones de la propia experiencia

### • **Quit Space -App para crear redes de apoyo en salud mental.**



Se trata de una red social creada por los T.S, para que los usuarios del programa puedan interactuar con otras personas, mandar y recibir mensajes de apoyo de manera inmediata. La app incluye también de un sistema de notificaciones personales para avisar de eventos importantes como citas, actividades o tareas.

La app podrá descargarse de forma gratuita en Google Play.

Las personas se podrán registrar según sus roles, como usuario o persona de apoyo. También se pueden añadir nuevos contactos como: “amigos”, “familiares” o “profesionales”.



### **RED DE CONFIANZA**

Hay tres roles para formar parte de la red: amigos/as, familiares y profesionales. Es muy importante que sean personas de confianza que se comprometan a escuchar y

apoyar continuamente a la persona que los ha integrado en su red mediante llamadas y mensajes.



#### COMPARTIR ESTADOS

El usuario puede publicar el estado en el que se encuentra y su red de confianza recibirá, en tiempo real, un mensaje con el estado.



#### AVISO DE EVENTOS

Los eventos importantes tanto para el usuario como para la red de confianza, se podrán recordar.

## 6.5 FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL

### Funciones del T.S.

El profesional del Trabajo Social ha tenido y debe tener en el futuro un papel activo en la intervención en las familias de las personas con E.M, no solo como intermediario de la persona de servicios, sino como asesor, orientador y mediador de familia.

Las funciones del trabajador social respecto a la intervención con estas familias se estructuran en dos niveles (Gómez, 2000):

#### En relación a las familias:

- Realizar la primera acogida de las familias.
- Planteamientos de acompañamiento al resto del equipo de profesionales para hacer una valoración y/o asesoramiento inicial conjunto y valorar la posibilidad de incorporar más profesionales.
- Seguimiento de casos.
- Informar, orientar y asesorar sobre servicios y recursos existentes dirigidos a las familias, teniendo en cuenta su perfil, necesidades y los recursos.
- Elaborar una planificación centrada en la familia, centrada en sus competencias.

- Coordinación y derivación a recursos externos cuando la situación lo requiera.

#### **En relación al servicio:**

- Conocer los recursos existentes relacionados con la enfermedad mental y especialmente los de la zona.
- Coordinación con el equipo interdisciplinario, y mantenimiento de reuniones periódicas con el equipo, para actualizar casos e intercambiar opiniones.
- Elaboración de proyectos teniendo en cuenta las necesidades de las familias. El papel principal del trabajador social es detectar cuales son las necesidades de las familias, para así elaborar proyectos que las cubran.
- Llevar grupos de soporte familiar.

## 6.6 FAMILIAS ATENDIDAS

---

### **FAMILIAS QUE PUEDEN SER ATENDIDAS:**

- Los destinatarios son familiares o cuidadores de personas con E.M grave y prolongada. Dependiendo de la actividad, como es en el caso de apoyo especializado, será necesario que el miembro con E.M forme parte de algún recurso, como un centro ocupacional, o que los familiares ya han pasado por algún grupo de psicoeducación.
- De todos modos, familiares de personas con enfermedad mental grave y prolongada, se pueden beneficiar de las actividades si así se determine desde la Red de Atención Sociosanitaria y/o desde el mismo programa.

## 6.7. TEMPORALIZACIÓN

| TEMPORALIZACIÓN.                  | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Agos | Sep | Oct | Nov | Dic |
|-----------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|
| INFORMACIÓN ORIENTACIÓN FORMACIÓN | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X    | X   | X   | X   | X   |
| APOYO ESPECIALIZADO               | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X    | X   | X   | X   | X   |
| RESPIRO FAMILIAR                  |     | X   |     | X   |     | X   |     | X    |     | X   |     | X   |
| MI GRUPO                          | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X    | X   | X   | X   | X   |

## 6.8 INDICADORES DE EVALUACIÓN

| INDICADORES DE EVALUACIÓN:                                                |
|---------------------------------------------------------------------------|
| ✓ Número de Familiares atendidos/ asistencia a las diferentes actividades |
| ✓ Número total de Intervenciones con las familias.                        |
| ✓ Número de Familiares incluidos en los grupos.                           |
| ✓ Grado de aprendizaje del grupo.                                         |
| ✓ N.º Familias que mejoran/empeoran o se mantienen.                       |
| ✓ N.º Recaídas e ingresos.                                                |
| ✓ Participantes contentos y con entusiasmo por realizar las actividades   |
| ✓ Los resultados de cada actividad son los esperados y van mejorando.     |

### **EVALUACIÓN**

- Los responsables de las evaluaciones serán los T.S quien también realizarán unas evaluaciones antes de llevar a cabo el programa. En la evaluación a lo largo del programa cada uno evaluará al grupo con el que realizó la actividad y más tarde pondrán en común con el resto de profesionales las conclusiones obtenidas. La evaluación ex-post, tanto la inmediata como evaluación pasado un tiempo, la realizarán todos los T.S.
- Los participantes del programa también realizarán una evaluación a modo de cuestionario en la que se evaluarán el trabajo de los profesionales, los talleres, actividades, la utilidad de lo que han aprendido, y como se podría mejorar.



## 7. CONCLUSIONES:

---

- ✓ La familia, es el pilar fundamental para la recuperación de personas con problemas de salud mental, ocupan un papel clave como recurso de cuidado y soporte.
- ✓ Las familias son los principales cuidadores de los E.M, pero también necesitan ser cuidadas.
- ✓ La enfermedad mental conlleva en muchos casos una discriminación social que en el caso de la E.M desemboca en un proceso de estigmatización.
- ✓ Los familiares de personas con E.M experimentan estigma debido a su asociación con una persona estigmatizada.
- ✓ La escasez de recursos que den respuesta a las necesidades del E.M generan angustia a las familias complicando la participación de estas en la rehabilitación.
- ✓ La familia suele visitar múltiples recursos y sufre, a menudo la falta de un trabajo común entre los profesionales implicados, perjudicando la intervención familiar.
- ✓ El T.S debe estudiar y conocer el medio socio-familiar.
- ✓ La intervención del T.S con la familia debe modificar conductas inadecuadas y promover una comunicación que favorezca a las relaciones entre los miembros de la familia, disminuyendo el malestar en el hogar.
- ✓ El T.S debe apoyar a las familias y personas con E.M, respetando la autonomía y la autodeterminación de la familia. El T.S debe tener un papel activo en la intervención con los familiares, no sólo como intermediario de la prestación de servicios, sino como asesor, orientador y mediador familiar.
- ✓ Además de una intervención es esencial que los T.S promueva que las familias asistan a programas donde se trabaje con ellos la enfermedad mental, creen grupos de autoayuda entre familiares y el asocialismo para paliar el aislamiento y el estigma social.
- ✓ Todo el trabajo que se realice con la familia será beneficioso para la persona que sufre E.M.
- ✓ La salud mental es parte global de la salud; por lo tanto, no hay salud sin salud mental.
- ✓ La multidimensionalidad de la E.M requiere una combinación adecuada de medidas y la participación de una gran variedad de actores sociales que trabajen de forma complementaria a través del trabajo en red.

- ✓ Sin un seguimiento y apoyo que el T.S proporciona a los usuarios durante todo el proceso de intervención, orientaciones, empoderamiento, formación, respiro y otros tipos de ayuda, es más complicado que los familiares comprendan y sobrelleven la situación con su familiar.
- ✓ La participación del trabajador social como eje vertebrador de programas de acción es imprescindible.

#### **ABREVIATURAS DEL TFG:**

- **E.M:** Enfermedad Mental/ Enfermo Mental.
- **TMG:** Trastorno Mental Grave.
- **T.S:** Trabajo Social/Trabajador Social.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

---

- Abreu Velázquez, M., Mahtani Chugani, V. (2018). Las funciones de los trabajadores sociales sanitarios en atención primaria de salud: evolución, redefinición y desafíos del rol profesional. *Cuaderno Trabajo Social*. 31(2) 355-368. Recuperado de [file:///D:/Downloads/54560-Texto%20del%20art%C3%ADculo-4564456553746-4-10-20180904%20\(3\).pdf](file:///D:/Downloads/54560-Texto%20del%20art%C3%ADculo-4564456553746-4-10-20180904%20(3).pdf)
- Acero, C. (1995). Nuevas alternativas a la DI psiquiátrica. *Trabajo social hoy*. 9. Recuperado de <http://www.comtrabajosocial.com/documentos.asp?id=1336>
- Algora Gayán, M. (Sin fecha). El cuidador del enfermo esquizofrénico: sobrecarga y estado de salud. Recuperado de <http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/06/1-El-cuidador-del-enfermo-esquizofrenicosobrecarga-y-estado-de-salud..pdf>
- American Psychiatric Association. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta edición. Recuperado de [https://dsm.psychiatryonline.org/pbassets/dsm/update/Spanish\\_DSM5Update2016.pdf](https://dsm.psychiatryonline.org/pbassets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf)
- Aroca Fons, L., Arocas Estellés, A., Cebrián Luján, A., Maltés Blasco, L., Pasqual Zapater, M., Pérez Urios, C.,... Zafra Márquez, M. (Sin fecha). Intervención del/la trabajador/a social en las unidades de apoyo de salud mental. *Equipo Trabajadoras Sociales USM, USMI, UME, HD Y UR* .3-30 Recuperado de [http://publicaciones.san.gva.es/cas/prof/guia\\_ITSS/capitulo2/Intervencion\\_del\\_TSS\\_unidades\\_de\\_salud\\_mental.pdf](http://publicaciones.san.gva.es/cas/prof/guia_ITSS/capitulo2/Intervencion_del_TSS_unidades_de_salud_mental.pdf)
- Ardila Gómez, S. (2009). El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. *Rev. Colomb. Psiquiat.* Vol. 38(1), 1-12. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v38n1/v38n1a09.pdf>
- Arévalo Ferrera, J. (1990). intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia: aproximaciones recientes. *Estudios De Psicología*, (43-44). Recuperado de <http://file:///D:/Downloads/Dialnet-IntervencionesFamiliaresEnElTratamientoDeLosPacien-66070.pdf>
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2000). Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad. Madrid. *Cuadernos Técnicos nº 4*. Recuperado de <http://aen.es/wp-content/uploads/2009/04/CTecnicos4.pdf>
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2002). Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Madrid. *Cuadernos Técnicos nº6*, 5-118. Recuperado de <https://www.aen.es/docs/ctecnicos6.pdf>

- Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2012). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. UAH/AEN.15-336. Recuperado de [http://www.sepsiq.org/file/Enlaces/GPC\\_510\\_Trastorno\\_Bipolar\\_compl.pdf](http://www.sepsiq.org/file/Enlaces/GPC_510_Trastorno_Bipolar_compl.pdf)
- Ayuntamiento de Malaga. (2019). Promálaga. Recuperado de <https://www.promalaga.es/>
- Cardona Patiño, D., Zuleta Guzmán, V., Londoño Bernal, L., Ramírez Nieto, L., & Viveros Chavarría, E. (2012). Acompañamiento familiar durante el tratamiento de pacientes con diagnóstico de enfermedad mental. *Revista Colombiana De Ciencias Sociales*. Vol. 3( 2), 243-258. Recuperado de [file:///D:/Downloads/Dialnet-AcompanamientoFamiliarDuranteElTratamientoDePacien-5123797%20\(6\).pdf](file:///D:/Downloads/Dialnet-AcompanamientoFamiliarDuranteElTratamientoDePacien-5123797%20(6).pdf)
- Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. (2018). Salud mental y salud pública en España: Vigilancia epidemiológica. 10-137. Recuperado de <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=09/01/2018-44802ce4e8>
- Confederación salud mental España. (2016). 30 años después de la Reforma Psiquiátrica, Salud mental España continúa reclamando un mayor compromiso público. Recuperado de <https://consaludmental.org/sala-prensa/30-anos-reforma-psiquiatrica-salud-mental-espana-compromiso-publico-27355/>
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. (2003). *Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2003-2008*. Recuperado de <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007117.pdf>
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. (2010). *Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2010-2014*. Recuperado de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPlan+de+Salud+Mental+20032008.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospital12Octubre&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352810784855&ssbinary=true>
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. (2016). Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Recuperado de <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>
- Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas. (2017). Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Recuperado de <https://amsmblog.files.wordpress.com/2017/07/informe-del-relator-de-la-onu.pdf>

- Comunidad de Madrid. (2011). Declaración de Madrid contra el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental. Recuperado de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadervalue1=filename%3DDECLARACI%C3%93N+DE+MADRID+CONTRA+EL+ESTIGMA.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352844224819&ssbinary=true>
- Comunidad de Madrid. (2016). Estrategia de Inclusión Social de la Comunidad de Madrid 2016-2021. Recuperado de <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM013999.pdf>
- Comunidad de Madrid. (2018). Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera. Recuperado de <http://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales/red-atencion-social-personas-enfermedad-mental>
- Dale L, J. (1994). Educación familiar o Psicoeducación conductual familiar: tomando una decisión. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/266459003\\_Educacion\\_familiar\\_o\\_Psicoeducacion\\_conductual\\_familiar\\_tomando\\_una\\_decision](https://www.researchgate.net/publication/266459003_Educacion_familiar_o_Psicoeducacion_conductual_familiar_tomando_una_decision)
- Davis, F. (1976). *La comunicación no verbal*. Ed. Alianza.
- Desviat, M. (1995). *La reforma psiquiátrica*. Madrid:Dor.
- Erazo A. (2015). Un enfoque sistémico para comprender y mejorar los sistemas de salud. *RevPanam Salud Publica*.38(3), 248–53. Recuperado de [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rpsp/v38n3/v38n3a10.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v38n3/v38n3a10.pdf)
- FEADES ANDALUCÍA SALUD MENTAL. (2016). Buenas practicas en la intervención con personas con enfermedad mental. 3-105. Recuperado de <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Buenas-practicas-intervencion-salud-mental-Andalucia.pdf>
- FEAFES. (2002). La esquizofrenia. De la incertidumbre a la esperanza. Madrid.4-48. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/Laesquizofreniaincertidumbreesperanza.pdf>
- GARCÉS TRULLENQUE, E. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuaderno de trabajo social*.23, 333-352. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/Laesquizofreniaincertidumbreesperanza.pdf>
- García Ramos, P., Moreno Pérez, A., Freund Llovera, N., & Lahera Fortezaa, G. (2012). Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia: implicaciones terapéuticas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*.vol.32 (116) doi: 10.4321/S0211-57352012000400005.

- Gradillas, V. (1998). *La Familia del enfermo mental*. Madrid: Díaz de Santos.
- Gómez, C. (2000). *Papel del trabajador social en el campo de la salud mental*. (pp 86-93). Ediciones Eunate.
- Igoa, A., Bottini, A., Martino, D., & Gagliesi, P. Trastorno Bipolar: guía para pacientes, familiares y allegados. *Fundación Foro*. Recuperado de <https://www.trastornoborderline.com/wp-content/uploads/2016/10/3.-ManualPsicoedBipolar150212-p-imp.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos. (1987). Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml>
- José A. Muela y Juan F. Godoy. (2001). *Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia*, *Psicothema*, Vol. 13, (1), 1-6. Recuperado de [http://sid.usal.es/idocs/F8/ART10979/programas\\_actuales\\_intervenci%C3%B3n.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/ART10979/programas_actuales_intervenci%C3%B3n.pdf)
- Juan Porcar, M., Guillamón Gimeno, L., Pedraz Marcos, A., & Palmar Santos, A. (2015). Cuidado familiar de la persona con trastorno mental grave: una revisión integradora. *Rev. Latino-Am.Enfermagem* 23(2), 352-60. Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/es\\_0104-1169-rlae-23-02-00352.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/es_0104-1169-rlae-23-02-00352.pdf)
- Ministerio de Sanidad (1985). Informe de la Comisión para la Reforma Psiquiátrica. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de [https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/opsc\\_est15.pdf.pdf](https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est15.pdf.pdf)
- OMS. (2003). Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Legislación sobre salud mental y derechos humanos. Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/policy/legislation\\_module\\_spanish.pdf](https://www.who.int/mental_health/policy/legislation_module_spanish.pdf)
- OMS. (2004). Invertir en salud mental, pp.7. Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/advocacy/en/spanish\\_final.pdf](https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf)
- OMS. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. 7-50. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf;jsessionid=0BA805B157979062227F831E3C911A59?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=0BA805B157979062227F831E3C911A59?sequence=1)
- OMS. (2017). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Ponce, Á. (2012). Formación en Autodeterminación para Familias. *Cuaderno De Buenas Prácticas FEAPS*. 1-147. Recuperado de [https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/forma\\_autodet\\_familias.pdf](https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/forma_autodet_familias.pdf)

- RAKKOLAINEN, V., RAKKOLAINEN, K., LEHTINEN, V., & ALANEN, Y. (1991). Tratamiento de la psicosis esquizofrénica adaptado a las necesidades: El papel esencial de las reuniones terapéuticas centradas en la familia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 11(36), 3-7. Recuperado de <http://www.documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1991/revista-36/02-tratamiento-de-la-psicosis-esquizofrenica-adaptado-a-las-necesidades.pdf>
- Rebolledo Moller, S., & Lobato Rodríguez, M. (2005). Cómo afrontar la esquizofrenia. *Una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas*. Fundación Pfizer. Recuperado de <http://www.fundaciodrissa.com/wp-content/uploads/2010/04/Com-afrontar-lesquizofr%C3%A8nia.pdf>
- Rodríguez González, A. (2006). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide.
- Salud mental Aranda. (2016). Memoria de actividades 2016.3-115. Recuperado de <https://www.saludmentalaranda.org/wp-content/.../Memoria-de-actividades-2016.pdf>
- Selvini, M. (2019). Perturbaciones mentales graves y distorsión de la realidad. *Nuovo Centro Per Lo Studio Della Famiglia (Milán)*. Recuperado de <https://moramorao.files.wordpress.com/2009/04/perturb-ment-graves-y-distorsic3b3n-de-la-realidad-m-selvini.pdf>
- Vallina Fernández, Ó., & Lemos Giráldez, S. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*, Vol 12, ( 4), 671-681. Recuperado de <http://www.psicothema.es/pdf/388.pdf>
- White, M., Epston, D., & Castillo, O. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona:Paidós.

#### FUENTES LEGALES:

- Ley 13/1983, de reforma del Código Civil en materia de tutela. (1983). En Boletín oficial del estado.núm. 256. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/1983/10/26/pdfs/A28932-28935.pdf>
- Ley 14/1986, General de Sanidad. (1986). En Boletín oficial del estado. núm. 102. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/dof/spa/pdf>

## **PÁGINAS WEBS VISITADAS:**

- ASOCIACIÓN DE PACIENTES:
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES) Recuperado de [www.feafes.com](http://www.feafes.com)
- ASOCIACIONES PROFESIONALES:
  - Sociedad Española de Psiquiatría. Recuperado de <http://www.sepsiq.org/>
  - Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Recuperado de <http://sepsiq.org/sep/index.htm>
  - Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Recuperado de <http://www.fepsm.org/indexf.htm>
  - Asociación Española de Neuropsiquiatría. Recuperado de <http://www.asoc-aen.es/aAW/web/cas/index.jsp>
  - Asociación Española de Psicología Conductual. Recuperado de <http://www.aepc.es>
  - Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial. Recuperado de <http://www.amrp.info>
  - Colegio Oficial de Psicólogos <http://www.cop.es/>
  - Consejo General de Colegios Oficiales Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales Recuperado de <http://www.cgtrabajosocial.es/>
  - Consejo General de Enfermería en España Recuperado de <http://www.actualidad.enfermundi.com>
- INSTITUCIONES Y ORGANISMOS INTERNACIONALES
  - World Health Organization. Recuperado de <http://www.who.int/es> World Psychiatric AssociationAsociación Mundial de Psiquiatría. Recuperado de <http://www.wpanet.org/>
  - World Association for Psychosocial Rehabilitation. Recuperado de <http://www.wapr.net>
- FOTOGRAFÍAS:
  - María Manonelles. 2018. Recuperado de <https://www.lavanguardia.com/vida/20180524/443781749202/siento-fracaso-haber-estado-psiquiatrico-maria-manonelles.html>



- AFES. 2018.Campaña de sensibilización.Recuperado de <https://consaludmental.org/general/mi-enfermedad-mental-tiene-tratamiento-%C2%BFtu-prejuicio-tiene-cura-10599/>
- Blog Fundación Manantial.2013. Grupo de recuperación del Centro de Día de Parla. Recuperado de <https://www.fundacionmanantial.org/el-enigma-de-la-recuperacion-y-iv-familia-y-estigma/>

## 9. ANEXO

---

- **Marco Normativo.**

Las medidas de protección y los recursos de una persona con E.M son tanto sanitarios como sociales, para un desarrollo tanto a nivel personal como social. Pretenden poner fin a todo tipo de obstáculo que perjudique la participación e inclusión en la vida social del E.M, y erradicar el estigma social que sufre este colectivo. Pero es importante hacer referencia a los mecanismos jurídicos específicos cuyo objeto son los E.M, puesto que este marco normativo es el cimiento de la actuación profesional del T.S. No podemos olvidarnos de que toda intervención profesional se rige por una legislación que es necesaria mencionar (OMS ,2003):

### LEGISLACIÓN EUROPEA

- Declaración de Helsinki en Salud Mental (2005).
- Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre el Libro Verde – Mejorar la salud mental en la población – Hacia una estrategia de la Unión Europea COM (2005).
- Decisión de la Comisión de 10 de febrero de 2006, por la que se adopta el plan de trabajo de 2006 para la aplicación del programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008).
- Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006).
- Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales (2010).
- Plan Europeo de Acción para la Salud Mental (2013-2020).
- Proyecto de plan de acción integral sobre salud mental (2013-2020).
- Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre el Año Europeo de la Salud Mental - Mejorar el trabajo y aumentar la calidad de vida.

### LEGISLACIÓN ESTATAL

- Constitución española.
- Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Capítulo tercero. De la salud mental. Artículo 20.
- Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias Del Sistema Nacional De Salud.

- Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 1169/2003, de 12 de septiembre, por el que se modifica el anexo I del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.
- Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria con esta finalidad.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.
- Ley 53/2003, de 10 de diciembre, sobre empleo público de discapacitados.
- Ley 56/2003, de 16 de diciembre, de Empleo.
- Real Decreto 290/2004, de 20 de febrero, por el que se regulan los enclaves laborales como medida de fomento del empleo de las personas con discapacidad.
- Real Decreto 2271/2004, de 3 de diciembre, por el que se regula el acceso al empleo público y la provisión de puestos de trabajo de las personas con Discapacidad.