



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**LA INTERVENCIÓN FAMILIAR COMO
HERRAMIENTA DEL TRABAJO SOCIAL:
ANÁLISIS EN LOS PROCESOS DE ENFERMEDAD
MENTAL GRAVE Y DURADERA**

Autora: Julia Fuentes Essola

Director: Daniel Gil Martorell

Madrid

Abril 2022

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. JUSTIFICACIÓN	6
3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS.....	7
3.1 Preguntas de Investigación:	7
3.2 Objetivo General:.....	7
3.3 Objetivos Específicos:	7
4. METODOLOGÍA	8
4.1 Diseño de la Investigación	8
4.2 Participantes.....	8
4.3 Procedimiento y Cronograma.....	9
5. CAPÍTULOS DE CONTENIDO	10
5.1Evolución del marco normativo de la Salud Mental	10
5.1.1 Política Internacional.....	10
5.1.2 Política y práctica en Europa	10
5.1.3 Política Nacional.....	11
5.1.4 Política Autonómica: Comunidad de Madrid.....	12
5.2 Enfermedad Mental Grave y Duradera.....	13
5.2.1 Clasificación de las Enfermedades Mentales Graves.....	14
5.2.2 Prevalencia de las Enfermedades Mentales	18
5.2.3 Problemas y necesidades del colectivo.....	19
5.3 El Trabajo Social en el ámbito de la Salud Mental.....	19
5.3.1 Evolución Histórica del Trabajo Social en Salud Mental.....	20
5.3.2 Intervenciones y Funciones desde el Trabajo Social en Salud Mental....	21
5.3.3 El Trabajo Social con personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera	24
5.4 Familia, Sociedad y Salud Mental	25
5.4.1 El papel de las familias.....	25

5.4.2 La respuesta de la sociedad ante la Salud Mental	27
5.4.3 Modelo de Vulnerabilidad-Estrés en el Ámbito Familiar	28
5.5 Atención a las enfermedades mentales graves y duraderas	29
5.5.1 Intervenciones familiares desde el ámbito profesional	30
6. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS.....	33
6.1 Resultados Descriptivos.....	33
6.2 Resultados Comparativos.....	37
7. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	42
8. PROPUESTA DE MEJORA.....	45
9. BIBLIOGRAFÍA.....	48
9.1 Referencias Bibliográficas.....	48
9.2 Legislación y jurisprudencia.....	51
10. ANEXOS	52

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Diagnóstico de las enfermedades mentales graves y duraderas.....	16
Tabla 2: Muestra de la investigación	33
Tabla 3: Papel del Trabajador Social con la enfermedad mental grave y duradera	37
Tabla 4: Papel del Trabajador Social con la familia	39
Tabla 5: Circuito básico de atención familiar.....	45

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Cronograma de Gantt del procedimiento utilizado.....	9
Figura 2: Intervenciones familiares recomendadas	36

RESUMEN

El presente trabajo de investigación académica realiza una aproximación del papel del trabajador social en los procesos de enfermedad mental grave y duradera, más concretamente se indaga en las intervenciones que practica con la familia desde los diferentes recursos de salud mental de los que dispone la Comunidad de Madrid.

Inicialmente se aborda el marco institucional, las nociones básicas que implica la disciplina del trabajo social en el ámbito de la salud mental y sus diferentes intervenciones sociales que puede ofrecer, todo ello desde una perspectiva teórica, explicando sus diferentes características y modalidades; y posteriormente se buscan diferentes profesionales de la materia, para conocer el abordaje y aplicación profesional que tiene todo lo anterior desde los recursos pertinentes.

De las entrevistas se recoge la importancia de la visión social en los procesos de enfermedad mental, así como lo necesario que es trabajar con la figura familiar para mejorar la atención integral que se tiene con la persona diagnosticada.

En este sentido, se recogen las diferentes intervenciones que se practican desde los recursos con el paciente, frente a las que se hacen con la familia, contemplando así hasta donde llegan las intervenciones sociales y familiares. Frente a los resultados obtenidos, se ofrece una estrategia de mejora basada en promover la continuidad asistencial y promover diversos cauces de comunicación, para así poder trabajar individualmente con todas las familias.

Palabras clave: Salud mental, familia, trabajo social, enfermedad mental grave y duradera, intervención familiar.

ABSTRACT

The present academic research work makes an approximation of the role of the social worker in the processes of serious and lasting mental illness, more specifically, it investigates the interventions that he practices with the family. From the different mental health resources available to the community of Madrid.

Initially, the institutional framework is addressed, the basic notions that the discipline of mental health and its different social interventions that it can offer, all this from a theoretical perspective, explaining its different characteristics and modalities; and later different professionals of the matter are sought, to know the professional approach and application that all the above had from the pertinent resources

From the interviews, the importance of social vision in mental illness processes is gathered, as well as how necessary it is to work with the family figure to improve the comprehensive care that is given to the diagnosed person. In this sense, the different investigations that are practiced from the resources with the patient are collected, from those made with the family, thus contemplating the extent to which social and family interventions go

Based on the results obtained, an improvement strategy is offered based on promoting care continuity and promoting various communication channels, in order to be able to work individually with all families.

Keywords: mental health, family social work, serious and lasting mental illness, family intervention.

1. INTRODUCCIÓN

Mucho se ha escrito respecto al alcance que tiene el trabajo social en el bienestar de las personas. En estos párrafos nos vamos a centrar en ese bienestar, pero desde la perspectiva en que éste se encuentra afectado en lo relacionado con los pensamientos, sentimientos o actuaciones, determinando nuestra relación con los demás y nuestra toma de decisiones.

Analizando concretamente el concepto de salud se estima que es un concepto múltiple, por sus diferentes visiones; relativo, por la dependencia de variables situacionales; complejo, por la implicación de numerosos factores; dinámico, por su estado cambiante y abierto, por su carácter modificable según la sociedad en la que nos hallemos (Feito s.f.).

Esto explica que la salud tenga que ver con el ser humano en su totalidad, es decir el ser humano entendido y contemplado desde todas sus perspectivas y categorizaciones. Idea compartida y promovida por el objeto del trabajo social, resumida en “el ser humano en su situación total” (Hollis, pág. 3, 1964.)

De esta forma se analiza la interrelación que mantiene el trabajo social con la salud, así como con la enfermedad, porque ambas abordan la interacción entre el individuo y su situación, siendo esta, dependiente de múltiples factores; dentro de estos, los concernientes al desarrollo de esta investigación académica son los sociales, ambientales o individuales que interactúan entre sí y son la base en la que se construye el sistema familiar.

Continuando con el concepto de salud, y sus múltiples definiciones, hay que resaltar la postulada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), debido a que expone este término como “el estado de completo bienestar físico, mental y social”; esta definición es la primera referencia técnica que se hace a la salud mental como un elemento clave de la salud.

Tras medio siglo con la incorporación del término “salud mental”, en sus definiciones generalmente es designado como un estado, una dimensión de salud o el movimiento referente a ese pasado histórico que corresponde al concepto “higiene mental” (Bertolote, 2008).

En esta investigación, la salud mental referida a la enfermedad mental grave y duradera es vista desde una perspectiva integradora, la cual trasciende de ese enfoque médico centrado exclusivamente en la enfermedad, para entenderlo como el estado de bienestar emocional y psicológico de una persona y su entorno sociocultural. (Fernández, 2009).

La salud mental y la posterior concepción de la enfermedad mental grave y duradera, está influenciada por las diferentes culturas y por la propia subjetividad que las rodea, por ello hay que estudiar cada factor que compone porque afecta directamente en la capacidad de las propias personas de desenvolverse en las actividades básicas de la vida diaria.

Este planteamiento pone de manifiesto la importancia de la sociedad en la visión de la enfermedad mental, sin olvidar por otro lado, que es igual de sustancial el propio sistema familiar, ya que tradicionalmente el cuidado cotidiano de las personas con enfermedades mentales ha sido asumido por las familias, y si está no existía, dependiendo de la época histórica, podía variar de un confinamiento en casas de hospicio al ingreso en establecimientos carcelarios (Fernández 2009).

2. JUSTIFICACIÓN

Son numerosos los ámbitos de intervención del trabajo social, y aun con sus diferentes matices, todos provienen de una misma base que es la promoción del bienestar humano, el cual está inmerso en un tejido social, expuesto a diferentes factores concurrentes que afectan y alteran su desarrollo personal, grupal y comunitario; factores, que también son abordados desde los diferentes campos del ámbito de salud.

Esto explica el primer fin de esta investigación académica, que es continuar dotando de sentido al trabajo social sanitario, puesto que los factores sociales afectan de forma directa a la persona, y no solo al bienestar físico, sino que también directamente a ese bienestar emocional.

Por otro lado, está el enfoque que tiene el propio sistema hacia las enfermedades mentales, el cómo se trabaja con ellas desde las diferentes instituciones. Segundo motivo del porqué de esta investigación, que es realizar una aportación de como el trabajo social puede ser el motor de cambio para aumentar la calidad de vida de las personas en los propios centros sociosanitarios que trabajan con diferentes patologías.

El último propósito de este trabajo de fin de grado es el interés en investigar la actuación profesional con las familias inmersas en el ámbito de la salud mental, con el sentido de fundamentar la importancia de trabajar desde lo social, no sólo con el individuo, sino que también incluir la red familiar.

3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

3.1 Preguntas de Investigación:

- ¿Existen intervenciones familiares con más implementación o más consolidadas en las intervenciones profesionales en salud mental?
- ¿Qué protocolos de actuación tienen los equipos multidisciplinares en los hospitales de media y larga estancia, con las familias de usuarios diagnosticados con enfermedad mental grave y duradera?
- ¿Qué papel desempeñan los profesionales del trabajo social en las intervenciones familiares desde los centros sociosanitarios en procesos de salud mental?
- ¿Cómo se aborda desde el trabajo social las consecuencias de un internamiento con familias y usuario en un centro sociosanitario?

3.2 Objetivo General:

- Analizar el papel que tiene y las intervenciones que se realizan desde el trabajo social con las familias de los pacientes en el ámbito de la salud mental.

3.3 Objetivos Específicos:

- Exponer la evolución del marco legislativo de salud mental en España.
- Identificar las intervenciones que se realizan en salud mental en los centros hospitalarios de la Comunidad de Madrid.
- Definir los diferentes papeles de actuación en una intervención social desde el ámbito de salud mental.
- Investigar las intervenciones sociales practicadas en los centros hospitalarios con usuarios con enfermedad mental grave y duradera, y sus familias.
- Plantear propuesta de mejora con relación a la intervención del trabajo social con las familias.

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño de la Investigación

Este estudio de investigación va a emplear un enfoque cualitativo, guiado por las preguntas de investigación y objetivos planteados para después plantear la recolección y el análisis de los datos. Este enfoque permite en cualquier fase de la investigación pulir las preguntas de investigación hasta la producción de conclusiones. (Chen, 2006).

Con la metodología cualitativa reconstruimos la realidad definida para crear un propio marco de interpretación, en la investigación está presente tras la revisión bibliográfica sobre la literatura existente.

Esta información ha sido recogida desde varias fuentes de investigación, la más utilizada es Dialnet, continuando con el repositorio institucional de la propia universidad, artículos de investigación de asociaciones y entidades que trabajan con el objeto diana de la investigación, Boletines Oficiales del Estado y normas autonómicas, concretamente Comunidad de Madrid, además de otras webs y fuentes de consultas (bases de datos).

Tras tener una panorámica conceptual del fenómeno estudiado, comienza el proceso de recolección de datos, que para ello se ha utilizado la técnica estrella de la entrevista y métodos como la observación directa y el diario de campo, para apuntar las ideas surgidas de las visitas guiadas por los centros hospitalarios.

Las entrevistas realizadas son semiestructuradas, en las que el investigador realiza preguntas predeterminadas de carácter abierto, pero que se van ajustando al profesional entrevistado. De ellas se han recogido puntos de vista, experiencias, significados, emociones, y demás aspectos subjetivos de los participantes.

Todas las entrevistas aproximadamente han durado un tiempo variable entre 25 y 40 minutos, no contando con las visitas guiadas por el centro. Estas fueron concretadas con las profesionales una semana antes, siendo tres presenciales en el ámbito sanitario y dos por videollamada. Durante el desarrollo de éstas sólo estaban la entrevistada y entrevistadora, y se ha grabado el audio con previo consentimiento informado.

4.2 Participantes

Se realizan cinco entrevistas semiestructuradas a profesionales del trabajo social que desarrollan su profesión en el ámbito sanitario en la red de salud mental, mediante 6 preguntas de carácter abierto.

La recogida de la muestra ha sido conveniente y seleccionada intencionalmente, ya que se ha seleccionado a profesionales concretos que pertenecen a unidades y hospitales distintos, para conocer con amplitud sus diferentes bagajes, posiciones con respecto a las intervenciones familiares en su ámbito profesional.

Este muestreo es teórico, que implica un muestreo intencionado, y los profesionales pertenecen a los siguientes recursos de atención a la salud mental de la Comunidad de Madrid: atención ambulatoria (Centro de Salud Mental), hospitalización psiquiátrica breve de adultos, unidad de tratamiento y rehabilitación (media estancia) adultos y unidad de cuidados psiquiátricos prolongados (larga estancia).

4.3 Procedimiento y Cronograma

Las técnicas de investigación cualitativas utilizadas para la primera fase de investigación, correspondiente a la parte conceptual, presentan una fecha de comienzo en octubre de 2021, y una fecha de finalización de diciembre de ese mismo año. Modificando y mejorando su estructura en las primeras semanas de enero de 2022.

Las siguientes técnicas utilizadas para recoger aspectos técnicos y observables para la siguiente fase de investigación, es decir la creación y realización de la entrevista comienzan en febrero de 2022, y a lo largo de ese mes y del siguiente se realizan las transcripciones, ubicadas en el apartado de “anexos”. Los siguientes apartados, así como correcciones, se dan en los meses de marzo y abril de ese mismo año.

Figura 1:

Cronograma de Gantt del procedimiento utilizado



Nota. Elaboración propia.

5. CAPÍTULOS DE CONTENIDO

5.1 Evolución del marco normativo de la Salud Mental

5.1.1 Política Internacional

Desde 1948 se elaboran directrices y normas sanitarias, que ponen el foco en los problemas sanitarios más importantes, que surgen en los países desarrollados en contexto de crisis. Estas orientaciones se hacen desde la Organización Mundial de Salud, que es un organismo especializado de las Naciones Unidas, integrado por 194 estados miembros y 2 miembros asociados. Estos, se reúnen cada año en Ginebra para celebrar la Asamblea Mundial de la Salud dónde abordan cuestiones relativas a la salud pública. (OMS, s.f.).

La OMS plantea la salud mental como un componente integral y esencial de la salud, por ello en la Asamblea celebrada en 2012, aprobó el “Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020”, respondiendo a la necesidad de una respuesta integral y coordinada de los sectores sanitarios y sociales de los países en dicha materia.

El Plan es de alcance mundial y tiene por objeto proporcionar estrategias y medidas integrales de promoción, prevención, tratamiento y recuperación para implantar en los planes de acción nacionales. Su buena instauración incluiría informes del país sobre la evolución de los determinantes de la salud mental incluyendo no solo características individuales, sino también factores sociales, culturales, económicos y ambientales (OMS, 2013).

5.1.2 Política y práctica en Europa

En el siglo XX surgen los primeros movimientos relativos a la salud mental, a través del Consejo de Europa, que es el que proporciona el marco de referencia normativo y régimen de garantías en materia de derechos humanos, y respecto a estos, los referentes al ámbito de “pacientes mentales” (Barrios, 2010).

El Consejo de Europa actúa bajo la forma de Recomendaciones, cuyas conclusiones pueden ser elevadas al Comité de Ministros, y éste a los gobiernos de los estados miembros.

En materia de salud mental y de protección de sus derechos se han aprobado doce Recomendaciones, la primera es la Recomendación 818 realizada en el año 1977, sobre la “Situación de los enfermos mentales” por la Asamblea Parlamentaria en su 12ª sesión. Y la última, es la Recomendación 3 realizada en 2009 sobre el “Seguimiento de la

protección de los derechos del hombre y de la dignidad de las personas aquejadas de trastornos mentales” por el Comité de Ministros en su 1057ª reunión (Barrios, 2010).

El informe generado por la OMS (2013) estima que, en Europa, una de cada cuatro personas sufre un episodio significativo de enfermedad mental a lo largo de su vida; este deterioro de la salud mental de la población, lo abordan desde los rápidos cambios económicos y sociales dados en Europa central y oriental.

Actualmente, los estudios europeos relativos a una mejor protección legal de los pacientes que sufren problemas mentales reflejan la importancia de un planteamiento coordinado y multisectorial en la implantación de actuaciones políticas; éstas deben incluir las circunstancias materiales y sociales de las personas para la mejora de su calidad de vida.

5.1.3 Política Nacional

La protección de la salud de la población española se regula en la “Ley General de Sanidad del 14/1986, de 25 abril”. La norma que desarrolla la organización de la atención sociosanitaria, incluyendo la atención comunitaria a la salud mental, es la “Ley 16/2003, de 28 de mayo: Ley de la Cohesión y de la calidad del sistema nacional de salud”.

La salud mental en España es un derecho (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006, p.81), y por lo tanto un objetivo estratégico tanto del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, como de las Comunidades Autónomas; lo cual resulta sorprendente por la falta de legislación específica y exclusiva en cuanto a materia de salud mental.

Aun así, nuevas leyes contienen novedades importantes en cuanto a aspectos de salud mental se refiere, como por ejemplo la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. Su principal aportación es el reconocimiento de la personalidad jurídica de las personas con discapacidad; explicando que dentro de éstas, también se encuentran las enfermedades mentales como barrera a resolver, por consiguiente, busca ofrecer medidas que faciliten su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que el resto de los ciudadanos en lo comprendido a capacidad jurídica.

Con esta panorámica general del país, la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, encargada del avance de la sociedad para el desarrollo sostenible, aprueba en su Objetivo 3.4 “Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental” de la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible, reducir un tercio la mortalidad prematura de las enfermedades encontradas en esta categoría mediante la prevención y tratamiento de la salud mental y su bienestar.

Para alcanzar la amplitud de este objetivo, delega funciones a la Confederación de Salud Mental España, la cual es encargada de realizar informes de análisis de la situación en el país, y en base a sus resultados, realiza propuestas que mejoren la salud mental de la población española en la próxima década.

5.1.4 Política Autonómica: Comunidad de Madrid

La red de servicios implantada en la Comunidad de Madrid está orientada por el modelo de atención marcado por la OMS; por ello bajo el marco del “Plan de Acción de Salud Mental de la OMS 2013-2020”, señalado anteriormente, el Servicio Madrileño de Salud decide afrontar sus retos identificados, y crea el “Plan de Salud Mental 2018-2020”¹.

La trascendencia de este plan proviene de que en la Comunidad de Madrid la primera causa de carga de enfermedad son las enfermedades neuropsiquiátricas, así como que los trastornos mentales y neurológicos son el mayor reto en atención sanitaria del siglo XXI.

El plan plantea 11 líneas estratégicas con 81 objetivos específicos, que para su consecución se proponen diferentes actuaciones que se evalúan a través de indicadores específicos. Dentro de todas las líneas estratégicas, es de resaltar la 1: “atención y rehabilitación de las personas con Trastorno Mental Grave”, en virtud que concierne al objeto de investigación académica de este trabajo.

Esta línea refiere mejorar la atención comunitaria del colectivo, reforzar la orientación comunitaria en los Centros de Salud Mental (CSM), otorgar mayor atención domiciliaria y potenciar los programas de continuidad de cuidados (PCC).

El PSM2018-2020 indica que las personas con Trastorno Mental Grave crónico engloban diferentes problemáticas y necesidades tanto sanitarias como sociales, porque

¹ PSM2018-2020.

muchas de ellas presentan discapacidades psicosociales que se expresan en su autonomía personal y social, así como en el mayor riesgo de encontrarse en situación de desventaja social, sobre todo en lo referente a la sobrecarga que sufren muchas de las familias que conviven y cuidan de ellas.

Otro plan característico por sus diversas estrategias y actuaciones dirigido directamente a la enfermedad mental grave y duradera es el “Plan de atención social a las personas con enfermedad mental grave de la Consejería de Servicios Sociales”; va a dotar de programas y actividades a la red de atención social, destacando por su específico apoyo a las familias afectadas por esta realidad social, mejorando su calidad de vida y favoreciendo su mantenimiento en la comunidad.

5.2 Enfermedad Mental Grave y Duradera

“La historia de los trastornos mentales está repleta de incompreensión, prejuicios, malos tratos, falta de recursos y privación de derechos” (Whitaker, 2002, en Valiente, 2017) reflejado en las definiciones dadas desde antes de las antiguas civilizaciones hasta la entrada de este siglo.

En los últimos años se han propuesto numerosas definiciones relativas al término TMGD², y en general, la mayoría apuntan a que el factor común que comprenden es la inclusión de “las cuatro Ds” (de su denominación en inglés): “Deviant, Distress, Dysfunction and Dangerous”. Dichos conceptos siguiendo a Espinosa y Valiente (2017):

- “Deviant”, implica que son conductas que están fuera de las normas del funcionamiento, bien sea por ser diferentes, extremas o inusuales.
- “Distress”, hace referencia a que esos comportamientos, ideas o emociones, causan malestar, angustia o molestia. Incluso, en algunos casos puede ser euforia de forma desproporcionada.
- “Dysfuction”, relativo al comportamiento, siendo esté disfuncional al interferir en el funcionamiento humano, entendido como la capacidad de la persona para llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria. Es decir, estos comportamientos pueden interferir en el autocuidado, en las relaciones o en el trabajo.
- “Dangerous”, traduce que ese comportamiento entraña peligrosidad hacía uno mismo, o hacia los demás.

² TMGD: Trastorno Mental Grave y Duradero.

Por tanto, un trastorno mental se presenta como un conjunto organizado y constante de síntomas, con un curso y pronóstico predecible, que generalmente va a tener un tratamiento biológico específico, aunque las terapias psicológicas y/o rehabilitadoras contribuyan a un mejor pronóstico (Serrano, 2019).

Frente a las causas de la Enfermedad Mental Grave y Duradera, son contempladas desde el modelo biológico y psicosocial, el cual incorpora al paciente como sujeto, no como mero objeto, del proceso asistencial. Esta perspectiva responde al resultado de la interrelación de factores biológicos, psicológicos y sociales. Correspondiendo los factores biológicos a la posible influencia de factores genéticos, infecciosos o tóxicos; los factores psicológicos a la capacidad personal de afrontamiento de la sintomatología previa; y los factores sociales a las circunstancias dadas bajo un sistema en que las personas se desenvuelven, como la relación familiar o su nivel económico (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2007).

5.2.1 Clasificación de las Enfermedades Mentales Graves

La clasificación de las psicopatologías ha estado tradicionalmente dominada por los enfoques médicos, pero estas perspectivas hoy en día se encuentran en crisis por su baja fiabilidad y poca validez científica (Wholey, 2014, en Valiente, 2017).

Actualmente en consideración a la clasificación de enfermedades mentales, hay dos sistemas categoriales generalmente utilizados por la comunidad científica, en virtud del correcto ajuste a los fenómenos psicopatológicos que tienen un carácter más continuo (Martínez, 2007); el “DSM-V”³ publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría y el “ICD-11”⁴, publicado por la Organización Mundial de la Salud, traducido al castellano como “CIE-10”.

El DSM-V, es la quinta edición del diagnóstico y manual estadístico de los trastornos mentales; proporciona un sistema de clasificación que intenta separar las enfermedades mentales en categorías diagnósticas, basadas en la descripción de los síntomas y en la evolución de la enfermedad.

El CIE-10, es la décima edición de la clasificación internacional de las enfermedades; emplea categorías diagnósticas, y tiene el fin de que todos los

³ “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”.

⁴ “International Classification of Disease”.

profesionales de la salud tengan los mismos datos diligenciados, para que, en este sentido, tomen decisiones administrativas y epidemiológicas similares.

Ambos sistemas de clasificación utilizan categorías diagnósticas similares, lo que sugiere que el diagnóstico de enfermedades mentales cada vez es más sistemático y estandarizado en todas las naciones. (MSD, 2020).

Esta investigación, utiliza el CIE-10, como clasificación vigente y referencial para estudiar y analizar las diferentes patologías y su evolución desde las intervenciones sociales; titulado como Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento:

F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.

F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas.

F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.

F30-F39 Trastornos del humor (afectivos).

F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

F50-F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

F60-F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

F70-F79 Retraso Mental.

F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico.

F90-F98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

F99 Trastorno mental sin especificar.

En 2022 entrará en vigor la nueva Clasificación “CIE-11”, aprobada por la OMS, en 2019, en la 72ª Asamblea Mundial de la Salud.

Respecto a los diagnósticos más frecuentes de enfermedades mentales graves y duraderas, el sistema nacional de salud (2020) genera una base de datos clínicos recogidos en atención primaria, que permite elaborar la siguiente tabla, recogiendo las enfermedades con mayor incidencia entre la población dentro de esta categoría (tabla 1):

Tabla 1:

Diagnóstico de las enfermedades mentales graves y duraderas

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES MENTALES GRAVES Y DURADERAS		
	<u>CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES</u>	<u>SUBTIPOS</u>
ESQUIZOFRENIA	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno mental grave, psicótico. • Inicio entre los 15 y 30 años. • Los síntomas pueden ser: positivos, negativos, cognitivos, afectivos, motores o desorganización. • En el 75% de los casos cursa con síntomas persistente o fluctuantes. • La intervención precoz podría mejorar el pronóstico a corto y largo plazo. 	<ul style="list-style-type: none"> • E. Paranoide: es la más frecuente. • E. Hebefrénica o desorganizada: la más precoz. • E. Catatónica: muy poco frecuente. • E. Indiferenciada • E. Simple: nunca ha habido “brotes”. • E. Residual: final común de muchos pacientes.
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO GRAVES	<ul style="list-style-type: none"> • Episodios que duran mínimo dos semanas, sin tratamiento hasta seis meses. • Los síntomas pueden ser: en el estado de ánimo, tristeza o irritabilidad, somáticos, cognitivo conductuales, alteraciones cognitivas, 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno depresivo mayor: motivo de consulta más frecuente en atención primaria. • Trastorno Bipolar: mezcla de síntomas maníacos y depresivos a la vez.

<ul style="list-style-type: none"> alteraciones psicomotoras o descuido en el cuidado personal y pensamientos. • Altera la forma de percibir e interpretar el mundo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de Ansiedad Generalizada: reacción neurótica o nuclear en forma de crisis. Más frecuentes síntomas fisiológicos. • Trastornos disociativos: divididos en amnesia disociativa o identidad disociativa.
--	--

<p>TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personalidad: es la forma característica de pensar y comportarse una persona. • Patrones característicos de percepción, reacción y relación relativamente fijos, inflexibles y socialmente desadaptados. • El patrón perdurable causa un malestar significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento. • Suelen tener varios síntomas a la vez, manifestados en la cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal o control de impulsos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de la personalidad, grupo A; “los raros o extravagantes”: <li style="padding-left: 20px;">○ Paranoide, Esquizoide o Esquizotípico. • Trastorno de la personalidad, grupo B; “los inmaduros”: <li style="padding-left: 20px;">○ Antisocial, Límite, Histriónico o Narcisista. • Trastorno de la personalidad, grupo C; “los miedosos o temerosos”: <li style="padding-left: 20px;">○ Evitativo, Dependiente, Obsesivo-Compulsivo.
--	---

OTRAS PSICOSIS NO ESPECIFICADAS	<ul style="list-style-type: none"> • Episodios psicóticos que causas ideas o percepciones irreales, perdiendo el contacto con la realidad.
--	---

Nota. Elaboración propia. (referencia de Serrano. s.f)

5.2.2 Prevalencia de las Enfermedades Mentales

En España los primeros estudios muestran cifras de prevalencia muy dispares según el área geográfica o población, debido a que los datos epidemiológicos son incompletos y tienen una utilidad muy limitada para valorar el impacto real de las enfermedades mentales en la población.

La Encuesta Nacional de Salud y la Encuesta Europea de Salud en España, elaboran en 2017 indicadores que recogen información sobre el estado de salud incluyendo la aparición de posibles enfermedades mentales, de esta forma evalúan la magnitud del problema en el país. El estudio es realizado sobre una muestra representativa de 29.195 entrevistados entre la población residente en España.

Dentro de todos sus datos, los destacables sobre el objeto de este estudio son los siguientes; una de cada diez personas refirió haber sido diagnosticada de algún problema de salud mental (10,8%); las mujeres aluden algún problema de salud mental con mayor frecuencia que los hombres, 14,1% frente a 7,2% y la prevalencia de depresión es 2,5 veces más frecuente entre los desempleados.

Respecto aspectos sociales marca que la frecuencia de sufrir alguna enfermedad mental como el riesgo de padecerla, es mayor entre la clase más desfavorecida 13,5% frente a la que no lo es, 5,9%.

Según datos del Ministerio de Sanidad, 2020, respecto a enfermedades mentales graves y duraderas; la psicosis afecta a 1,2% de población, siendo la más frecuente la psicosis afectiva (7,2%). Dentro de las características comunes de patologías psicóticas, afectan mayormente a varones adultos, tres veces más, que a mujeres adultas. Al igual que estos problemas de salud mental grave son más prevalentes a medida que disminuye el nivel de renta.

5.3.3 Problemas y necesidades del colectivo

Son personas que generalmente son diagnosticadas en la etapa de la vida adulta y que, incluso con un tratamiento adecuado, pueden padecer discapacidades de larga duración que afecten a su vida personal, académica, social o laboral, siendo necesario un reajuste personal en función de su nueva capacidad.

Las implicaciones más frecuentes asociadas a las enfermedades mentales graves y duraderas son; una expectativa de vida diez años más corta que el resto de población, mayor exposición a problemas médicos, frecuentes situaciones conflictivas en el seno familiar, gran tendencia a consumir sustancias y una alta incidencia de muerte por suicidio, siendo esta del 10% (IMSERSO, 2007).

De igual forma la estigmatización que sufren, desarrollada más adelante, se ve reflejada en la alta tasa de desempleo que sufren, estimada entre el 60 y 90%, obligándoles a ser económicamente dependientes.

Respecto a las necesidades del colectivo, no dejan de ser las mismas que las que tienen el resto de los ciudadanos, pero de forma más específica hay que prestar especial atención a la dificultad añadida de utilizar los servicios comunitarios para satisfacer sus necesidades, a la necesidad de normalizar la administración de medidas médicas o psicológicas sin apartarse del medio social y a la dificultad añadida en el ejercicio de sus derechos (IMSERSO, 2007).

Estas necesidades a su vez van ligadas, a la imprescindible respuesta del sistema, que debe favorecer la integración de este colectivo en la comunidad, e incrementar su bienestar, proporcionando medidas de apoyo económico, para sobrevivir; de integración social, para mantener las redes sociales y evitar el aislamiento; y de apoyo a las familias, por ser la red básica de soporte en la estructura social.

5.3 El Trabajo Social en el ámbito de la Salud Mental.

El ejercicio profesional desarrollado por el Trabajo Social en salud mental es muy diverso, ya que se encuentra incorporado en Centros de día, Centros de Salud, Hospitales, Centros Residenciales, Unidades de Salud Mental de Adultos, Programas Específicos...; es decir, hay una gran variedad de dispositivos, lo que supone que está práctica profesional de nombre y sea una forma común de entender el Trabajo Social Sanitario.

“El Trabajo Social Sanitario es la actividad profesional que investiga e interviene en los factores psicosociales que inciden en el proceso de salud-enfermedad, así como en el tratamiento de los problemas surgidos debido a las situaciones de enfermedad” (Ituarte, 2009).

Decididamente hay una unión entre la relación de ayuda que ofrece la actividad profesional del trabajo social y la salud mental, debido a la mayor exposición a los problemas sociales que presentan las personas que padecen problemas de salud mental, que pueden tener una serie de necesidades que necesariamente contienen problemas sociales.

Está dinámica supone que la salud mental mantenga una relación directa con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y con la capacidad de integración en el medio social y cultural (Trullenque, 2010).

La complejidad ligada a estas variables, desde el trabajo social se aborda desde la promoción y prevención de la singularidad del sujeto para contribuir en su mayor bienestar mental y aumentar su calidad de vida tanto de manera individual como comunitaria.

5.3.1 Evolución Histórica del Trabajo Social en Salud Mental

A principios del siglo XX, concretamente a partir de 1904, en los hospitales psiquiátricos de Estados Unidos, se incorpora la figura del trabajador social, naciendo el término de “trabajo social psiquiátrico”; el objetivo de esta incorporación consistía en que estos profesionales, ofrecieran una respuesta socializadora a la cronicidad de los trastornos mentales, que conllevaba la masificación de los hospitales. (Trullenque, 2010).

El Trabajo Social Psiquiátrico fue considerado como una especialización profesional, en su etapa se reconocen tres niveles de desarrollo, uno primero enfocado en el proceso benéfico-asistencial, entre 1925 y 1940; un segundo caracterizado por un perfil profesional más técnico y desarrollista, entre 1945 y 1965; y finalmente un tercer nivel, en el que surgen los primeros movimientos que rechazan el papel asistencialista, promoviendo una reconceptualización, a partir de 1966 (Darget, Pedernera, 2021).

Volviendo a la influencia estadounidense, ésta llega a España y viene acompañada de la idea de que el psiquiatra debe trabajar en equipo, “equipo psiquiátrico”, así como

afrontar la necesidad de trabajar con las familias de los pacientes mentales. De esta manera empieza a florar en el país, la relación entre el trabajo social y la atención psiquiátrica.

Como referencia a la evolución del Trabajo Social en Salud Mental se encuentra la caracterización creada por décadas que realiza Trullenque (2021). Explica que es partir de 1970 cuando comienza a incrementarse las investigaciones relacionadas al trabajo social en el ámbito de la salud mental. Es una década marcada por la precariedad de los recursos que presentaba la red asistencial a todos sus niveles; ayuntamientos, diputaciones y dependencias ministeriales.

En la década de los 80, se produce una reconceptualización del llamado “enfermo mental”, pasando a ser una persona sujeta de derechos y obligaciones que precisa de una intervención que aborde su estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad.⁵

En la década de los 90, hay un incremento de la población con enfermedades mentales que desborda el sistema sanitario, expresándose en mayores dificultades sociales para estas personas y su red familiar, aumentando los problemas de tensión y sobrecarga.

En la actualidad, el trabajo social adopta un enfoque de promoción de la salud mental ofreciendo una cartera de servicios, y entre otras funciones, ordena y activa puentes de comunicación entre las personas usuarias de la red que padecen enfermedades mentales y las instituciones.

5.3.2 Intervenciones y Funciones desde el Trabajo Social en Salud Mental

Las intervenciones sociales se construyen a finales del siglo XIX bajo un contexto de fragmentación de la sociedad, malestar y desigualdad. En lo referido específicamente a intervención social en el ámbito de la salud mental, se añaden nuevas categorías de análisis del contexto, comprendiendo que a esté hay que añadir el escenario de la persona donde transcurre su vida cotidiana, y por lo tanto impacta la enfermedad mental (Carballeda, 2012).

⁵ Esta nueva concepción es iniciada a raíz de la “Ley General de Sanidad del 14/1986, de 25 abril” vista en el capítulo “1.3: Política Nacional”.

De este modo, el enfoque de la salud mental, comprendiendo en ella la enfermedad, implica que en su tratamiento clínico se trabaje desde una sola mirada, lo que es igual a una intervención interdisciplinar; significa que concurren diferentes profesiones, con diferentes modelos y métodos teóricos y diversas formas de mirar una realidad sobre cómo ha de ser la atención a la persona o entender y abordar una problemática determinada (Trullenque, 2010).

La interdisciplinariedad en las intervenciones supone que el trabajo en equipo sea un instrumento por sí solo, que, en este caso, el trabajador social traslada la vertiente ambiental, cultural, económica, relacional, etc., incorporándoselo a la vertiente biológica y psicológica que ofrecen otros profesionales.

Estas intervenciones suponen una acción terapéutica más global para el sujeto, ya que las decisiones de su tratamiento son discutidas por el equipo según las intervenciones individuales que ha podido tener con cada profesional. Desde la intervención social, es de destacar, que, entre otras, va a incorporar la propia narrativa de la persona, su mirada de la enfermedad y la construcción social que han hecho las personas que le rodean.

También adjunta el análisis del impacto de cada escenario presente en la vida del sujeto, por escenario se entiende que son los espacios sociales donde desenvuelve su día a día, y por consiguiente donde deben resolverse los problemas sociales, si hay alguno presente. A la par, también coopera en la integración económica, social y política del sujeto en la comunidad (Carballeda, 2012).

La intervención social realmente supone trabajar con todos los elementos que afecten a la singularidad de la persona, tratar la peculiaridad de cada uno de ellos, y cómo se entrelazan a partir de sus diferentes interacciones. Por ello cada intervención social será única en sí misma, porque el trabajo social comprende que cada sujeto de intervención es diferente, porque ninguna circunstancia es igual o afecta de la misma forma a una persona.

Ituarte, (1992), cómo se citó en Trullenque, (2010), delimita que el trabajador social sanitario produce el cambio en las personas con sus intervenciones, desde tres fundamentos principales: “por medio de la relación interpersonal, por medio de cambios en la situación social y por medio de cambios en las relaciones con personas significativas en el espacio vital”. Es decir, el trabajador social promueve tanto el cambio en la situación social, como en la situación de la persona.

Principalmente en el trabajador social hay que diferenciar sus funciones y los roles profesionales que desempeña; dentro de la infinidad de aspectos que se pueden valorar en ambas, esta investigación se centra en señalar las más destacadas dentro del ámbito sanitario.

Distinguiendo las funciones desde lo expuesto por Ituarte (2009) y Trullenque (2010), en primer lugar, se encuentra la función de “atención directa”, que es la atención prestada a individuos, familias y grupos; el trabajador social promueve los propios recursos del paciente y la familia. Principalmente incluye análisis de la demanda y detección de situaciones de riesgo o necesidades del individuo y la familia, valoración sociofamiliar, diagnóstico social y planificación de la intervención.

La función “preventiva, de promoción e inserción social”, es la exploración de los factores sociales en el proceso de salud-enfermedad, a la vez que conocer la adecuación personal al medio social y familiar del individuo. Para la integración de la persona, el trabajador social moviliza los recursos específicos disponibles en el entorno social.

La función de “coordinación”, es la forma de optimizar los recursos existentes y en especial, desarrollar actuaciones a nivel intra e interinstitucional para la reinserción y reintegración del individuo al medio social.

Las funciones mencionadas son la base de una atención integral en la salud del denominado “enfermo mental”, otorgándole el valor en una asistencia de calidad (Ituarte, 2009). En cuanto a los roles que desempeña el trabajador social en este ámbito de actuación, no podría ceñirse a uno solo, sino, que va a desempeñar cuantos roles sean necesarios para satisfacer las necesidades sociales básicas del individuo y asegurar el desempeño de las relaciones comunitarias (Guimon, 2002, citado en Trullenque, 2010).

El rol terapéutico acompañará siempre a los otros roles que se desenvuelvan desde esta posición, porque la intervención individual del trabajador social puede promover acciones concretas para necesidades específicas, pero el trasfondo siempre será promover el bienestar del “enfermo mental” y fortalecer sus relaciones sociales, siendo el pilar fundamental la familia, que tiene la capacidad de potenciar la autonomía personal de cada uno de sus miembros (Gómez, 2017).

5.3.3 El Trabajo Social con personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera

Desde la cuestión social, las enfermedades mentales graves y duraderas, suponen intervenciones de mayor complejidad, en vista de su mayor exposición a la vulneración de sus derechos, la incertidumbre y el padecimiento subjetivo (Carballeda, 2012). Es decir, características que fomentan que en la intervención se creen nuevas perspectivas de análisis que den respuesta al proceso complejo y cambiante que supone padecer esta enfermedad.

El Trastorno Mental Grave va a suponer unas características psicopatológicas y sociales que están ligadas a los criterios de gravedad y persistencia en el tiempo, y simultáneamente, a la tendencia al deterioro y alteración de las relaciones personales. El trabajador social en su intervención debe dar cobertura a las consecuencias sociales que sufre la persona por las limitaciones funcionales que supone la enfermedad; puede traducirse en incapacidad personal, en dependencia, en la sobrecarga familiar persistente o bien, la ausencia de familia o red social. (Trullenque, 2010).

La OMS (2013) señala la cronicidad como un elemento que acompaña a la aparición de consecuencias psicosociales que afectan directamente a la calidad de vida y obstaculizan su integración en la red social, algunos motivos son por la dificultad añadida de desempeñar actividades básicas de la vida diaria, o porque en el entorno existan factores perpetuadores que cronifiquen la situación de desventaja.

Estas cuestiones agudizan la posibilidad de alteraciones imprevistas, tanto en el sujeto, como en el grupo social que lo rodea, por ello la intervención social, por un lado, potencia la recuperación del TMG basándose en conseguir un sistema de soporte comunitario que favorezca el desarrollo de habilidades y competencias que requiere la persona en un ambiente lo más normalizado posible. Y por otro, actuaciones que asesoren a las familias en el desarrollo de soportes sociales sólidos destinados a ofrecer el apoyo necesario para el funcionamiento psicosocial del “enfermo mental” (Trullenque, 2010).

El trabajador social, desde la institución o entidad en la que esté trabajando, articulará una serie de recursos residenciales, ocupacionales, socioafectivos o comportamentales, que ayuden a equiparar las oportunidades que puede tener cualquier ciudadano a pie de calle, que las de un ciudadano que presente una enfermedad mental grave.

5.4 Familia, Sociedad y Salud Mental

Las enfermedades mentales tienen una amplia influencia en la vida de las personas, pero no solo de las que lo padecen, sino que la concepción de la enfermedad influye en todos los ámbitos de la vida del paciente, siendo el ámbito familiar uno de los más destacados para el reconocimiento de las necesidades que se manifiestan.

La participación activa de las familias como soporte en esta problemática, comienza a partir de la desinstitucionalización de las personas con enfermedad mental que no ha sido fácil de lograr, debido a las dificultades que conlleva asumir el cuidado y el manejo de los síntomas de las personas afectadas.

La realidad a la que se enfrentan las personas que sufren algún tipo de enfermedad mental, es que las características propias de la misma y la ausencia de una red de apoyo sólida, dificulta todo el proceso de atención. De la misma forma, las carencias y la ausencia de recursos comunitarios suponen un problema social, que su globalidad implica también a las familias de los pacientes.

En muchos casos la atención en salud mental se centra en el individuo, pero no atiende a la familia como elemento relacional en la génesis y evolución de las personas con enfermedad mental, cuando para la mejora de ésta es decisivo la atención a las familias como elementos clave (Hernández, et al. 2020).

5.4.1 El papel de las familias

Desde que nacen los seres humanos necesitan para sobrevivir la ayuda de los adultos durante un período largo de tiempo. Este hecho ha llevado a las sociedades a que se organicen en torno a grupos de personas bajo el nombre de familia. Existen diferentes concepciones, que además continuamente se están redefiniendo, sobre la familia, pero una interesante en este marco es la ofrecida por la autora Martínez R. (2007) en familia y sociedad ante la salud mental (Fernández, 2009):

“la familia es un grupo humano de especial importancia para el desarrollo psicosocial de los niños Las relaciones y los vínculos que se establecen durante la infancia u la adolescencia dentro del grupo familiar van a influir en gran medida en el desarrollo y calidad de los lazos afectivos que se generen y mantengan a lo largo de la vida (...) En la familia confluyen individuos con características propias que van evolucionando tanto en su dimensión de seres independientes, como en su faceta de miembros de la misma.” (pág.16)

La familia supone un gran pilar en el desarrollo de la enfermedad mental, pero es fácil comprender que, sin la adopción de otras medidas de apoyo económico y social, la familia y las personas inmersas en esta problemática, se encuentran desprotegidas.

Las variables que más destacan por su influencia en la desprotección de las familias frente a la salud mental son: según la desigualitaria asignación de recursos en función de si la comunidad es urbana o rural, diferenciación de rentas en función del lugar de residencia o los desajustes económicos imprevisibles, entre otros (Fernández, 2009).

En un sistema familiar, cuando alguno de los miembros descubre que uno de ellos está desarrollando una enfermedad mental grave, sea de larga de evolución o de inicio más reciente, suelen quedar “choqueados”; ante los síntomas que observan, muestran perplejidad y miedo. (Johnson, 1994).

La enfermedad mental supone un incremento de la presión para la familia, dando lugar a conflictos y ambivalencias, debido a que supone una importante desorganización familiar. Frente a la cual es difícil que se encuentren preparados, por ello en un primer momento, el escenario es de preocupación por el futuro y de no saber que hacer en el presente. Esta experiencia es prácticamente similar para todas las familias que viven esta situación.

Históricamente la familia no estaba presente en el tratamiento de la persona con enfermedad mental, incluso en ocasiones se le trataba como la causa, lo que implicaba que cuando la persona era dada de alta, regresase al domicilio o entorno habitual, sin previo contacto familiar, al igual que ellos no habían recibido información u orientación sobre siguientes pasos a seguir.

Esto implica que las familias presenten un gran desconocimiento sobre medicamentos, comportamientos extraños o cómo comportarse para favorecer la normalización de la enfermedad y poder salir adelante de la mejor manera posible. Al igual que una dificultad para enfrentarse a sus propias creencias sobre la enfermedad, la evolución y el desenlace, así como la eficacia del tratamiento (Montero, et al. 2006).

No hay que dejar de tener presente que las familias, de forma general en todo el mundo, son el principal cuidador de las personas con enfermedad mental, y más cuando está es grave y duradera, ya que agrava las necesidades a cubrir. La investigación ha

demostrado que la sobrecarga de las familias disminuye, a medida que también hay una reducción de los síntomas del paciente (Johnson, 1994).

Prestar cuidados a personas con enfermedad mental grave y duradera, también supone un impacto en la salud del cuidador, en sus relaciones sociales y en la economía familiar; así como se suman otros problemas específicos como la culpa, el duelo, la estigmatización o aislamiento (Montero, et al. 2006).

Por lo tanto, en la “sobrecarga” que presentan los familiares al hacerse cargo de los cuidados, se van a contemplar siempre dos aspectos principales; la “carga objetiva” que supone todo acontecimiento disruptivo que ocurre en la vida familiar en relación con la enfermedad del paciente (es observable y verificable), y la “carga subjetiva” que es la respuesta a la experiencia vivida de esta sobrecarga (son sentimientos).

5.4.2 La respuesta de la sociedad ante la Salud Mental

A lo largo de los capítulos, se corrobora que las personas que padecen una enfermedad mental grave y duradera sufren un alto grado de estigmatización, lo que deriva en la posterior situación de marginación que se manifiesta tanto en la respuesta que da la sociedad ante los enfermos mentales, así como, la respuesta de los pacientes ante la sociedad.

Frente al reconocimiento y divulgación, a través de los medios, que tratan de hacer las comunidades científicas sobre las diferentes patologías mentales, la sociedad presenta un gran desconocimiento de lo que conlleva una enfermedad mental grave y duradera, incluso continuando con la consideración de que las personas que lo padecen son “raras o extrañas”. Este desconocimiento puede alcanzar incluso a los profesionales encargados en diagnosticar y tratar dichas enfermedades (Fernández, 2009).

Una de las razones del desconocimiento profesional, que implica un inadecuado diagnóstico, es que para los profesionales de la salud mental es difícil realizar un adecuado diagnóstico de las enfermedades mentales de las cuales se desconoce su completo alcance. A la par que cuando estas mismas presentan las mismas manifestaciones clínicas que enfermedades más estudiadas, pero realmente es una patología diferente (Fernández, 2009).

Estas dificultades afectan al conjunto de la población, las cuales desconocen las causas, los efectos, así como las circunstancias de las personas que padecen una

enfermedad mental; este desconocimiento sesga la información que recibe la sociedad, produciendo una situación de rechazo y exclusión que tiene un efecto de estigmatización y lo que es peor, su posterior marginación.

Ante esta estigmatización y marginación social que sufren las personas con enfermedades mentales graves y duraderas, así como las constantes y continuas muestras de rechazo, sustentan una sensación de rechazo que incentiva a que por sí mismas se mantengan en la situación de marginación, lo cual les encamina hacia el abandono de los aspectos psicológicos, sociales, laborales y culturales (Fernández, 2009).

Esto supone que para mejorar la situación de las personas que sufren enfermedades mentales, las soluciones no están solo en sus decisiones, sino que la sociedad influye en el camino que tienen que recorrer, siendo el motor que produce la información que mantiene a estas personas en una situación de vulnerabilidad, por lo tanto, la sociedad en sí misma, supone el cambio.

5.4.3 Modelo de Vulnerabilidad-Estrés en el Ámbito Familiar

El Modelo Biopsicosocial reconoce la importancia de los factores sociales y ambientales en el binomio salud-enfermedad. La convergencia de las circunstancias producidas por la simultaneidad de esos factores, facilitan el desarrollo de episodios de crisis y por tanto dictaminan la evolución de la enfermedad (Martín,2013).

La influencia de los factores sociales y ambientales, se detectan en la exploración clínica general del paciente, la cual da de resultado una valoración, que explica la intensidad de estos, y su impacto en la vida del paciente, al igual que establece su duración y la predicción de las posibilidades de modificación.

En la mayoría de las ocasiones para conocer estos datos, los profesionales se apoyan en la figura clave, que suele ser un familiar cercano, para corroborar las respuestas del paciente, o las discrepancias que puedan surgir en la detección de las necesidades (Sociedad Española de Psiquiatría, 1998).

El estrés se conoce como un proceso emocional de tipo adaptativo, que en algunos momentos es necesario, ya que ayuda a poner en marcha algunos mecanismos para salir adelante, pero cuando el estrés se alarga en el tiempo supone un factor de riesgo social, que coloca al individuo en una vulnerabilidad básica que sobrepasa la aparición de síntomas psicóticos.

El modelo de vulnerabilidad-estrés postulado por Zubin y Spring (1977), explica que la vulnerabilidad de un individuo puede definirse “como la predisposición a desarrollar un episodio esquizofrénico cuando las circunstancias vitales (externas y/o internas) producen un grado de estrés tal, que supera el umbral de tolerancia al estrés de dicho individuo.”

Según sea el estilo de comunicación prevalente dentro de una familia, puede implicar que se genere o no, un desorden crónico en la persona; a partir del siglo XX, para poder explicar los altos niveles de criticismo, hostilidad o sobre implicación dentro de una familia hacia el paciente, se utiliza el concepto de emoción expresada, que es un predictor ambiental de recaída en las enfermedades mentales.

Vaughn (1981) destaca cuatro características implicadas en el concepto de emoción expresada: intromisión, enfado tensión o ansiedad, la culpabilización del paciente, y por último, la intolerancia a los síntomas, el desengaño o resentimiento porque el paciente no responde a las expectativas y la presión porque modifique su comportamiento.

La comunidad científica advierte que hay que interaccionar en mayor medida con el medio social, porque este es imprescindible tras un alta hospitalaria, al igual que trabajar con las familias, ya que las que puntúan en alta emoción expresada tienen mayor probabilidad a sufrir una recaída, como puede ser un nuevo ingreso hospitalario o el incremento en la psicopatología.

5.5 Atención a las enfermedades mentales graves y duraderas

Una vez el paciente asume su diagnóstico, es necesario y conveniente superar el duelo que produce padecer una enfermedad mental, pero para ello es necesario que se proporcione una ayuda necesaria para reconocer y aceptar los sentimientos que se producen. En este punto, en el reconocimiento de las necesidades, el papel de las familias presenta gran importancia como figura necesaria dentro de la red de apoyos para la persona.

La familia presenta un doble papel, por un lado, como principal apoyo de la persona que padece la enfermedad mental grave y duradera, y, por otro lado, como familiares que tienen sus propias necesidades (Ruiz, 2009).

Valorando está doble vertiente, se entiende la importancia que supone generar recursos que respondan tanto a las necesidades del paciente como de la familia, que faciliten una buena calidad de vida para todos.

Sin el reconocimiento de la importancia del apoyo familiar en las intervenciones con el paciente, es imposible una inclusión real, en la que se potencien sus capacidades y posibilidades, para que la persona se sienta uno más, como miembro de la familia y como parte de la sociedad (Ruiz, 2009).

5.5.1 Intervenciones familiares desde el ámbito profesional

Tras las dos últimas décadas se han efectuado los procesos de desinstitucionalización que dan lugar a una nueva era en las relaciones terapéuticas entre familias y profesionales de la salud mental.

Los movimientos de defensa de los familiares y el creciente conocimiento del estrés experimentado por las familias han sido determinantes para considerarse piedras angulares en el proceso terapéutico de las enfermedades mentales (Vallina y Lemos, 2000).

Hay una notable diversidad de intervenciones familiares a la par que distintos enfoques terapéuticos de los que parten, pero Lam (citado en Vallina y Lemos, 2000) aprecia y distingue los siguientes rasgos comunes;

Aproximación positiva con las familias, para evitar su culpabilización, enfatizar sus intenciones positivas y asumir su deseo de ayudar. Respetando siempre sus necesidades, aún cuando sus conductas de afrontamiento no sean las adecuadas.

Proporcionar estructura y estabilidad, estableciendo un ambiente terapéutico con los miembros de la familia, que le proporcione una sensación de seguridad que disminuya la sensación de descontrol e impredecibilidad.

Centrarse en el “aquí y ahora”, se trabajan los problemas y el estrés presentes, identificados sus formas de afrontamiento, así como analizando los puntos débiles y fuertes del estilo individual de cada miembro.

Reestructuración cognitiva, se intenta proporcionar a las familias un modelo que dote de sentido las conductas y sentimientos del paciente, así como las suyas propias. Se presta especial atención en exculpar al paciente de su sintomatología y su intencionalidad.

Y, por último, mejorar la comunicación, proporcionando a la familia herramientas y habilidades útiles para solicitar cambios a su familiar de un modo simple, claro y específico.

A continuación, se explican las intervenciones más destacadas por su capacidad de lograr una mayor eficacia en el tratamiento de la enfermedad mental grave y duradera. Estas intervenciones son dirigidas por profesionales del ámbito sanitario y social, siendo muchos centros de tratamiento de Servicios Sociales, y coinciden en que la forma de actuar más beneficiosa para la familia es abordar la psicosis ofreciendo información lo más detallada y explícita posible.

La intervención familiar profesional más antigua, es la terapia familiar, iniciando su aparición durante los años 50 y 60, en sus inicios este abordaje responsabilizaba a los familiares del problema sufrido por el paciente, pero a partir de los 90, se adopta otra posición más prudente, con la única idea de que la presencia de determinadas actitudes en el ambiente familiar influye sobre el curso de la enfermedad mental (Ferrera, 1990).

El elemento clave de esta intervención familiar es que entienden la familia como sistema y la objeción principal es que esta intervención no provee información educacional.

Otro ejemplar de intervenciones familiares son las enfocadas en reducir la Emoción Expresada, que ponen su foco en los pacientes que sufren constantes recaídas y hospitalizaciones; las más destacadas son las sesiones psicoeducativas, grupos familiares o sesiones de terapia familiar individualizadas.

Las sesiones psicoeducativas pretenden otorgar información sobre la enfermedad mental y el cómo las familias pueden sobrellevarla de la mejor manera posible. Se diferencia con la terapia familiar, en que el paciente se incluye como participante de las sesiones. (Johnson, 1994).

Los grupos multifamiliares están compuestos por familias con baja y alta carga de emoción expresada; la idea es que los familiares con baja carga de emoción expresada enseñen habilidades de afrontamiento a los familiares con alta carga de emoción expresada. Además de esta función principal, se incluyen otras como proporcionar apoyo emocional a sus miembros, expresar todo tipo de sentimientos en un clima seguro,

tranquilizar a los familiares o eludir los sentimientos de estigma y aislamiento (Ferrera, 1990).

Las sesiones de terapia familiar individual son sesiones enfocadas a atender los problemas de las familias cuyo abordaje no sea adecuado hacerlo dentro del grupo. Se intenta reducir la emoción expresada utilizando técnicas de intervención conductual.

6. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Previamente a mostrar los resultados obtenidos de las entrevistas con los profesionales del trabajo social, se exponen en la siguiente tabla el ámbito donde desarrollan su actividad profesional.

Tabla 2:

Muestra de la investigación

ENTREVISTA	TITULACIÓN	UNIDAD DE TRABAJO
Entrevista 1	Graduada en Trabajo Social.	Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación.
Entrevista 2	Graduada en Trabajo Social.	Unidad de Cuidados Prolongados.
Entrevista 3	Diplomada en Trabajo Social.	Unidad Hospitalaria de Tratamiento Y Rehabilitación.
Entrevista 4	Diplomada en Trabajo Social	Unidad de Hospitalización de Corta Estancia (Unidad de Agudos).
Entrevista 5	Diplomada en Trabajo Social	Tratamiento Ambulatorio: Centro de Salud Mental.

Nota. Elaboración propia.

Este es el breve perfil de los trabajadores sociales entrevistados y sus diferentes puestos de trabajo.

6.1 Resultados Descriptivos

Los profesionales del trabajo social entrevistados responden a seis preguntas relacionadas al desempeño de su actividad profesional y sus respuestas pueden ser divididas en tres bloques;

El primero son sus visiones personales del trabajo social en el ámbito de la salud mental, el segundo es la importancia de la familia en estos procesos y las intervenciones familiares que recomiendan desde su propia experiencia profesional, y el último corresponde a las intervenciones sociales individuales y familiares que realizan desde su lugar de trabajo.

En este apartado concretamente se desarrollan, el primer y el segundo bloque. Iniciando en el análisis del primer bloque, se indaga en sus visiones del trabajo social, el cómo observan que se desarrolla esta disciplina dentro del ámbito sociosanitario, más concretamente como se desenvuelve en el ámbito de salud mental.

En todas las respuestas se recoge la visión integradora basada en el contexto del paciente como un aporte imprescindible de la profesión, esta visión es aportada a un equipo multidisciplinar que tiende a visiones biológicas o farmacológicas, las cuales se recogen, entienden, pero posteriormente se traducen a una visión social, que potencia las necesidades que tiene un paciente.

El trabajo social como disciplina al ámbito de salud mental, incorpora la evaluación de todos los aspectos sociales y relacionales que tiene una persona, y que pueden ser mejorables para su rehabilitación o recuperación.

Por tanto, dentro de la infinidad de matices que hay en las respuestas de los profesionales sobre el aporte del trabajo social al ámbito de salud mental, se resaltan los enfoques de apoyo, orientación, acompañamiento y evaluación en las áreas de intervención que acordamos junto a la persona.

Es imprescindible recalcar que el trabajo social incorpora la visión de la persona que tiene delante, el cómo plantea una intervención ecléctica a la par que psicoeducativa, en la que se van marcando los tiempos contando con la autonomía de decisión del paciente siempre que se pueda, independientemente de la problemática que padezca de salud mental, ya que puede actuar en procesos que requieren de una hospitalización breve, hasta procesos que requieren de unos cuidados prolongados.

Respecto al segundo bloque se indaga conocer de nuevo la visión profesional, pero del papel de la familia en los procesos de salud mental, pero también su opinión profesional de que intervenciones familiares consideran más efectivas, entendiendo que

la efectividad es la mejora de calidad de vida del paciente con enfermedad mental grave y duradera.

Las respuestas coinciden en que la familia sigue siendo la principal cuidadora en los procesos de enfermedad y más en los de enfermedad mental. Por lo que sigue teniendo una gran sobrecarga en la atención a la enfermedad.

La profesión del trabajo social es lo suficientemente versátil para que todas las características vistas anteriormente con el paciente sean aplicadas de la misma manera con su red de apoyo, que suele ser la familia.

De manera general destacan la importancia en el apoyo a los familiares, escucharlos y orientarlos sobre la evolución de la enfermedad, pero sobretodo resaltan trabajar con los familiares en su autocuidado, ya que además de la enfermedad cargan con el estigma social que supone tener un familiar inmerso en una problemática de salud mental.

Esto genera que el trabajo social con la familia puede ofrecer muchas posibilidades de intervención, porque recoge las diferentes narrativas sobre las dificultades que se están dando en el domicilio y como lo están interrelacionando con sus propias vidas. También se potencia su propia figura ya que habitualmente la familia suele pensar que tiene menos capacidades de las que realmente comprende, a la par que piensan que necesitan mayor protección y cuidado frente a la persona a cuidar, del que realmente requieren.

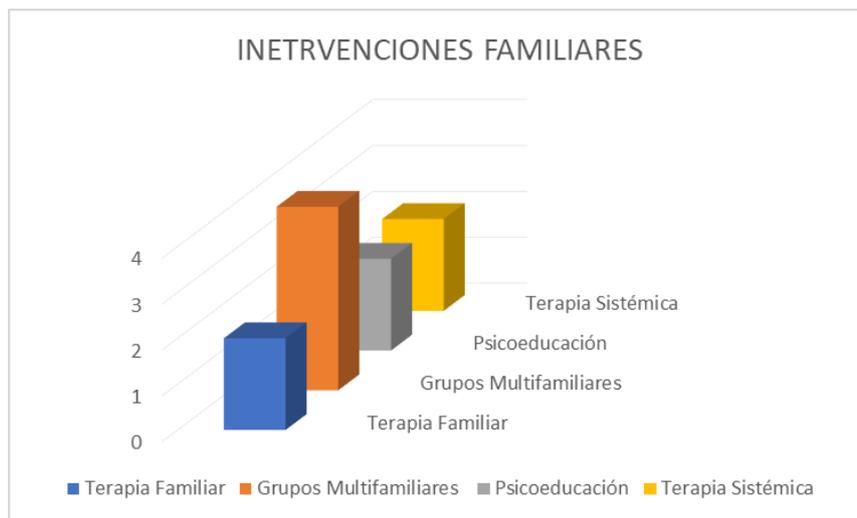
Entre los testimonios de los profesionales, de manera más concreta hay que recalcar que desde el dispositivo que tienen al paciente un largo período de tiempo (CSM) recalca que a no ser que exista una situación de descompensación, el papel de las familias entra siempre con acuerdo y presencia del paciente, intentando potenciar siempre las relaciones desde una visión y organización sistémica.

Y cuando son hospitalizaciones más cortas en el tiempo el papel de la familia es fundamental desde que se da el ingreso en la unidad terapéutica, incluso no tiene por qué estar presente el usuario. Es un escenario muy difícil de intervenir ya que las familias acuden muy desgastadas, impregnadas por el desconocimiento y la necesidad de construcción nuevamente de los vínculos sociales.

En cuanto a la segunda parte de este segundo bloque, se presenta la siguiente tabla respecto a la opinión profesional de los trabajadores sociales entrevistados respecto a que intervenciones familiares consideran que tienen mayor efectividad.

Figura 2:

Intervenciones familiares recomendadas



Nota. Elaboración propia.

Todos los profesionales enfatizan que cualquier intervención familiar mejora la calidad de vida de una persona diagnosticada con enfermedad mental grave y duradera, y potencian su futura estabilidad, mejorando en sí, su calidad de vida.

De todas ellas, mencionan cuatro formas de intervención familiar, cómo intervenciones efectivas que potencian la relación entre paciente y familia. La más recomendada son los grupos multifamiliares, mencionan que, aunque sean grupos que requieren de una mayor disponibilidad laboral por su tiempo de preparación, son grupos muy enriquecedores que reconfortan a todo el sistema familiar.

Una virtud también mencionada sobre los grupos multifamiliares es que hay mayor acceso fuera de las entidades, ya que hay asociaciones por sus zonas que también son una posibilidad para acceder como grupo de apoyo.

La siguiente más mencionada es la terapia o intervención familiar sistémica, un tipo de intervención en la que se trabaja de manera individual con la familia, en la que se indaga o profundiza más sobre las áreas de intervención. Se diferencia de la terapia familiar, en que está incorpora al paciente en la intervención.

Y también se valora la intervención familiar basada en la psicoeducación, distinguiéndose en que es una intervención más breve en el tiempo, lo que implica que pueda ser más abarcable dentro de las entidades, para tener un mínimo contacto con la familia, y que estos comprendan los aspectos esenciales que son: el que está pasando y el porqué.

6.2 Resultados Comparativos

A continuación, se detallan los resultados concernientes al tercer bloque, el cual detalla las intervenciones individuales, así como las intervenciones familiares que practican los diferentes profesionales desde las diferentes unidades que trabajan con pacientes diagnosticados con enfermedad mental grave y duradera.

Tabla 3:

Papel del Trabajador Social con la enfermedad mental grave y duradera

RECURSO	INTERVENCIONES
Centro de Salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas individuales periódicas. • Acompañamientos a otros recursos sociosanitarios. • Visitas a domicilio. • Gestiones de tramitación de discapacidad y dependencia. • Planificación con los recursos de la red. • Evaluación de los pacientes tras el alta en un ingreso hospitalario. • Coordinación con entidades externas. • Reuniones de programa con los profesionales del centro.

-
- Reuniones de distrito con los recursos de la red de salud mental.
-

**Unidad de Hospitalización Breve;
Unidad de Agudos**

- Entrevistas individuales.
 - Reuniones diarias con otros miembros del equipo.
 - Visitas a domicilio.
 - Reuniones periódicas con los centros de salud mental.
 - Reuniones periódicas con los centros de servicios sociales.
-

**Unidad de Tratamiento y
Rehabilitación
(Media Estancia)**

- Entrevistas individuales, centradas en la persona y sus necesidades (depende del tiempo en la estancia).
 - Entrevistas grupales
 - Coordinación con el equipo multidisciplinar.
 - Valoraciones con las áreas de salud de la Comunidad de Madrid
 - Asistencia a grupos comunitarios con los pacientes: psicoterapia, en ella se trabajan los conflictos que surgen en la unidad y se trabajan posibles cambios.
 - Gestión de recursos: Renta mínima de inserción.
-

- Entrevistas individuales.
-

**Unidad de Cuidados Prolongados
(Larga Estancia)**

- Atención a todas las situaciones de crisis y situaciones de emergencia.
- Buscar alternativas residenciales.
- Tramitación de ordenes temporales para cubrir las necesidades básicas del paciente.
- Asistencia y participación a las reuniones de equipo.
- Acompañamientos fuera del centro.

Nota. Elaboración Propia.

Dentro de las intervenciones expuestas, también hay que destacar que los profesionales mencionan que las intervenciones varían dependiendo del caso, ya que la ratio de pacientes es muy grande y un trabajador social no lleva una única unidad, sino que dentro del propio recurso hay subunidades, lo cual imposibilita poder realizar el mismo tratamiento a todos los casos.

Tabla 4:

Papel del Trabajador Social con la familia

RECURSO	INTERVENCIONES
Centro de Salud mental	<ul style="list-style-type: none">• Entrevistas con la familia, junto al paciente para evaluar dinámicas familiares.• Contacto telefónico para dar información y resolver posibles dudas.

-
- Información y asesoramiento de los recursos, tras derivación del equipo.

**Unidad de Hospitalización Breve;
Unidad de Agudos**

**Unidad de Tratamiento y
Rehabilitación
(Media Estancia)**

- Información telefónica previamente al ingreso.
 - Reunión del equipo con la familia.
 - Contacto telefónico.
-

**Unidad de Cuidados Prolongados
(Larga Estancia)**

- Entrevista con la familia.
 - Acompañamientos.
-

Nota. Elaboración propia.

En las intervenciones familiares hay que contextualizar, que no tiene porque ser la familia de primer grado, o bien que puede que el paciente no tenga familia o ninguna red de apoyo próxima, por lo que las intervenciones familiares aguardan consigo multitud de casuísticas.

Mostrado las respuestas de cada recurso, el Centro de Salud Mental, es la que mayor contacto tiene con la familia, ya que evalúa tanto las dinámicas familiares como los puntos de acuerdo y desacuerdo que surgen al trabajar con la familia y el paciente. Incluso es viable proponerse objetivo a trabajar con la familia, y no únicamente con el paciente.

Todo lo contrario, muestran los recursos hospitalarios, ya que disminuye la forma y frecuencia del contacto familiar. La unidad de agudos apuesta por una psiquiatría comunitaria, pero las intervenciones familiares quedan relegadas al psiquiatra, únicamente entra el trabajador social en asesoramiento e información de otros recursos, cuando hay una derivación.

En la media estancia, hay que diferenciar frente a otras unidades, que los trabajadores sociales no llevan una única unidad, sino que hay varias dentro de la estancia, esto implica que las profesionales expliquen que el contacto con la familia de cada uno de los pacientes que llevan sea totalmente improbable, y queda enfocado en los casos de mayor necesidad. Incluso uno de los testimonios afirma que las intervenciones individuales con la familia son llevadas por otra figura profesional.

La unidad de cuidados prolongados si tiene mayor contacto individual con la familia, teniendo varias entrevistas presenciales, así como un contacto telefónico más recurrente.

Dentro de este bloque de preguntas, y de las respuestas ofrecidas por los profesionales, se indaga en conocer, si tras el alta en las unidades hospitalarias continuaba la intervención con la familia, la respuesta ha sido unánime y es no, la intervención con la familia acaba en el mismo momento que la persona finaliza su estancia.

7. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Tras los resultados anteriormente expuestos, nos encontramos ante seis profesionales del trabajo social que desempeñan su actividad en el ámbito sanitario, más concretamente en los recursos de salud mental ubicados en la Comunidad de Madrid.

Se les realizan seis preguntas sobre su ejercicio profesional, así como su visión personal sobre éste, y cada respuesta se categoriza en función de los objetivos de esta investigación académica, dando de resultado tres categorías de respuesta, que a continuación van a ser analizadas.

En primer lugar, respecto a sus visiones del trabajo social, todos los profesionales le dan un mismo sentido a la profesión como disciplina, valorando su visión integradora y su capacidad comprensora de todas las variables sociales que se desarrollan en la persona diagnosticada que tienen delante, así como en su propio medio social.

Esta mirada aporta todos los aspectos fundamentales de la vida de la persona que se pueden escapar frente a otras profesiones que forman parte del Equipo Multidisciplinar, es decir, el trabajo social crea una nueva perspectiva de intervención, y está aporta aspectos mejorables para la rehabilitación o recuperación de la persona diagnosticada con Enfermedad Mental Grave y Duradera.

La intervención social en el ámbito de la salud mental tiene la magnitud de ajustarse a los aspectos más puramente médicos o con características farmacológicas a los que hace frente una persona, y a la par, valorar como confluye con todos los aspectos sociales que son parte de la persona, así como de su red de apoyo.

Por tanto, el trabajo social en los recursos de salud mental no es solo información y gestión, las cuales son funciones añadidas que se dan junto a cualquier intervención de calidad, sino que también es atención, apoyo, orientación, acompañamiento y evaluación, así como la capacidad de adquirir cualquier otra función que promueva el cambio e incida en el bienestar de la persona y en su diagnóstico.

Esta amplitud de funciones y características, los profesionales lo reflejan en sus diferentes intervenciones individuales con el paciente, pero también en las intervenciones con la red de apoyo de la persona con la que está trabajando, que suele ser la familia.

Atendiendo a las intervenciones individuales entre trabajador social y paciente diagnosticado con enfermedad mental grave y duradera, desde el recurso ambulatorio, es

decir desde el centro de salud mental, se promueve una atención directa, y en función de está realizar un plan de intervención que incluya el conocer, derivar, gestionar o evaluar según lo recogido en las diferentes y sucesivas entrevistas.

En cambio, desde los recursos hospitalarios, se intenta también realizar una intervención individualizada, pero no se puede afirmar con rotundidad frente a la atención que hace el CSM, ya que dependiendo del recurso y de su propia cartera de servicios, pacientes, incluso temporada del año, puede variar la forma de atención recibida del trabajador social.

Por tanto, desde todos los recursos sociosanitarios de la Comunidad de Madrid en el ámbito de salud mental, el trabajador social va a tener un papel de atención directa con el paciente, y de atención y cobertura a sus necesidades, pero desde los recursos hospitalarios, aún siendo estos los que más posibilidad tienen de acceder al paciente, por volumen de trabajo, su intervención va a basarse más en intervenciones grupales, donde pueda evaluar necesidades comunes.

Este volumen de trabajo con el cuentan los recursos hospitalarios, también se ve reflejado en las intervenciones familiares, donde en función de la carga laboral se va a poder tener o no, más presente la figura familiar. La primera idea que se destaca es que las familias son las principales cuidadoras cuando hay cualquier proceso de enfermedad mental, lo cual implica que haya que prestarles la misma atención que a la persona diagnosticada, ya que su sola presencia implica un mejor escenario diagnóstico en el que hacer cualquier tipo de intervención.

El centro de salud mental es el recurso que más atiende a personas diagnosticadas con enfermedad mental, y por ello también priorizan la intervención con la familia, pero esta intervención siempre es en consonancia a los deseos y necesidades del propio usuario.

Se trabaja en la mejora de la situación familiar actual, y estas intervenciones pueden ser más básicas como un contacto continuo de información o asesoramiento, o más especializado, trabajando sobre las dinámicas familiares. Sea cual sea la intervención con la familia desde el CSM, potencia el vínculo familiar y la relación trabajador social con paciente/familia.

En cambio, en los recursos hospitalarios el papel de la familia está planteado desde otro foco, ya que implican un período de hospitalización de la persona diagnosticada con enfermedad mental grave y duradera, y suele traer consigo que las familias ya hayan pasado por varios escenarios de actuación, por ello a la hora de intervenir con ellas, se tiene en cuenta las variables de desgaste o desinformación que puedan presentar.

En sí las intervenciones familiares desde los recursos hospitalarios escasean, ya que, si es difícil poder hacer una intervención individualizada de calidad, mayor es intentar abarcar a más miembros, aunque sean el soporte vital del paciente.

Desde el recurso de hospitalización breve se quedan únicamente en la información sobre posibles opciones de futuro, o derivaciones sobre éstas. En los recursos hospitalario de media estancia, ya hay un mayor contacto, que, aunque no sea presencial, si es telefónico, al igual que, aunque sea más difícil una intervención únicamente desde el trabajo social, si se trabaja con todo el equipo en sí mismo.

Y el recurso hospitalario de cuidados prolongados, sin duda es el que más abarca la figura familiar, ya que el trabajador social tiene su propio espacio con la familia, teniendo mayor margen de poder conocerlos y abarcar cuestiones más allá de lo que implica la propia estancia.

Como se observa el papel del trabajador social es muy dispar en una intervención individual, frente a una familiar, y por cuestiones de ratio y carga laboral, es esta última la que presenta mayor dificultad de abordar desde cualquier recurso, pero esto no implica que los profesionales no valoren la propia intervención familiar desde el trabajo social.

Sino por el contrario, todos los profesionales han afirmado que consideran que cualquier intervención social y familiar mejora la calidad de vida del paciente con el que trabajan, dentro de ellas la más destacada son los grupos multifamiliares, siendo la intervención que consideran como base.

Le siguen otras intervenciones como la terapia sistémica o terapia familiar, siendo terapias que implican una voluntariedad por parte de todos los miembros que quieran participar. Y la intervención menos mencionada es la psicoeducativa, entiendo que está es una intervención básica, pero que puede dar nociones claves de apoyo y juntamente cimienten la relación trabajador social con la familia, para trabajar más adelante otro tipo de intervenciones.

8. PROPUESTA DE MEJORA

En este último capítulo se presenta una propuesta hacia los diferentes recursos vistos anteriormente, que les supondría una mejora en su intervención familiar, tras analizar sus diferentes intervenciones, capacidades internas, así como las características a las que ciñe su marco de actuación.

Por lo analizado en las anteriores líneas, el trabajador social (desde cualquier recurso) cuenta con una ratio de pacientes, lo suficientemente elevado, como para ver limitaciones en sus diferentes actuaciones. Limitaciones no tanto causadas por el desarrollo de su intervención, sino por el marco de actuación al que se debe ceñir, y no puede sobrepasar.

Esta propuesta de mejora se va a centrar exclusivamente en la mejora de la intervención, es decir en como potenciar la figura familiar desde cualquier recurso de salud mental, con el fin ultimo de mejorar la calidad de la persona diagnosticada con enfermedad mental grave y duradera.

La propuesta consiste en establecer un circuito de atención básico hacia todas las familias desde cualquier recurso hospitalario, fomentando desde el trabajo social, la implantación de la intervención familiar;

Tabla 5:

Circuito básico de atención familiar

TIEMPO	ACTUACIONES
Antes del Ingreso	<u>Lectura y análisis de factores de riesgo y protección</u> familiar provenientes de los informes o historias sociales elaborados por el trabajador social del centro de salud mental.
En el momento del ingreso del paciente	<u>Información y asesoramiento</u> a las familias sobre el recurso y sobre las diferentes intervenciones que se van a practicar con el paciente, así como con ellos. Esta intervención puede ser telefónica.

	<u>Evaluación social</u> de la sobrecarga que presenta la familia.
Durante su estancia en el recurso	<u>Entrevista social</u> con la familia, en función de esta se elaborará un <u>plan de intervención</u> a seguir con ellos. Esta intervención debe ser presencial. Por otro lado, <u>apoyo y acompañamiento</u> en las visitas al centro.
Preparación de salida del paciente	<u>Preparación de la salida</u> con el paciente y la familia. <u>Coordinación telefónica o reunión</u> con el trabajador social del centro de salud mental de referencia, donde vaya a volver el paciente, así como la familia. (Iniciando el trabajador social del centro de salud mental el circuito de atención).

Nota. Elaboración propia.

Este circuito de atención es una estrategia en la mejora de la continuidad asistencial, así como de coordinar a todos los recursos de salud mental. De esta manera se promueve que todas las familias tengan siempre una intervención lineal desde el trabajo social. Desarrollando brevemente cada una;

Antes del ingreso hospitalario, hay una derivación de expediente, la primera intervención consistiría en realizar un estudio de este para conocer que se ha trabajado con la familia y saber en qué punto están, y porque escenarios han pasado. De esta manera afinamos los puntos clave sobre los que trabajar en la siguiente intervención.

En el momento del ingreso del paciente, es imprescindible tener un primer contacto con la familia, hacerles parte de lo que está pasando, conocer como lo están sobrellevando y si les está afectando en sus vidas. Para ello se pasará la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (80). Es decir, recoger una primera información básica, y darles un feedback de lo que es en sí todo el proceso hospitalario.

Esta escala es una herramienta compuesta por veintidós ítems que evalúan el carácter multifactorial de la sobrecarga de los cuidadores de los pacientes con una

patología mental, destacando por identificar las principales dificultades que surgen en la relación social con el cuidador, que sobrecarga con las necesidades y deterioro del paciente.

Esta intervención puede ser telefónica, gestionando así mejor los tiempos el propio trabajador social.

Durante la estancia del paciente en el recurso, hay que promover como mínimo conocer una vez a la familia de manera presencial, realizarles una entrevista social, para posteriormente elaborar un plan de intervención con ellos.

Este plan de intervención siempre será en función de la gestión del tiempo del trabajador social, conteniendo en él un mínimo, que puede ser la derivación a otros recursos que puedan prestar apoyo a la familia, con motivo a no puede llegar por la sobrecarga laboral. Dejando en manos de la familia la decisión de si quieren recibir apoyo social fuera de la institución hospitalaria.

Y el último momento sería cuando se prevé el alta hospitalaria, lo ideal sería preparar una intervención conjunta entre paciente y familia, elaborando unos objetivos o simplemente abordando las dificultades o cuestiones que surgieran antes del ingreso hospitalario. También sería muy importante que fuera presencial, ya que hay que tener en cuenta elementos de la comunicación no verbal, que son imprescindibles en las técnicas que utiliza el trabajo social.

La última intervención recomendada en esta estrategia, se basa en establecer cauces de comunicación entre trabajadores sociales, más concretamente entre el trabajador social del recurso hospitalario con el del centro de salud mental.

De esta manera el trabajador social del centro de salud mental puede continuar con el plan de intervención con el que se trabajó desde el recurso hospitalario con la familia, y poder continuar con siguientes pasos, o incluso saber que no hace falta que presta un apoyo integral a la familia, porque está ya lo está recibiendo.

La conclusión final es que, creando este circuito de atención social, se genera una mejora continua en la calidad de atención a la familia, así como una individualización de lo que abarca el papel del trabajador social, pero sobretodo implica un proceso en la atención a los procesos de enfermedad desde cualquier recurso, ya que toda intervención

familiar, aumenta la mejora de calidad de vida de la persona diagnosticada con enfermedad mental grave y duradera.

9. BIBLIOGRAFÍA

9.1 Referencias Bibliográficas

- Bertolote, J. M. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry*, 6(2), 113-6.
- Carabias, M. H., Ortega, J. T., Lázaro, A. G., Capilla, Á. L., Florensa, R. M. G., & Varo, V. D. L. C. (2020). Ansiedad en cuidadores informales en unidad de hospitalización domiciliaria de salud mental. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, (12).
- Carballeda, A. J. M. (2012). La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. *Margen*, 65, 1-13.
- Carrió, F. B. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina clínica*, 119(5), 175-179.
- Darget, M. S., Pedernera, A. D. (2021). El Trabajo Social en un Hospital en Salud Mental. *Margen*, 101, 1-11.
- Espinosa R., Valiente C. (2017). ¿Qué es el trastorno mental grave y duradero? *EduPsykhé*. 16(1), 4-14.
- Ferrera, J. A. (1990). Intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia: Aproximaciones recientes. *Estudios de psicología*, 11(43-44), 169-193.
- First., M. B. (2020, marzo). Clasificación y Diagnóstico de las Enfermedades Mentales. Manual *MDS*. <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/introducci%C3%B3n-al-cuidado-de-la-salud-mental/clasificaci%C3%B3n-y-diagn%C3%B3stico-de-las-enfermedades-mentales#>
- Flores, L. F. B. (2010). Derechos humanos y salud mental en Europa. *Norte de Salud mental*, 8(36), 55-67.

- Gil, P. (2009). *Concepto de la Salud*. Barcelona.
- Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. Sexta Edición. Editorial McGraw-Hill. México. Recuperado de: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wpcontent/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigación-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Hollis, F. (1964). *Trabajo de casos: una terapia psicosocial*. Grupo editorial Crown/Casa aleatoria.
- Instituto de mayores y servicios sociales, IMSERSO. (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave* (No. 21005). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Ituarte, A. (2009). Trabajo Social Clínico en el Contexto Sanitario. *Revista Trabajo Social y Salud*, 64, 283-303.
- Johnson, D. L. (1994). Educación familiar o Psicoeducación conductual familiar: tomando una decisión.
- Martín, B. H. (2013). El Trabajo Social en la intervención psicosocial con personas con trastorno mental severo: una reflexión sobre el papel de las familias. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (52), 314-325.
- Martínez, A. Á. R., Pérez-Vázquez, A., Villabona, S. M. G., & Cruz, M. C. F. (2007). Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. *Atención primaria*, 39(4), 185-188.
- Martínez, L. C. (2007). Conceptos de enfermedad y trastorno mental. Clasificación. Trastornos clínicos y de la personalidad. Problemas psicosociales. Bases etiopatogénicas de los trastornos mentales. *Medicine: programa de formación médica continuada acreditado*, 9(84), 5389-5395.
- Montero, I., Masanet, M. J., Lacruz, M., Bellver, F., Asencio, A., & García, E. (2006). Intervención familiar en la esquizofrenia: efecto a largo plazo en los cuidadores principales. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(3).
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 (No. WHA66. 8).

- Peral, M. T. Z. (1999). Apuntes sobre el objeto en Trabajo Social. *Cuadernos de trabajo social*, (12), 13.
- Red de Atención Social a personas con enfermedad mental. (2017, 23 de marzo). Comunidad de Madrid. <https://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales/red-atencion-social-personas-enfermedad-mental>
- Restrepo Ochoa, D. A., Jaramillo Estrada, J. C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista de la Facultad de Salud Pública*. 30, (2), 202-211.
- Ruiz, C. A. (2009). Atención a la enfermedad mental grave: El papel de los usuarios, la familia y la sociedad en los avances hacia la integración de las personas con enfermedad mental grave. *Norte de Salud mental*, 8(35), 107-109.
- Serrano Drozdowskyj, E. (2017). *Los trastornos de personalidad*. En A. Polaino Lorente, C. Chiclana Actis, F. López Cánovas y G. Hernández Torrado, (Eds.), *Fundamentos de Psicopatología* [epub]. ISBN 978-84-15998-50-1.
- Santiago, P. F. (2009). Familia y sociedad ante la salud mental. *Revista de Derecho de la UNED (RDUNED)*, (4).
- Soledad M., Pedernera A. (2021). El Trabajo Social en un Hospital en Salud Mental. *Margen*, (101), 1-11.
- Tenorio R., Nanut Ma. (2005). Panorama de la investigación del trabajo social en el ámbito de la salud mental (1970-2000). *Salud Mental*, 28(4), 18-32.
- Trullenque, E. M. G., María, E. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de trabajo social*, 23, 333-352.
- Vallina Fernández, O., Lemos Giráldez, S. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*, 12 (4).
- World Health Organization. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. *Editorial Médica Panamericana*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>

9.2 Legislación y jurisprudencia

- Knapp, M. A. R. T. I. N., McDaid, D., Mossialos, E., & Thornicroft, G. (2007). *Salud mental en Europa: políticas y práctica*. Líneas futuras en salud mental. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>
- Ley 8 de 2021. Por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. 2 de junio de 2021. BOE. *N.O 132*. <https://www.boe.es/eli/es/l/2021/06/02/8/con>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *La atención a la salud mental en España. Estrategias y compromiso social*. https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est15.pdf.pdf
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017). *Encuesta Nacional de Salud*. <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
- Ministerio de Sanidad. (2020). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria*. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
- OMS. (s/f). Gob.es. Recuperado el 16 de octubre de 2021, de <http://www.exteriores.gob.es/representacionespermanentes/oficinadelasnacionesunidas/es/quees2/paginas/organismos%20especializados/oms.aspx>

10. ANEXOS

ANEXO I: PREGUNTAS ESTÁNDAR REALIZADAS

1. Desde su opinión y experiencia profesional ¿Qué considera que aporta el trabajo social como disciplina al ámbito de la salud mental?
2. ¿Qué importancia das al papel de la familia en los procesos de salud mental?
3. Como Trabajador/a Social en media/larga estancia ¿Cuál es tu día a día con la enfermedad mental grave y duradera? (intentar enfocar la conversación en principales funciones).
4. ¿Cómo es la intervención del trabajador social con la familia? ¿Qué diferentes intervenciones hay desde el hospital con la familia?
5. Y tras el alta hospitalaria ¿Hay algún tipo de intervención que continúe con la familia y el usuario? (¿o qué recursos se fomentan fuera del hospital?)
6. ¿Qué intervenciones familiares recomiendas (o hacen desde la propia entidad) para mejorar la calidad de vida de la persona diagnosticada con enfermedad mental grave y duradera?

ANEXO II: ENTREVISTA TRABAJADORA SOCIA MEDIA ESTANCIA HERMANAS HOSPITALARIAS

Desde su opinión y experiencia profesional ¿Qué considera que aporta el trabajo social como disciplina al ámbito de la salud mental?

Pues aporta sobre todo el poder dar una atención integral a la persona, junto con el equipo multidisciplinar, que me parece super importante, entonces con el trabajo de todo el equipo, tratar de aportar la mayor calidad al paciente de cara a que luego pueda volver a la comunidad, de la manera más favorable posible.

¿Qué importancia das al papel de la familia en los procesos de salud mental?

Es muy, muy, importante, ya que al fin y al cabo es de donde viene la persona, junto a la cultura familiar que es muy importante para entender la historia del paciente y luego poder trabajar con esa familia, ya que luego la mayoría de los casos es donde luego va el paciente, de cara al alta hospitalario de la unidad.

Como Trabajadora Social en media estancia ¿Cómo es la intervención con el paciente con enfermedad mental grave y duradera?

Pues sobretodo está presente la coordinación con el equipo para saber en qué línea hay que seguir con cada persona, y eso marca la hoja inicial para comenzar la intervención.

Entrevistas con las personas, en cuanto a lo que haya que trabajar con esa persona, te centras en ella y en sus necesidades, valoradas también por el equipo. Luego valoraciones con todas las áreas de salud de la Comunidad de Madrid, bueno las que engloba concretamente a esta unidad, asistencia a grupos comunitarios y asistencia de los pacientes.

Las grupos que tienen ahora mismo son de psicoterapia, que en esos yo no estoy, grupos comunitarios que es donde se habla un poco de los conflictos que surgen en la unidad, o lo que quieran contar de la unidad para que lo puedan solucionar entre todos, y ahí se expresan todos los posibles cambios, como los de habitación por algún problema, o que en la unidad hay un ambiente como un poco conflictivo y que hay días que son complicados, y hay otros pacientes que lo viven un poco mal, esa agresividad.

O también por ejemplo cuando llega una persona, es decir se le da el alta, pues se hace una bienvenida en el grupo para conocerle un poco.

También hay más actividades como deporte, cultura de valores, un poco de todo.

¿Cómo es la intervención del trabajador social con la familia?

Depende un poco del caso, pero hay veces que la familia viene previo al ingreso, o por ejemplo viene a solicitar información antes del propio ingreso, porque se un poco, a lo mejor, desubicadas, tienen un poco de falta de información.

Es como una atención integral, aunque luego la realidad, es que el trabajador social no puede hacer frente a todos los casos que lleva.

Luego, durante el ingreso, se hace una intervención con familiar, normalmente multidisciplinar, con el resto del equipo, y el trabajador social sí que es verdad que tiene en cuenta a la familia en cuanto a llamadas telefónicas, porque muchas veces la familia llama para preguntándote por algo o porque está perdido con algún trámite o cómo hacerlo.

Y luego de cara, a poder trabajar para el alta, porque hay que seguir la misma línea, ya que hay veces que la intervención con las familias es muy complicada, no lleva siempre la misma línea que a lo mejor el equipo, y luego claro, hay permisos de fin de semana a los que van a casa y eso se nota, o en el día a día cuando habla con la familia, sobretodo se deriva al CAF, para que puedan ir ahí las familias, porque la realidad es que tampoco se llega a toda esa intervención con todo el mundo.

¿Hay algún otro tipo de intervención desde el hospital con la familia?

Todos los profesionales tocan lo que es la red familiar, de hecho, la mayor parte de las familias llaman para preguntar por cosas o para pedir citas porque quieren venir aquí a ver a sus familiares, pero si, es que hablan con todo el equipo en general, porque al final llaman a planta, y les coge la enfermera, ósea, la relación con la familia es desde todos los puntos de vista profesionales.

Si que es verdad por otro lado, que no con todos los pacientes, porque hay familias que se desentienden más, es que depende muchísimo de cual sea la relación con el paciente.

Antes del COVID, me habían comentado que se hacían grupos familiares, y la familia estaba mucho más presentes, ya que hacían ese grupo donde las familias podían descargar toda la angustia, el desconocimiento, todo eso, y luego no lo cargaban tanto con la persona, y además podían subir a la planta y ver a su familiar en planta.

Eso es lo que te digo que se ha perdido, pero ahora quieren volver a retomar.

Tras el alta hospitalaria ¿Hay algún tipo de intervención que continúe con la familia y el paciente?

Muy pocas veces, normalmente quien tiene más relación o quien debería tenerla es el centro de salud mental, porque al final es su centro de referencia, y esta unidad al final es algo transitorio, están aquí un tiempo, pero luego se van a otro sitio, a otro recurso.

Pero si que es verdad que hay familias que a mí me han mandado otro correo para preguntarme alguna duda, pero más allá de eso no se continua.

¿Qué intervenciones familiares consideras que mejoran la calidad de vida de la persona diagnosticada con enfermedad mental grave y duradera?

Depende un poco del momento en el que éste el paciente y la familia, y lo que se quiera tratar en la entrevista, porque hay veces que es mejor hablar solo con la familia de algunos

temas, para a lo mejor indagar más o contrastar alguna información, pero yo creo que siempre apostarí a una intervención que añada a la persona, porque al final se va a hablar de él.

Entonces yo veo más favorable para mejorar la calidad de vida del paciente que la intervención sea conjunta con la familia, aunque muchas veces esto no sea posible porque muchos pacientes no quieren saber nada de la familia, y a veces incluso si le propones al paciente poder estar en la entrevista familiar, porque siempre se lo comunicamos, no quiere, ni quiere saber nada de la familia, por lo que no puede ser obligatorio, sino que hay que adaptarse a las circunstancias de cada caso.

De hecho, hay salas reservadas para esas intervenciones familiares ahí fuera para poder dotar mayor informalidad y que sea más fácil para la familia y el paciente.

ANEXO III: ENTREVISTA TRABAJADORA SOCIAL LARGA ESTANCIA HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Desde su opinión y experiencia profesional ¿Qué considera que aporta el trabajo social como disciplina al ámbito de la salud mental?

Yo la verdad que creo que el trabajo social hace una visión muy integradora, por ejemplo, la medicina tira más por lo biológico y farmacológico, y en cambio el trabajo social tiene en cuenta la salud, pero vista desde el bienestar de la persona y de su familia.

Además, el trabajador social sabe cómo recoger las necesidades de un usuario, y trasladárselo a un equipo, ya muchas veces cada uno entiende sus propios tecnicismos, pero hay que explicar cada uno de los lenguajes, y entre ellos, el nuestro.

¿Qué importancia das al papel de la familia en los procesos de salud mental?

Depende la unidad, yo llevaba diecisiete años trabajando en una Unidad de Hospitalización Breve, y ahí la intervención con la familia es muy breve, principalmente se centra en buscar alojamiento o cualquier alternativa de recurso residencial donde poder continuar la intervención de otra manera.

Luego también estuve otros quince años en la Unidad de Hospitalización de Tratamiento y Rehabilitación, de hecho, ahí llegamos a desarrollar una escuela de familias, para intentar crear red con otras familias ya que están todas en la misma situación o por lo

menos siempre hay ciertos rasgos muy similares, y con ese espacio de conversación, se pueden ayudar mucho los unos a los otros.

A nivel individual con las familias desde esta unidad están muy presentes desde el ingreso, donde es un momento en el que todos los esfuerzos se vuelcan en tranquilizar a las familias, incluso su propia narrativa, ya en la mayoría de casos son escenarios en los que la familia tiene que intentar resetear y sobretodo imprescindible el explicar lo que es una enfermedad crónica, porque en un primer momento hay mucho desconocimiento, incluso me atrevo a decir que las familias están viviendo un proceso de duelo en el que hay que volver a reconstruir las relaciones.

Es que en nuestra intervención es clave el higienizar mucho esas relaciones entre la familia y el paciente, porque tras nuestra intervención van a volver a ese entorno comunitario y a esa vida en familia.

Ahora actualmente llevo dos años en la Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados, que es lo que vulgarmente suelen llamar larga estancia, y aquí nos encontramos con familias que vienen muy desgastadas, y el principal paso, que es el que más cuesta y el que más presente está es el de intentar generar un vínculo con el equipo.

Esto es difícil porque supone cambiar el ritmo al que están acostumbrando y a la vez intentar reconstruir relaciones cuando ya existe un cansancio previo de las familias.

También hay que ser consciente de algunos hándicaps que hay en las intervenciones con familia todo tiene la base del marco de la institución, del propio equipo y por último tu propia intervención.

Pero hay más como la ratio de pacientes, las exigencias de plazos que son variables que también nos dificulta la intervención con la familia, y esto se ha agravado ahora con la pandemia, porque las intervenciones presenciales son contadas, además de los serios problemas que hemos tenido con unidades confinadas.

Desde tu unidad, ¿Cómo es la intervención con el paciente con enfermedad mental grave y duradera? ¿y con su familia?

Cuando estaba en la Unidad de Hospitalización Breve mis principales funciones estaban muy enfocadas en la atención en crisis y en situaciones de emergencia, así como buscar alternativas residenciales de cualquier tipo ya que la estancia es de un máximo de doce meses

En cambio, en la Unidad de Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación, al ingresar el paciente pasa por un período de observación, que consiste en una unidad cerrada que también pasan por ella pacientes con graves alteraciones de conductas y es como un pequeño periodo de adaptación, así como de contención pura y dura, no solo con el paciente sino también con los miembros de la familia.

Durante están en esa unidad establecemos ordenes temporales para cubrir las necesidades básicas del paciente, y a la vez se hacen las primeras entrevistas con la familia y los primeros acompañamientos familiares del centro, y cuando el paciente tiene una estabilidad pasamos a los acompañamientos en las primeras visitas.

En nuestros principales abordajes muchas veces los compañeros del equipo se sorprenden de todo lo que podemos hacer los trabajadores sociales dentro de la salud mental, aparte de la gestión que sigue siendo imprescindible en el día a día.

¿Hay algún otro tipo de intervención desde el hospital con la familia?

Todas nuestras intervenciones van a ir cambiando función del paciente, depende del ingreso y como ha funcionado previamente la familia en el primer período.

La intervención que siempre va a estar es la de acogida a la familia, que se sientan arropados, y así vamos a intentar rebajar la emoción expresada, le vamos a informar de todos los recursos a los que pueden acceder, y la gestión de los mismos.

Hay un programa que hacemos que es el “programa de externalización” que está enfocado a pacientes que llevan un largo plazo, y la intervención cambia a un entrenamiento más enfocado a lo comunitario a la vuelta a la red social, porque ya se va viendo y valorando el alta. Que aquí la intervención está enfocada en la búsqueda de recursos, coordinación con la red, y de su posterior evolución.

Aunque es verdad ahí no estoy 100% porque está siendo muy intermitente por el COVID, entonces estamos continuamente abriendo y cerrado el programa, y son muy pequeños los entrenamientos para esa vida comunitaria.

Tras el alta hospitalaria, ¿Hay algún tipo de intervención que continúe con la familia y el paciente?

No, de momento no está contemplado.

Hay comisiones en los que se reúnen diferentes profesionales de los Centros de Salud Mental y ahí se abordan cuestiones de los programas crónicos, como van los usuarios en las minis, en las unidades...

Las Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación están invitadas para ir conociendo la evolución, y yo ahora intento ir desde la Unidad de Cuidados Prolongados para facilitar algún proceso con la vida comunitaria, y ahí de manera informal se pregunta por los pacientes, si están bien y demás.

La Unidad de Cuidados Prolongados es que implica otro ritmo, se hacen pequeñas intervenciones para volver al domicilio, pasar el día en tu casa, luego un fin de semana, unas vacaciones, no dejan de ser pequeños entrenamientos, de esa vuelta a la vida comunitaria también entrenamientos de gestión económica.

Son entrenamiento, fuera de ellos y del hospital es recuperar el ritmo terapéutico en el centro de día, que es ahí donde yendo va a ir adquiriendo lo que es la rutina.

Pero sin este proceso que implica seguir una estructura externa a ti, es fracaso y el paciente va a abandonar horarios, higiene, porque no habría probado que tal la vuelta a la red comunitaria.

Por lo que desde el hospital se enfoca el proceso progresivo al entorno comunitario, pero lo que pase ya ahí, no nos compete.

Y esto es muy agradecido para la familia, porque previamente hay un conflicto previo, entonces les supone apoyo, el poder confiar en el equipo y exponer sus dudas, esto facilita el reajuste que hay que ir haciendo entre familia y paciente.

También no nos podemos olvidar que hay que valorar que hay familias que no quieren ser partícipes, y esto se trabaja directamente con el paciente.

¿Qué intervenciones familiares se practican para mejorar la calidad de vida de la persona diagnosticada con enfermedad mental grave y duradera?

En la Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados no hay grupos de familias por el volumen de pacientes, disparidad de situaciones y momentos clínicos del paciente.

Luego en las Unidades de Rehabilitación y Tratamiento, es diferente y si permite que haya grupos multifamiliares lo que es muy enriquecedor, y las familias se sentían muy reconfortadas.

Pero este tipo de intervención implica mucho tiempo de preparación, primero de las sesiones, luego del desarrollo de las sesiones la posterior evolución de las sesiones, y para todo ello éramos cuatro profesionales que en cada sesión levantamos un acta, que ya implica su redacción, y había familias que querían tenerlo todo por escrito.

Luego hacíamos tres fiestas al año que era para generar sentimientos de unidad y esto era una unión tremenda de la familia con el equipo, y en sí del propio equipo.

También se hace mucha psicoeducación, terapia familiar pero no muy intensiva, terapias individuales con la familia y en momentos posteriores se añade el paciente.

Pero para todas estas intervenciones va a ser importante la estabilidad del paciente. Incluso son pacientes que viven con sintomatología positiva, entonces hay que ver el momento exacto de trabajar las dinámicas, por eso se requiere una mínima estabilidad y sobre todo imprescindible cuando hay que consensuar pactos de convivencia.

ANEXO IV: ENTREVISTA TRABAJADORA SOCIAL MEDIA ESTANCIA HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Desde su opinión y experiencia profesional ¿Qué considera que aporta el trabajo social como disciplina al ámbito de la salud mental?

Aporta una visión completamente diferente a la que tienen los médicos, los clínicos, es una visión basada en el contexto del paciente.

Es decir, nosotros, completamos la información del médico en cuanto a quien vive, de qué manera vive, que hace en su tiempo libre, con quien se relaciona, que ayudas puede necesitar en casa, como es la casa, como es la familia, no; le contamos todo lo que se sale de lo estrictamente clínico, y en ese sentido, ayudamos o colaboramos, o formamos parte de un mejor diagnóstico, incluso de un mejor tratamiento farmacológico, porque no es lo mismo darle a la persona unas pastillas que tiene que tomar cuatro veces al día si vive solo, si tiene que acudir a un centro de día todo el rato, si tiene que trabajar, no, a lo mejor si le contamos todo esto al médico, podemos unificar las dosis a lo mejor en una; una nada más levantarse, que es cuando esta su familia en casa y se lo puede recordar, y otra, al acostarse, así el resto del día está libre de medicación, no sé, ayuda a entender un poco que es lo que aporta el trabajo social.

¿Qué importancia das al papel de la familia en los procesos de salud mental?

A ver, las familias son las principales cuidadoras todavía de cualquier proceso de enfermedad o de cualquier dificultad con la salud, sigue existiendo una gran carga del peso de la atención a la enfermedad.

En el caso de las personas con enfermedad mental grave y duradera, bastante más, porque es una enfermedad que además tiene mucho estigma social, con lo cual digamos que en lo social la gente tiende a retirarse, no, amistades, en el ámbito laboral también se suele retirar, en el ámbito educativo también se retira, es que se acaba retirando un montón de gente, y al final solo queda la familia, con lo cual, suelen ser o por lo menos muchas de las veces, los únicos referentes que existen y los últimos que se van.

Con lo cual hay que trabajar con ellos, claro, y, además, la enfermedad mental, es una enfermedad que la familia habitualmente la familia piensa que tiene menos capacidades de las que verdad tienen, y piensan que necesitan mayor supervisión de la que realmente necesitan, y mayor cuidado, del que necesitan, y tienden a sobreproteger no, que a veces también es verdad que la gente se va, y es porque la familia les echa, al resto. Dicen esto para mí, que es cosa mía.

Como Trabajadora Social en media estancia ¿Cómo es la intervención con el paciente con enfermedad mental grave y duradera?

La intervención mía entiendo, a ver, yo cuento o, mejor dicho, contaba con la dificultad de que yo estaba sola, llevando cuatro unidades de treinta pacientes cada unidad, con lo cual ciento veinte pacientes, entonces la atención individual, quedaba muy relegada, muy a segundo plano.

Yo normalmente trabajaba en grupal, tenía varias funciones; una, yo formaba parte del equipo exactamente al mismo nivel que cualquier otro miembro, no, el equipo multidisciplinar barra interdisciplinar, lo formábamos psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermería, terapeuta ocupacional y trabajadora social, y en cada una de las unidades, yo estaba presente como miembro del equipo, hacia mi evaluación del caso, mi diagnóstico del caso, y luego lo compartíamos para establecer objetivos comunes, vale, eso por un lado.

Por otro lado, yo hacía intervenciones individuales claro no, muy pocas, pero en temas relacionados con el ámbito laboral, ahí hacia individuales y grupales, porque había varios

pacientes, de varias unidades, que estaban en condiciones de insertarse en el mercado laboral, y ahí trabajaba con ellos nivel grupal. Con otros pacientes que no lo estaban tanto, y estaban en una situación previa a eso, pues me encoba en intervenciones individuales y eran más a nivel formativo.

Con los temas, como no, de pensiones, un clásico en esto del trabajo social, pues también me tocaba hacerlo, quien tenía derecho y no lo tenía regulado, pues también lo hacía.

Visitas a domicilio de aquellos pacientes que vivían solos, o por lo que sea yo tenía sospechas de que no podían estar viviendo en las mejores condiciones, no, ahí hacia visitas domiciliarias y coordinación con servicios sociales lógicamente.

Temas legales también, todo esto de forma individual, vale, ahí digamos que el trabajo social clásico, vaya, y luego intervenciones grupales, grupos de orientación y búsqueda de empleo. Ah, y también participaba en grupos comunitarios que hacemos para todos los pacientes de una unidad con todo el equipo de la unidad, y ahí trabajamos todos los temas de la convivencia.

En esos grupos intentamos, aunque es difícil, estar todos en un mismo plano, al mismo nivel, tanto profesionales como pacientes, de tal manera que pudiéramos decir las cosas que nos molestaban de los otros, de cara a poder mejorar.

¿Cómo es, desde esta unidad, la intervención del trabajador social con la familia?

Pues con la familia, a nivel individual, llegamos a un acuerdo, porque yo estaba sola, entonces bastante tenía con lo que tenía, como para meterme en más cosas, con lo cual, digamos que delegue la parte de intervención familiar individual con cada una de las familias, con psicología, entonces lo llevaban los psicólogos clínicos lo que es la intervención con cada una de las familias.

Entonces lo que yo si llevaba eran los grupos multifamiliares, que era una manera más económica, de ver a la gente de una atacada, en un grupo, te ves a todas las familias, lo que en individual te lleva un montón de tiempo, yo no podría hacerlo.

Por lo que ya te digo, que la intervención individual la llevaban psicólogos, y claro, con sus criterios, porque lo organizaba psicología habitualmente, de tal manera que en una unidad, eran un grupo abierto donde podían entrar y salir las familias tanto de los pacientes que estaban ingresados, como de los pacientes que habían estado ingresados en algún momento, y ya no lo estaban, eran grupos para fomentar la cohesión, de crear, de

autoayuda, además creando esta cohesión entre ellos, es una forma de que no se sientan solos, así que estaba un poco encaminado hacia eso.

Otro, equipo de grupo también estábamos la psicóloga y yo, ese si era un grupo cerrado, de solo los que estaban ingresados en ese momento, por lo que, si el paciente se iba de alta, los familiares ya no podían acudir a ese grupo, era un grupo principalmente de descarga emocional, porque la mayor parte de los pacientes viven con los familiares y era un lugar de descarga.

Otro tipo de grupo más, era de psicoeducación, en este caso, el grupo era de la unidad de trastornos de personalidad y lo llevábamos la enfermera y yo, y eran sesiones cerradas con familiares, solo los familiares autorizados por los pacientes, vale, no era abierto, sino que el paciente nos tenía que autorizar que viniera su familiar y eran sesiones cerradas y muy estructuradas, por lo que cada sesión se dedicaba a síntomas, tratamientos, conductas, suicidio, no sé, se trataba de sesiones cerradas que eran dedicadas principalmente a preguntas, de manera que por la tipología un poco de los pacientes no dábamos lugar a la descarga emocional porque nos sobrecargaría a nosotras.

¿Hay algún otro tipo de intervención desde el hospital con la familia?

Todos y cada uno de los profesionales a todos los niveles, de forma individual trabajan con las familias. El psiquiatra tiene reuniones periódicas con cada una de las familias, para informar de la evolución y estado de su familiar, y para contar sobre todo con ellos para el tratamiento lógicamente.

Terapia ocupacional por ejemplo, también trabajaba muchos con las familias y en los domicilios también de cara sobre todo a las actividades básicas de la vida diaria, de verificar también que pudiesen llevar a cabo en el domicilio familiar en cuanto a que supiese poner el agua caliente de la casa, son cosas que parecen tontas pero a veces los pacientes no lo saben y el terapeuta ocupacional tiene que estar allí, o enseñarles, ese recorrido para coger el autobús desde su casa y acudir al centro de rehabilitación psicosocial, pues el terapeuta hacía ese recorrido y se lo enseñaba, en cuanto a instrumentales.

Es decir, cada uno de nosotros tenía su intervención familiar, enfermería también tenía que hacer otro tipo de intervenciones familiares, es decir todos teníamos nuestra presencia nivel familiar, siempre intentábamos que los familiares tuvieran un respaldo.

Tras el alta hospitalaria ¿Hay algún tipo de intervención que continúe con la familia y el paciente?

Nosotros no, nosotros terminábamos la intervención y el paciente desaparecía entre comillas, es decir el paciente no llega a ser nunca nuestro, sino que es del centro de salud mental, y eso si que es para ellos para siempre, vale.

Con nosotros está una temporada, pero al alta nuestro, a lo mejor se iba a una mini residencia o a un centro de rehabilitación psicosocial o de vuelta a casa, pero siempre es un paciente de salud mental, nuestro es el rato que nos lo derivan y está con nosotros, pero luego no.

También existía la opción de volver, como no, si en un momento de proceso el paciente necesita volver a ingresar al centro, pues ingresa, pero nuestro no es, y por tanto la intervención se acaba ahí, es de salud mental.

¿Qué intervenciones familiares consideras que mejoran la calidad de vida de la persona diagnosticada con enfermedad mental grave y duradera?

Yo juraría que cualquier intervención familiar que se haga, va a mejorar la calidad de la vida de la persona con enfermedad mental, aunque solo sea cosa de psicoeducación, tan básica como que la familia entienda el que le pasa y el porqué, solo con eso ya estamos ayudando, si encima vamos elevando un poco el nivel y llegamos ya a lo multi, que esto sería una intervención familiar con el paciente presente, a mí esto me parece fundamental, y esto hoy por hoy, estamos hablando que sería la intervención básica, habría que ir pensando ya en otra, lo multi ya se está quedando anticuado, y por esto pido perdón de antemano, pero creo que se está quedando atrás y deberíamos estar pensando en otras estrategias.

yo creo que no se puede hacer nada sin contar con la presencia del propio paciente, porque además me parece que los pacientes van cambiando y son pacientes mucho más exigentes, más reivindicativos, que me parece estupendo y genial.

ANEXO V: ENTREVISTA TRABAJADORA SOCIAL CENTRO DE SALUD MENTAL PUENTE DE VALLECAS

Desde su opinión y experiencia profesional ¿Qué considera que aporta el trabajo social como disciplina al ámbito de la salud mental?

Como disciplina incorpora todo lo que es la evaluación de todos los aspectos sociales y relacionales, tanto con la familia, como con su contexto social, que pueden ser mejorables para la rehabilitación o recuperación de la persona que tiene un problema de salud mental. Yo creo que es fundamental hacer una buena evaluación y poder ver y acordar con el paciente en qué áreas se van a intervenir.

Yo trabajo mucho con la autonomía de la decisión del paciente desde una orientación muy ecléctica pero también muy psicoeducativa, a la vez, él paciente va también marcando los tiempos, así como los compromisos que quiere adquirir y teniendo muy en cuenta su autodeterminación, aunque tenga un problema de salud mental.

No soy una persona que sea muy directiva a la hora de marcar la intervención, sino más bien, apoyar y acompañar en lo que puedo plantear y que el paciente pueda estar conforme, entonces, si yo consigo que las relaciones con el otro y la situación social del paciente con la familia con su entorno mejore va a mejorar su propia salud mental.

Mi trabajo consiste fundamentalmente en eso.

¿Qué importancia das al papel de la familia en los procesos de salud mental?

Pues mira los procesos de salud mental dependiendo del tipo de paciente que sea; si es un paciente con buena autonomía que viene con un trastorno mental leve que se desarrolla en la vida cotidiana, normalmente, es una orientación social y ahí se queda prácticamente la intervención.

Yo atiendo muchísimos pacientes con trastorno mental grave que no son especialmente jóvenes, sino que son adultos, es decir no atiendo a menores, y la intervención con la familia, varía.

Al principio, en la segunda o tercera sesión, intentó que venga la familia para tener su visión sobre las dificultades que se plantean en casa, para conocer como las ven y como lo interrelacionan. O también para saber el aislamiento que tiene el paciente, o cuál es su

necesidad de beneficio de esos recursos que puedan necesitar, y bueno en sí como lo ve toda la familia.

Tengo muy en cuenta cómo lo ve el paciente y cómo quiere que se haga, porque lo hago normalmente con acuerdo y presencia del paciente, mayoritariamente, porque me cargaría la confianza del paciente, o el tema de protección de datos, vamos todo lo cargable, porque me cargo la relación con él. Las dos o tres primeras entrevistas, intentó establecer un mínimo de confianza y traer a alguien que puede ser su apoyo fuera de la consulta, alguien que vaya a poder apoyar al paciente en los momentos de crisis, o que también me sirva de interlocutor de lo que él está pudiendo hacer fuera y no me lo trae. No tanto para espiarlo, sino para mejorar, por eso alguien que sea de su confianza y pueda acompañar.

Familias enteras, rara vez atiendo dentro del contexto de la consulta, puedo atender cuando haya una intervención más sistémica, más organizada desde lo sistémico, que ahí si hacemos intervención con familia.

Normalmente los que vienen son los padres, a veces viene un padre y un hermano, y mayoritariamente siempre con él con el paciente.

Cuando atiendo a la familia sin estar el paciente delante es cuando hay una descompensación y necesita intervención, y ahí tenemos que organizar cómo, para que el paciente vuelva a organizarse su medicación bien, y no se sienta abandonado ante esas situaciones.

Pero yo me inclino por que el paciente esté presente siempre cuando está la familia la consulta.

Como Trabajadora Social en un centro de salud ¿Cuál es tu día a día con la enfermedad mental grave y duradera?

Pues mira la consulta esta siempre sobrecargada porque llevo mucha agenda, llevo pacientes desde hace más de 10 años que llevo aquí ejerciendo la profesión, hay pacientes que los veo con diferentes intervalos de tiempo a la hora de hacer el acompañamiento, es que depende de cómo esté el paciente. Si es un paciente que inicia tratamiento conmigo intento verlo más cercano en el tiempo, y si es un paciente que ya está estable, organizado, alargo más el período de citas.

Tengo muchos pacientes que viven solos, entonces yo con ellos superviso como hacen las actividades de la vida diaria, como hacen sus cuidados personales o si no los hacen, si

están atentos a ir a por sus medicamentos y luego pendientes de su toma de medicamentos, de su vigilia de sueño, alimentación...

Luego hay otra parte que es la relacional, para conocer si están teniendo dificultades en el contacto con familiares o en los recursos donde acuden ellos de manera regular o si no existen ver con ellos la posibilidad de asistir a algún recurso de la red de salud mental para poder tramitarlo. Al igual que intentar fomentar la participación en asistir a algún recurso comunitario del barrio. Es decir, intentar hacer enganche con los recursos o mandarles directamente para que ellos evalúen y luego analizar cómo se han comportado en ese contexto.

Hay veces que has acordado con ellos el que vayan a mirar alguna actividad o hacer alguna gestión y vienen acabo de tres, cuatro semanas, y no han sido capaces, pues es eso ver con ellos las dificultades y ver desde fuera quien puede apoyarles para hacer esa actividad.

Luego los pacientes que necesitan de apoyos más estructurados preparar todo lo que es el protocolo de continuidad de cuidados para poder pedir esos centros.

Tramito todo lo que tiene que ver con dependencia y discapacidad, primero discapacidad, y luego dependencia, si yo con mi trayectoria personal, valoro que pueda haber algún grado. En algunos casos es más molestar, porque hay incompatibilidad de los recursos de dependencia con los de la propia de red de salud mental.

Luego tengo una planificación con los recursos de la red bastante importante, también las sesiones clínicas, de las cuales soy la encargada de la formación. Y tengo una parte de gestión que tiene que ver con la representación del área 1.

La estructura de la Comunidad de Madrid tiene una estructura vertical y una estructura horizontal; la vertical va desde la oficina regional hacia los centros de salud mental, y luego cada CSM tiene las reuniones con los recursos. Yo como responsable del área 1, soy la representante de los hospitales del Gregorio Marañón, del suroeste, de la Infanta Leonor, la representante por programación de continuidad de cuidados de trastorno mental grave en la oficina regional, y en tres comisiones.

Ya que la oficina regional tiene una estructura de funcionamiento de comisiones colegiadas, donde un CSM puede mandar un psiquiatra, otro CSM puede mandar a trabajador social y otro CSM puede mandar a una enfermera, ósea quiero decir, que no

son puestos que ocupen siempre las trabajadoras sociales, sino que pueden estar distintas profesiones.

Yo llevo mucho tiempo siendo la secretaria del Área 1, tengo la representación de la comisión y la evaluación de los pacientes que salen de mi área para la UHTR, de la comisión para los cuidados prolongados; la consejería también tiene una comisión que es para las personas sin techo que tiene trastorno mental grave, que es con el CASAN y la comisión de secretarios.

El CASAN es una comisión que solo la forman trabajadores sociales, que trabajan para esas personas que están en la calle. El servicio tiene dependencia de dos hospitales de Madrid, por un lado, el clínico, y por otro lado de la paz. Y los profesionales dependen de la Consejería de Sanidad y de la de políticas sociales.

Hay un momento en el que su red de usuarios deja de pertenecer a ellos para pasar al CSM y la adherencia la lleva la Comisión de Integración.

En esta área también pasan por mí la lista de espera para las unidades de media y larga estancia, y cuando se hacen las listas definitivas ya se acuerda si el ingreso va a ser voluntario o involuntario. Normalmente los cuidados prolongados implican que sea involuntario, porque estamos hablando de tiempo más largos, y en la UHTR, pues depende, hay pacientes que si y pacientes que no.

Dentro de mi centro tenemos una estructura de reuniones mensuales, también reuniones de área que son estas en las se habla de todo lo anterior, también de las MINI, de otras unidades de alojamiento, y de todas las propuestas nuevas de los recursos que tiene la Comunidad de Madrid.

Luego están las reuniones de distrito, de todos los recursos que tiene la red de salud mental menos de forma establecida que no tenemos reuniones con la larga estancia que trabajamos más de tú a tú.

Cada mes y medio hay reuniones de seguimiento del resto de recursos diurnos y residenciales.

Internamente en el CSM hay reuniones de programa que es donde organizamos un poco los pacientes más difíciles, que nos están costando más, para supervisar y organizar la atención. También hacemos el censo de crónicos, y hacemos un poco la distribución de los pacientes a tomar a cargo, aunque eso no está muy sistematizado, sino que viene el

compañero y te dice “mira Agustina este paciente necesita x programa” o se lo dice a otra compañera de enfermería, lo que te digo, eso no lo tenemos muy estructurado; pero intentamos que sí la problemática que presenta el paciente tiene que ver más con iniciar abordaje e intervención desde el punto de vista de elementos sociales, pues van derivadas a nosotros, y si el paciente prevalece la adherencia al tratamiento, el tema vigilia sueño, alimentación, ejercicios de salud, pues van a enfermería, que esto no quiere que decir que no tengamos pacientes comunes.

¿Cómo es la intervención del trabajador social con la familia desde el CSM?

La intervención con la familia entra, entre la segunda y tercera sesión, si hay familia, para evaluar las dinámicas familiares y los puntos de acuerdo y desacuerdo familiares, para trabajar con el paciente y la familia.

Siempre que veo a la familia intento ver al paciente, es decir, no suelo dar citas a la familia si el paciente no quiere.

Luego vemos muchas casuísticas, hay pacientes en los que interviene los hermanos, y no los padres, o incluso no interviene nadie porque o no quieren, o no hay familia. Es decir que eso es muy variado.

Cuando ya se hace un planteamiento del recurso, la familia viene para informarles, incluso pacientes que vienen regularmente con el padre y la madre, y depende de lo que estés trabajando en la consulta les permites entrar u otras veces no, y lo que puedes hacer es partir la consulta, un ratito solo para el paciente y otro ratito para que también entra la familia y me cuente como ha ido el cumplimiento de los objetivos que habíamos acordado de funcionamiento, porque algunas veces el paciente te dice que ha ido todo fenomenal, y luego entra la familia y te dice que es todo lo contrario y pone pegas.

Si hay un planteamiento de una media o una larga se le va a decir a la familia con el paciente. Hay veces que el paciente incluso te dice “no, si ya se lo digo yo”, pero es que cuando hay que hacer un ingreso, hay que contar con la familia, que colaboren en el ingreso en llevarlo a cabo, porque su colaboración es imprescindible para hacer el ingreso, sino todo se vuelve muy difícil. Si son voluntarios también se cuenta con la familia.

Llevo tanto tiempo que históricamente es que ya conozco a la mayoría de las familias, incluso me llaman porque valoran que hay algún problema y les cito para que vengan, y lo cuenten delante de él.

Tras un ingreso hospitalario ¿Cuándo vuelves a retomar el contacto con la familia?

En media estancia tengo contactos más puntuales, son más necesidades de alguna gestión que no se pueda hacer desde la media y haya que hacerla desde el distrito, o que estuvieran a medio hacer por el distrito.

También algún contacto telefónico para ver cómo se sienten, como están ellos en la unidad, yo tengo mucho contacto con la familia.

Y luego al alta, retomamos, vienen y hablan de cómo ha sido la experiencia de la media, para poder ajustar y que los pacientes no se vayan a las mismas circunstancias que conllevaron el ingreso anterior.

También es verdad que no todo el mundo trabaja con tanto seguimiento. Con la larga, a no ser que la familia venga a algo muy puntual, se despega totalmente con el CSM, pero con la media no tengo la sensación de que la familia se despegue.

¿Qué intervenciones familiares consideras que mejora la calidad de vida de la persona diagnosticada con enfermedad mental grave y duradera?

Mayoritariamente practico sistémico, porque es lo que he estudiado, pero, aunque no tenga experiencia en grupos multifamiliares, tengo experiencia de familias de pacientes que han estaban mal y que los multifamiliares han ido muy bien, para escuchar, no tanto para intervenir.

Los casos que conozco se han dado a la vuelta de la media estancia, han empezado y de manera automática, que tampoco ha habido que insistir en que comiencen, ha sido un espacio donde pueden colaborar o no colaborar, donde pueden salir, entrar, y eso está generando mucha escucha, no implica mejoría como pueden ser ir a otros centros de la categoría de recursos, pero los grupos de multifamiliares son la clave.

También en mi zona de puente Vallecas, todos los recursos de salud mental tienen grupos multifamiliares de apoyo. También hay una asociación de familiares que es la segunda más antigua de Madrid que es de 1990 que ellos también tienen sus grupos familiares.

Entonces cuando no hay cabida en los recursos, les contamos la posibilidad de hacer grupo de apoyo desde este tipo de asociaciones, que a lo mejor no son tan multifamiliares respecto al encuadre teórico, pero sí de apoyo familiar.

ANEXO VI: ENTREVISTA TRABAJADORA SOCIAL UNIDAD DE AGUDOS, HOSPITAL RODRIGUEZ LAFORA

Desde su opinión y experiencia profesional ¿Qué considera que aporta el trabajo social como disciplina al ámbito de la salud mental?

Es una disciplina esencial para la rehabilitación en las personas con la enfermedad mental, junto al trabajo con otras disciplinas como psiquiatría, psicología, enfermería.

El trabajo social aporta elementos esenciales para conseguir la normalidad en el paciente con una enfermedad mental, para que pueda desarrollar una vida lo más normalizada posible en todas sus esferas.

Los trabajadores sociales podemos intervenir con ellos desde que ingresan en una hospitalización breve, trabajando su evolución, interviniendo con sus familiares y coordinando con los dispositivos externos para vincularle al tratamiento y a su continuidad a este en el centro de salud mental, también con servicios sociales. Luego en media y larga estancia el objetivo es favorecer la conciencia de enfermedad, la adherencia al tratamiento, su autonomía y sus habilidades. También trabajamos tema de adicciones y los trastornos de personalidad, que esta es una unidad que se ha creado recientemente, es joven, lleva existiendo pocos años.

En todas estas unidades el trabajo social es esencial.

¿Qué importancia das al papel de la familia en los procesos de salud mental?

Entiendo que la familia es muy importante en los procesos de la enfermedad, y sobretodo de la enfermedad mental, que es importante intervenir porque con el tiempo la familia sufre un desgaste que requiere de apoyos importantes.

Los trabajadores sociales tenemos la formación adecuada para hacer intervenciones familiares que favorezcan la rehabilitación del paciente y aportar a la familia los apoyos para conseguir superar el desgaste que podemos apreciar con la convivencia con personas con enfermedades mentales, es muy importante apoyar a los familiares, escucharlos y orientarles sobre la evolución de la enfermedad y sobre como ellos se tienen que cuidar para poder cuidar a sus familiares.

Eres Trabajadora Social en la unidad de agudos, ¿Qué implica esta unidad?

La unidad de agudos es una unidad de hospitalización breve donde ingresan los pacientes en situación aguda, es decir pacientes que se han desestabilizado de su patología, con lo cual requieren un ingreso breve para conseguir su ajuste en la medicación y demás; entonces es muy importante la intervención del trabajador social en esta unidad de manera que una vez que se haya conseguido que el paciente este estable, pues, hacer el enlace en la continuidad del tratamiento externo.

Es importante valorar la conciencia de enfermedad, y la adherencia al tratamiento que tiene el paciente, trabajar en esa línea, porque hay muchos pacientes que ingresan en agudos que tienen escasa conciencia de enfermedad y por lo tanto llevan el tratamiento de manera irregular.

Aquí también entra la intervención del trabajador social, para conseguir una continuidad en el tratamiento.

Trabajamos mucho la coordinación con los dispositivos externos desde la unidad, incluso trabajamos el favorecer el vínculo con estos dispositivos en los post-alta, trabajamos con las familias, en el sentido de informarles, orientarles, escucharlos, sobre cómo ha ido toda la evolución y como se puede seguir llevando para tratar que el paciente siga manteniéndose estable y cumpla con un tratamiento.

¿Cuál es tu día a día con la enfermedad mental grave y duradera?

Los trabajadores sociales en la unidad de agudos hacemos entrevistas individuales, casi siempre cuando ha cedido un poco el primer episodio por si vienen muy desestabilizados, intervenciones con otros profesionales, sobre todo psiquiatras, citamos a los familiares, que ahora con el COVID, se han reducido las entrevistas presenciales, pero espero que esto podamos recuperarlo, al igual que las visitas a domicilio, que también lo hacemos cuando lo consideramos porque las familias no pueden trasladarse, y hacemos reuniones periódicas con los centros de salud mental de los áreas que intervienen y también con servicios sociales.

¿Qué destacarías de la intervención del trabajador social con la familia?

Mira, nosotros los trabajadores sociales de aquí, damos mucha importancia a la familia.

Esto es algo que se ha ido haciendo de forma paulatina, ya que antes la intervención con la familia era muy escasa, pero hoy por hoy, la psiquiatría comunitaria, contempla la intervención con las familias, y la mayoría de los psiquiatras hace intervenciones con las

familias, es verdad que sobretodo y principalmente, estos profesionales, anteponen el contacto de los familiares para recoger la situación de cómo se comporta el paciente cuando está en el domicilio y demás, pero nosotros es verdad que podemos enfocarnos más de como orientar a la familia, preguntarles cómo se encuentran, sobre que apoyos pueden tener para estar mejor.

Ósea, lo más destacado sin ninguna duda, es el apoyo que somos capaces de ofrecer a la familia

¿Hay otras intervenciones que se hagan desde el hospital con la familia?

También psiquiatría hace intervenciones con la familia, pero no el problema es que no son todos los psiquiatras.

Generalmente lo que es la psiquiatría comunitaria, ha evolucionado en ese sentido, de que los psiquiatras den voz a los familiares.

Pero es verdad que nosotros tenemos formación en cuanto a poderles facilitar en que modo pueden llevar mejor lo que es esa enfermedad, orientarles en centros de apoyo, para que consigan ser escuchados y comprendidos. A veces, los psiquiatras que ven a los familiares, sobretodo y principalmente, lo dirigen a conseguir una información que les permita a ellos hacer un mejor diagnostico por el paciente, lo que es la intervención en apoyar a la familia en sí misma, yo creo que queda reducido más en nosotros.

Tras el alta hospitalaria ¿Hay algún tipo de intervención que continúe con la familia y el paciente?

Cuando el paciente sale del hospital, lo que nosotros trabajamos fundamentalmente es vincularle al propio paciente y a la familia con los dispositivos externos.

Esencialmente, nuestro trabajo finaliza aquí, cuando están vinculados con los otros profesionales, que son los encargados de llevar el tratamiento ambulatorio.

Hay veces que eso no existe, es decir que hay muchos casos, muchos pacientes que vienen aquí, no acuden a su centro de salud mental, que no se toman la medicación, que son los pacientes complejos, y que tenemos nosotros muchos y es una población que si es importante mencionar, que en el tiempo de la enfermedad mental va dejando como secuelas, por la pérdida del empleo, las relaciones interpersonales, la ruptura familiar, y algunos acaban en calle.

Entonces con algunas personas, de estos casos, sus intervenciones varían, y si son pacientes que no tienen red de apoyo sociofamiliar y además están en la red de personas sin hogar, pues el trabajo va a ser proporcionarles una mínima estructura para poder ir trabajando su inclusión, y como son pacientes de salud mental, pues tenemos también el equipo de calle que vinculamos con el equipo de salud mental que vienen al hospital, los visitan varias veces y favorecen el alta a un centro, que igual puede ser un centro de acogida o un albergue, pero que desde ahí se aseguran el tratamiento y van trabajando con ellos que puedan ir a un centro de rehabilitación.

¿Qué intervenciones familiares se practican para mejorar la calidad de vida de la persona diagnosticada con enfermedad mental grave y duradera?

Mira desde aquí en agudos, al igual que creo que las compañeras de media y larga estancia, hacemos una intervención sistémica, desde lo sistémico.

Es verdad, que una terapia más en profundidad o psicoanalítica, o algo de eso, pues no se si lo podrían hacer mejor desde los centros de salud mental, porque se hace poco, pero sí que hay, por ejemplo, en los CRPS que son los Centros de Rehabilitación Psicosocial, por lo tanto, poco hay en lo respectivo a intervenciones más duraderas con la familia desde los hospitales, es más enfocado desde fuera.