

El Trabajo Social en la intervención psicosocial con personas con Trastorno Mental Severo: Una reflexión sobre el papel de las familias

Beatriz Hernández Martín

Trabajadora Social

FEAFES-SALAMANCA-AFEMC Delegación de Ciudad Rodrigo

Resumen

A pesar de los numerosos avances, de la literatura actual, del cambio de discurso... la enfermedad mental sigue siendo un tema tabú en nuestra sociedad. Seguimos teniendo miedo de aquellos que son diferentes, y tendemos a negar la existencia de aquello que no entendemos, de aquello que nos asusta. Buscamos con este artículo aclarar ese concepto de enfermedad mental que tanto se desconoce; que son los Trastornos Mentales Severos que tan comunes son en las noticias televisivas; y, mostrar un campo de intervención en el que aún queda mucho por descubrir para el Trabajo Social. Reconocer la influencia de los factores sociales en la aparición y en la evolución de las enfermedades es esencial, pero especialmente si hablamos de patologías de tipo mental. El trabajo social tiene un intenso trabajo por hacer no solo con usuarios que padecen este tipo de enfermedades, sino también con los familiares de los mismos, los principales responsables de la atención y cuidado de estas personas.

Palabras claves

Enfermedad mental, Trastorno Mental Severo, Trabajo Social, Modelo biopsicosocial, Factores sociales.

Abstract

Despite advances, current literature and the change of speech, mental illness has been a taboo subject in our society. We still exclude who are different, and we deny the existence about things that we don't understand, what frightens us. We want to clarify the concept of mental illness even unknown and the severe mental disorders that are so common in the television news. Also, we talk about possible intervention to discover for Social Work, not only with users who suffer from this type of disease, also with the families of the same. Recognize the influence of social factors in the emergence and evolution of the disease is essential, but especially if we talk about pathologies of mental type.

Keywords

Mental illness, severe mental disorders, Social Work, social factors.

INTRODUCCIÓN

La concepción de la salud como algo eminentemente médico quedó obsoleta hace ya algunas décadas; Por todos es conocida la definición elaborada por la OMS¹ que reconoce la salud, como algo físico, psicológico y social. Sin embargo ¿se tiene en cuenta esta triple concepción de la salud en realidad? ¿Y a la hora de hablar de enfermedades mentales? Parece evidente la respuesta de que las enfermedades mentales tienen una amplia influencia en la vida de las personas y que la concepción de la enfermedad influye también en el tratamiento y en la vida del paciente, pero aún queda mucho por hacer en este campo de intervención.

En el presente artículo concretamos una definición de enfermedad mental y de trastornos mentales severos, y establecemos la influencia, tanto beneficiosa como perjudicial, que los factores sociales pueden tener en la aparición, desarrollo y evolución de las enfermedades mentales.

Hablamos sobre la atención que la Salud Mental recibe en España, de los servicios y del estigma que aún persigue a estas enfermedades. Reconocer las carencias y la ausencia de recursos comunitarios como un problema social se convierte en un primer paso para procurar el reconocimiento de las necesidades que, tanto familiares, como pacientes y asociaciones, manifiestan.

Actualmente, la atención a personas con problemas de salud mental en España, como analizaremos en profundidad a lo largo de las páginas de este trabajo, se puede definir en términos de escaso desarrollo y ausencia de recursos disponibles. La realidad a la que se enfrentan las personas que sufren algún tipo de enfermedad mental, no solo se relaciona con las características propias de la misma, sino también con la ausencia de una red de apoyo adecuado, un espacio donde la profesión del Trabajo Social tiene aún mucho por hacer.

MARCO TEÓRICO

La definición del concepto de salud ha sido objeto de múltiples discusiones científicas, siendo por tanto, muy variadas a lo largo del tiempo (Alonso 1994). Aceptada de forma universal, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define este término, en el Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de La Salud (1946), como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad*”, una definición aceptada por la Conferencia Sanitaria Internacional y que no ha sido modificada desde entonces. Se trataba de elaborar una definición que pusiera en relieve la prevención (Szeming 1988) y dejara a un lado la concepción de la salud como la mera ausencia de enfermedad.

Esta definición, supone un primer avance en el reconocimiento de los determinantes de salud, y en la consideración de los factores psicológicos y sociales como imprescindibles para poder hablar en términos de salud real, especialmente relevantes si nos adentramos en el campo de la salud mental.

Definir la enfermedad mental es más complicado que la definición de la enfermedad somática, ya que afecta a unos parámetros mentales más complejos de describir y evaluar: el cerebro y la conducta humana (Pérez 2012). Se trata de un concepto intrínsecamente

.....
¹ Organización Mundial de la Salud. La definición aparece en el siguiente enlace de la página oficial de la OMS <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> (Visto en Agosto de 2013)

ligado al concepto de salud mental, el cual, aceptando la definición que elaborada por Leal podemos identificarlo como un estado dinámico de equilibrio psíquico, que permite a la persona encontrarse bien consigo misma y con los demás. Todo ello sin detrimento de los esfuerzos del individuo por superar dificultades, obstáculos y crisis, con el consiguiente sufrimiento psíquico y la natural vivencia de angustia (Leal 2002).

El concepto de enfermedad mental no es un concepto neutro, ya que no se trata de una mera cuestión teórica, sino que la definición de este concepto puede tener importantes repercusiones en la vida del individuo y en la sociedad (Pérez 1995).

Existen numerosos mitos y prejuicios en la sociedad en torno a los trastornos mentales, convirtiéndolos en enfermedades que marcan el desarrollo vital de la persona que las padece, no solo por las características de la enfermedad en sí, sino por las dificultades con las que se encuentra la persona para poder realizar una vida normalizada en la sociedad, entre otros factores, por el estigma que sufre tanto el afectado como la familia (Aznar 2004).

Además, el concepto de enfermedad mental es un concepto cambiante, que evoluciona y que viene determinado por el modelo teórico elegido. Contamos con 5 modelos teóricos principales en torno al concepto de enfermedad mental, tal y como se muestran sintetizados en el cuadro 1.

Cuadro 1. Síntesis de las características de los modelos que abordan los TM

| <i>Tipos de modelos</i> | <i>Fundamentación</i> | <i>Etiología de la enfermedad mental</i> | <i>Proceso</i> | <i>Tratamiento</i> |
|------------------------------|--|---|---|--|
| <i>Modelo Médico</i> | Teoría orgánica | Causas orgánicas | Estudio del cuadro clínico y diagnóstico | Farmacológico |
| <i>Modelo Conductista</i> | Teoría del aprendizaje | Condicionamiento o ausencia de condicionamiento adecuado | Identificación de la conducta patológica | Conductismo |
| <i>Modelo Psicodinámico</i> | Teoría psicoanalítica | Motivaciones y vida intrapsíquica del paciente | Estudio de la vida intrapsíquica del paciente | Psicoterapia |
| <i>Modelo Sociológico</i> | Psiquiatría comunitaria, Psiquiatría institucional, Antipsiquiatría... | Factores sociales y culturales: contradicciones sociales | Solución ligada a los cambios sociales: compromiso social y praxis política | No |
| <i>Modelo Biopsicosocial</i> | George Engel | Factores: - Biológicos - Psicológicos - Sociales | Diagnóstico médico, psicológico y social | Combinación de tratamiento farmacológico, psicológico y social |

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de las obras de Pérez (1995), Adolfo (2004) y Traid (2005).

Actualmente, la definición de enfermedad mental más aceptada se basa en el último modelo que aparece en el cuadro 1; El Modelo Biopsicosocial, propuesto por el autor George Engel (1977), quien se opuso al reduccionismo biomédico y criticó a la psiquiatría por convertirse en una ciencia “deshumanizada”, que no consideraba todos los aspectos que afectan a la vida de la persona, es decir, hablamos de un modelo que reconoce la importancia de los factores biológicos, psicológicos y sociales (Traid 2005).

En este marco teórico adquiere aún más relevancia la profesión del Trabajo Social en la intervención con personas que padecen una enfermedad mental, especialmente con aquellas personas que padecen algún Trastorno Mental Severo².

En la elaboración de este trabajo, nos basaremos en la Clasificación Psiquiátrica del DSM IV (1995) por su universalidad, aunque sin excluir aspectos de la clasificación CIE 10. Basándonos en el conocimiento que proporciona el DSM IV (APA 1995) podemos establecer una clasificación de 11 grupos de trastornos psiquiátricos generales, a los que hacemos referencia en el esquema 1. Sin embargo, nos centraremos especialmente en un grupo de trastornos ya nombrados anteriormente como TMS y que explicamos a continuación.

Esquema 1. Clasificación de trastornos psiquiátricos.

1. Delirium, demencia, trastorno amnésico y otros trastornos cognitivos.
2. Alcoholismo y toxicomanías
3. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
4. Trastornos del estado de ánimo o trastornos afectivos
5. Trastornos de ansiedad, somatomorfos y disociativos
6. Trastornos de la personalidad
7. Trastornos sexuales
8. Trastornos del sueño
9. Trastornos de la conducta alimentaria
10. Trastornos de adaptación y otros trastornos psiquiátricos
11. Psiquiatría infantil

Fuente: DSM-IV (APA 1994).

Las personas con enfermedad grave y crónica: Trastorno mental severo (TMS)

El término *persona con enfermedad grave y crónica* es utilizado para definir a un extenso y difuso grupo de pacientes que sufren una enfermedad mental grave y de larga duración (Sobrino 2007). Sin embargo, este término conlleva una connotación negativa y estigmatizante ante el término “crónico” o “cronicidad”, lo que está estableciendo un cambio hacia la sustitución de este por el término de Trastorno Mental Severo (TMS), cuya definición más representativa es la emitida en 1987, en EEUU, por el Instituto Nacional de Salud Mental, y que abarca tres dimensiones (Gisbert 2003):

- *Diagnóstico*: excluye los trastornos orgánicos, e incluye a personas que sufren trastornos psiquiátricos graves, fundamentalmente psicosis, trastorno bipolar, trastornos depresivos graves, trastorno delirante y otros trastornos como algunos trastornos graves de personalidad (ej. Trastorno límite de la personalidad).
- *Duración de la enfermedad y el tratamiento*: superior a dos años.

.....
² Trastorno Mental Severo: aparecerá con las siglas TMS.

- *Presencia de discapacidad*: disfunción moderada o severa del funcionamiento global medido a través del GAF³

Epidemiología y etiología de la enfermedad mental

La enfermedad mental es diferente en cada paciente, ya que se encuentra influida por factores tanto biológicos (hereditarios, genéticos) como psicológicos y sociales, la mayor parte de las veces relacionados con factores arbitrarios del desarrollo vital (acontecimientos estresantes o imprevistos, por ejemplo). La enfermedad mental no responde a grupos sociales, ni a nivel socioeconómico, ni siquiera a un nivel cultural determinado. La enfermedad mental parece distribuirse de forma igualitaria en la sociedad, con apenas variaciones entre los sexos (tan solo en determinados trastornos) (Sobrino 2007).

La frecuencia de la enfermedad mental, se estima, entre las consideradas leves, moderadas y graves, en torno al 20% de la población (Pérez 2012).

El objeto de este trabajo son los determinados Trastornos Mentales Severos (TMS); La cuantificación de la población que sufre este tipo de trastornos presenta múltiples dificultades, no solo por la comorbilidad propia de los trastornos psiquiátricos (Pérez 2012), sino también por la polisemia del término y por tanto la heterogeneidad de criterios operacionales para calcular su tamaño (Sobrino 2007). Tomando datos ofrecidos por diferentes estudios (AEN 2002), el 40% de los trastornos psicóticos cumplen criterios del TMS y un 9% de los trastornos no psicóticos atendidos cumple también dichos criterios.

En este mismo documento elaborado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría, “*Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo Situación actual y recomendaciones*” (AEN 2002) se establece como prioridad identificar y delimitar la población que sufre TMS basándose no solo en variables clínicas, sino considerándose también los factores sociales y psicológicos que influyen en el desarrollo de estas enfermedades, y donde es clave la profesión del trabajo social.

Factores Sociales y Enfermedad Mental.

Como hemos destacado anteriormente, en este trabajo nos centraremos en el Modelo Biopsicosocial, el más aceptado en la actualidad y que reconoce los factores sociales en el binomio salud-enfermedad. Estos factores, constituidos por la actuación que ejerce el contexto social y ambiental sobre el individuo, influyen en la aparición y desarrollo de las enfermedades mentales.

Concretamente, la convergencia de una serie de circunstancias personales y ambientales concretas (vulnerabilidad, estrés...) facilitan el desarrollo de un episodio de crisis, y por tanto, la evolución de la enfermedad varía en función de las condiciones sociales con las que se encuentre la persona enferma, que como se presentan en el cuadro 2, pueden favorecer u obstaculizar la evolución de la enfermedad.

.....
³ Global Assessment of Functioning. APA. 1987.

Cuadro 2. Aspectos sociales que afectan a la evolución de las enfermedades mentales.

| <i>Factores protectores</i> | <i>Factores de riesgo</i> |
|--|---|
| Ambientes previsibles y con un nivel de demanda adecuado a las capacidades de la persona | Ambientes imprevisibles o muy demandantes |
| Ambientes con una emocionalidad moderada | Ambientes con mucha carga emocional |
| Ambientes que potencian la autonomía | Ambientes sobreprotectores |
| Normas de comportamiento consistentes y claramente delimitadas | Normas de comportamiento difusas, ambiguas o cambiantes |
| Nivel de actividad moderado | Actividad excesiva o muy escasa |
| Dieta equilibrada | Abuso de alcohol y otras drogas |
| Ejercicio físico moderado | Inactividad |
| Recuperación progresiva del contacto social | Aislamiento social |
| Ser considerado una persona con múltiples facetas | Ser considerado un enfermo |
| Establecer un proyecto vital viable | Establecer metas demasiado elevadas o ausencia de un proyecto vital |

Fuente: Elaboración propia, a partir del libro “Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia” (Aznar 2004).

Antecedentes:

La atención a las personas con Enfermedad Mental en España

En el año 1985 se inicia en España un proceso de Reforma Psiquiátrica con la publicación del Informe de la Comisión Ministerial “Documento general y recomendaciones para la reforma psiquiátrica y la atención a la salud mental”, en función del cual, y con la incorporación en 1986 de la Ley General de Sanidad, se estableció un Sistema Nacional de Salud.

Dicho sistema, en lo relacionado a la salud mental, fue enfocado hacia la evolución de un sistema puramente asistencial y basado en internamientos definitivos, a un régimen comunitario, caracterizado por los siguientes postulados (Balanza 2008):

- 1) En función de las estructuras sanitarias:
 - Coordinación entre los equipos de atención primaria y la atención especializada en salud mental.
 - Equipos de Salud Mental de composición multidisciplinar como primer eslabón dentro de la atención especializada.
 - Unidades de hospitalización de corta estancia, para personas con enfermedad mental, en Hospitales generales.
 - Potenciación de los recursos intermedios, reduciendo la institucionalización de los pacientes y facilitando su integración en el ámbito comunitario.
 - Transformación de los hospitales psiquiátricos en instituciones rehabilitadoras.
- 2) Potenciación de un modelo que garantice una asistencia integral, integrado en la estructura sanitaria.
- 3) Atención especial a los grupos de riesgo mediante programas específicos: salud mental infantil y juvenil, drogodependencias y pacientes geriátricos.

Sin embargo, aunque es cierto que se han producido avances y se han desarrollado y potenciado los recursos para proporcionar atención a personas con enfermedad mental, están muy lejos de alcanzar el desarrollo necesario que le correspondería, debido a la carga familiar y social atribuible a los trastornos mentales (Pérez 2006). A esto hay que añadir, las diferencias existentes entre unas comunidades autónomas y otras, ya que se han desarrollado a diversos ritmos y existe una gran variación del gasto entre las mismas, pudiéndose identificar, como rasgos generales, las siguientes debilidades (Espino 2002):

- 1) En cuanto a la organización de los servicios, se destaca la ausencia de:
 - un Plan Nacional de Salud Mental;
 - un modelo consolidado de servicios centrado en la comunidad;
 - estadísticas centralizadas, fiables, sencillas, accesibles y comparables entre los distintos territorios;
 - coordinación real de experiencias entre las Comunidades Autónomas;
 - investigación adecuada, tanto la financiada como la autónoma, ya que destaca un escaso número en ambas.

A lo anteriormente citado, se une un desorden organizativo y de discreción en el afrontamiento de problemas sociales relacionados con la salud mental y un desarrollo desigual de la atención primaria y los servicios sociales, así como la existencia de un claro desborde de las consultas ambulatorias con un insuficiente desarrollo y devaluación institucional de los programas de atención a la salud mental de la comunidad.

- 2) En cuanto a la financiación, la falta de transparencia del presupuesto sanitario dedicado a la salud mental (ANEMS 2003), se añade la falta de compromiso en el desarrollo de las prestaciones.
- 3) En relación a la política y la satisfacción del personal y las organizaciones, podemos destacar las siguientes características:
 - Insuficiencia formativa y ausencia de políticas públicas rigurosas de formación continuada.
 - Desmotivación y acomodación de los profesionales (Moré 2000).
 - Ausencia de una política de personal que incentive la dedicación profesional y los resultados de la asistencia profesional (Espino 2001).
- 4) Relacionado con la calidad y competencia de los servicios, debemos señalar lo siguiente:
 - Insatisfacción entre los familiares de las personas con enfermedad mentales.
 - Unificación de prácticas psiquiátricas con una fuerte tendencia a la medicalización.
 - Reducción del interés por los debates teórico-prácticos así como la falta de consenso profesional sobre:
 - las atenciones sanitarias con las que deben contar las personas con enfermedad mental crónicas y sus familiares;

- las características que debe tener la atención a las personas con enfermedad mental;
 - los compromisos necesarios a establecerse entre los recursos sanitarios y los recursos de apoyo psicosocial.
- 5) En cuanto a la capacidad de adaptación a los cambios en el entorno, debemos partir de que no se puede hablar de verdaderos cambios en el ámbito de la salud mental, sino de mecanismos de acomodación (Ronco 2000); partiendo de este punto de vista, consideramos que:
- hay un insuficiente desarrollo de recursos comunitarios necesarios para atender a las personas con enfermedad mental;
 - los procedimientos burocráticos existentes son ineficientes en la organización de la administración de salud mental.

Todo esto, nos permite afirmar que nos encontramos ante un Sistema de Salud con numerosas debilidades en el campo de la atención a la Salud Mental, lo cual se traduce en una falta de atención integral a las personas con enfermedad mental y en las desigualdades existentes en los distintos territorios.

La atención y cuidados de las personas con enfermedad mental ha quedado en mano de redes comunitarias no del todo desarrolladas, y por tanto la responsabilidad recae en las familias (cuando existen). La Reforma Psiquiátrica ha propiciado el paso de hospitalizaciones únicas y permanentes a múltiples hospitalizaciones parciales cuando son necesarias (Ribé 2011), lo que implica la ausencia de redes suficientes de apoyo para el cuidado, tanto de las personas enfermas como de sus familias, que se ven, en muchas ocasiones, superadas por la situación.

ANÁLISIS DEL TEMA

Tal y como hemos señalado en uno de los apartados anteriores, los Trastornos Mentales Severos incluyen una serie de patologías principales, tales como esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos depresivos graves y algunos trastornos graves de personalidad, como el trastorno límite de la personalidad.

Todos estos trastornos se caracterizan por la aparición de una serie de síntomas que dificultan la vida de la persona que los padece, pero también de las personas que se encuentran a su alrededor. Sin embargo, estos síntomas no son siempre la causa de los conflictos, muchas veces el no entendimiento de la enfermedad, la falta de información, los prejuicios y la ausencia de apoyos se traduce en situaciones de estrés, rupturas familiares y continuos problemas que dificultan la dinámica familiar. Situaciones que desbordan a cada miembro de la familia y que no ayudan sino perjudican la recuperación de la persona que padece la enfermedad.

En la elaboración de este artículo partimos de la hipótesis de que la influencia de los factores sociales es determinante en la evolución de la enfermedad que padece la persona, y por tanto en su desarrollo personal, e identificamos la profesión del trabajo social como esencial para el mantenimiento de unos factores que no solo no perjudiquen, sino que

favorezcan la evolución de la enfermedad (Como hemos podido observar en el cuadro 2).

El trabajo social, partiendo de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales, mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. El objeto de esta profesión, basándonos en la definición que Escartín (1988) hace del mismo, puede sintetizarse en el proceso de ayuda por el cual el profesional mediante técnicas y procedimientos propios promueve los recursos de la comunidad y del individuo, para ayudar a este a superar conflictos derivados de su interrelación con el medio y otras personas.

El papel de este perfil profesional es determinante en la atención de personas que padecen algún tipo de patología mental especialmente en el sistema de atención que nos encontramos, no desarrollado en los términos necesarios. Al margen de la sintomatología propia de la patología padecida y que difiere en función del diagnóstico, si se detectan una serie de “principales problemáticas y necesidades” específicas en gran parte de las personas que sufren TMS, al margen de las necesidades comunes al resto de la población (alimentación, higiene, apoyo social y familiar, trabajo, afecto...). Estas problemáticas y necesidades pueden sintetizarse en las siguientes (Sobrino, 2007):

- Atención y tratamiento de la salud mental.
- Atención en momentos de crisis
- Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social
- Integración laboral
- Apoyo al alojamiento y atención residencial comunitaria
- Apoyo económico
- Protección y defensa de sus derechos
- Apoyo a las familias

Todas estas necesidades requieren una perspectiva comunitaria en su intervención. Por ejemplo, parece imposible la integración laboral de las personas con enfermedad mental si no se establecen mecanismos para luchar contra el estigma que padecen estas personas. La protección y defensa de sus derechos constituye la base para acabar con este lastre al que se enfrentan las personas que padecen algún tipo de enfermedad mental y sus familiares. En el artículo “*Estigma y enfermedad mental*” de Arnaiz y Uriarte (2006) se hace referencia al concepto de Estigma Público, que constituye las reacciones de la población en general hacia un grupo basadas en el estigma hacia ese grupo concreto. Las personas con enfermedad mental se enfrentan no solo a la carga de la sintomatología que padecen, sino también a la carga de los prejuicios y miedos del resto de la sociedad. El lenguaje es revelador, y marca una distancia entre “ellos” y “nosotros”, excluyendo a las personas con enfermedad mental del grupo al que nosotros podemos pertenecer (Arnaiz 2006). A la perpetuación de este estigma también contribuyen los medios de comunicación, quienes, a pesar de demostrar avances a lo largo de los años, siguen cayendo en la línea de titulares morbosos y que no muestran sino una información sesgada y alejada de la realidad⁴

.....
 4 Para más información consultar el documento: “*Salud Mental y Medios de Comunicación: Guía de Estilo*”, publicada por FEAFES y disponible en el siguiente enlace: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/saludMental/docs/Salud_Mental_Guia_de_estilo.pdf

La atención en los momentos de crisis no es suficiente si se limita en el tiempo, pues evitar las crisis es posible si se consigue un ambiente y un clima adecuado, facilitando la distinción de los síntomas prodrómicos y dando a la prevención la importancia que merece. La rehabilitación de las personas con enfermedad mental no es imposible, y pasa por la potenciación de una vida normalizada. Es en este ámbito donde el trabajo social, como profesión, tiene mucho por hacer. Existe una amplia literatura sobre la intervención y rehabilitación psicosocial de personas con enfermedad mental, sin embargo el trabajo con las familias muchas veces queda de lado, olvidado, sin darle la importancia que merece.

No podemos pasar por alto la situación de atención que viven actualmente las personas con enfermedad mental en España, los Centro de Rehabilitación, de Convalecencia y Unidades de Media Estancia apenas existen, y cuando lo hacen son de carácter voluntario y por tanto muchas de las personas rechazan acudir a ellos. ¿Quién queda entonces a cargo de la persona que sufre la enfermedad? ¿En quién recae toda la responsabilidad? Las familias son las encargadas últimas de los pacientes y son quienes se enfrentan a situaciones muchas veces sin conocer las herramientas y las pautas adecuadas. Durante la realización de entrevistas las quejas más habituales de las familias que llevan por primera vez al centro es: “No sé como tratarlo”, “no entiendo lo que le pasa”⁵.

El no entendimiento de la situación se traduce en un sufrimiento para la propia familia, pero también para el paciente. El acogimiento y la información, en esa primera fase del proceso de ayuda es esencial para la familia y el profesional. Creemos que la familia, muchas veces, busca una solución “milagro” a sus problemas, pero en realidad, buscan un poco de aliento, un apoyo a una situación para ellos desbordante.

Pero el papel del trabajador social no debe limitarse a la simple recepción de la demanda y a la tramitación de prestaciones que, si bien son útiles y necesarias, no deben constituir nunca la esencia de la intervención. Dentro de los aspectos comunes de necesidades que hemos señalado anteriormente, se encuentran el apoyo y el acompañamiento, convirtiéndose en profesional en una referencia para la familia, donde al menos puedan encontrar una persona con la que expresarse, compartir sus ideas y solucionar sus dudas. Los grupos de autoayuda, la Escuela de Familias o psicoeducación para familiares son esenciales para iniciar el proceso, pero no debemos olvidar la importancia del acompañamiento, del seguimiento y del apoyo continuo.

.....
5 Entrevistas de acogida desarrolladas en el Centro del Servicio de Atención a la Autonomía Personal (SEPAP) de la Delegación de AFEMC en Ciudad Rodrigo.

CONCLUSIONES

La complejidad de las patologías de tipo mental hace que el abordaje de las mismas desde un punto de vista exclusivamente médico sea insuficiente. Actualmente se acepta el modelo psicosocial como el modelo válido, que abarca en conjunto este tipo de patologías, sin embargo, la consideración de este modelo es solo el principio. No es suficiente con que se reconozcan la importancia de los factores sociales y psicológicos en la aparición y evolución de enfermedades, eso solo nos sirve para situarnos como profesionales, sin embargo, aún queda mucho por hacer a este respecto.

Dentro del modelo psicosocial parece obvia la influencia que la familia ejerce sobre la persona enferma y también como la enfermedad afecta y modifica la forma de vida de estas personas, por lo tanto se hace esencial la intervención no solo con las personas que padecen la patología, sino también con sus familiares. El entendimiento de la enfermedad, el reconocimiento de los pródromos y sintomatología en el paciente, la administración de la medicación, el control de las emociones y el mantenimiento de rutinas diarias son factores, que, como ya hemos señalado en este artículo, pueden ejercer una importante influencia en el trascurso de la enfermedad. Sin embargo, no podemos esperar que las familias “nazcan aprendidas”, el Trabajo Social tiene una importante labor en este tema, procurando una ayuda y acompañamiento, consiguiendo para las familias un camino de aprendizaje, al menos, un poco más sencillo.

BIBLIOGRAFÍA

Adolfo Apreda, G (2004): “Epistemología y Psiquiatría”, *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* Vol. 11 n° 4 (en línea) http://alcmeon.com.ar/11/44/02_apreda.htm Visto en Septiembre de 2013.

AEN (2002) *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones*. Cuadernos técnicos, n°6. Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Alonso R. (1994) “El paciente crónico y su entorno social”. *Nefrología* XIV (1). En línea: <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P7-E110/P7-E110-S140-A2593.pdf>. Visto en Agosto de 2013.

ANEMS (2003): Informe sobre la situación actual de la atención a la salud mental en España. (En línea), http://www.anesm.net/anesm/contents/html.php?archivo=_profesion_situacion_salud_mental_en_espa%F1a Visto en Septiembre de 2013.

Arnaiz A. y Uriarte J.J. (2006). “Estigma y enfermedad mental”, en *Norte de Salud Mental* n°26 (49-59)

Aznar Avedaño Elena y Ángeles Berlanga Adell (2004): *Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia: Manual para la familia y el cuidador*, Madrid: Ediciones Pirámide.

Balanza P. (2008): “Algunas consideraciones sobre la situación actual de la reforma psiquiátrica en España”, *Norte de Salud Mental*, 7 (31): 52-56.

CIE-10 (1992): *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*, Madrid: Ed. Meditor.

DSM-IV (1995): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona:

Ed. Masson.

Engel George L. (1977) "The need for a new medical model: A challenge for biomedicine", *Science*, 196 (4286): 129-136.

Escartín Caparrós M.J. (1988) *Apuntes de trabajo social individualizado*. EUTS Alicante.

Espino A. (2001): *Consultoría Internacional para el fortalecimiento de la Dirección Nacional de Salud Mental del SESPAS: Informes*, República Dominicana: CERSS.

Espino A. (2002): "Análisis del estado actual de la reforma psiquiátrica: debilidades y fortalezas. Amenazas y oportunidades", *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXII (81): 39-61.

Gisbert C. (2003) *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. AEN, Colección de estudios 28. Madrid.

Leal F (2002). *Comprender la enfermedad mental*. Universidad de Murcia. Servicio de Publicaciones F.G. Graf S.L.

Moré Herrero M.A. (2000): "La inacción de la administración", en *AEN Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental, Primavera 2000*, (En línea) <http://www.amsm.es/boletines/2000-Primavera.pdf> Visto en Septiembre de 2013.

Pérez Urdániz A. y Romero E.F. (1995) *Psiquiatría para no psiquiatras*, Salamanca: Tesitex S.L.

Pérez Urdániz A. y Romero E.F. (2012) *Psiquiatría para no psiquiatras*. Ed revisada. Salamanca: Tesitex S.L.

Ribé José Miguel, María Àngels Valero y Carles Pérez-Testor (2011). "Grupo de familiares de pacientes con trastorno mental severo: aspectos dinámicos, técnicos y reflexivos a partir de una experiencia terapéutica grupal", *Avances en Salud Mental Relacional*. 10(2)

Ronco Emilio y Eduardo Llaró (2000): *Aprender a gestionar el cambio*, Barcelona: Paidós.

Sobrino T. y Rodríguez A. (2007) *Intervención social en personas con enfermedades mentales graves y crónicas*. Madrid: Editorial Síntesis.

Szeming Sze (1988) "Los modestos comienzos de la OMS". *Foro Mundial de la Salud*. 9 (1) pp. 30-35

Traid Virgilio et al (2005). *Revisión histórica del modelo biopsicosocial*. (En línea) http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/3479/1/interpsiquis_2005_20229.pdf . 6º Congreso virtual de Psiquiatría. Visto en Agosto de 2013.