



Universitat Oberta  
de Catalunya

# TRABAJO FIN DE MÁSTER EN TRABAJO SOCIAL SANITARIO

---

Depresión y calidad de vida. La importancia de la atención integral para la recuperación de la persona enferma.

**Autor/a: D<sup>a</sup> María Casado Aceves.**

**Tutor/a: D. J. Daniel Rueda Estrada.**

**Universitat Oberta de Catalunya**

**CURSO 2015-2016**

**FECHA DE ENTREGA: 01/07/2016**

## **Agradecimientos**

Me gustaría comenzar este trabajo agradeciendo a todas las personas que me han acompañado durante el tiempo en el que he estado desarrollando el máster y la elaboración del trabajo final.

A los profesores y consultores por todos los conocimientos adquiridos durante este año, y en especial, a Dolors por su entrega diaria, a Marta, por su intenso acompañamiento durante las prácticas, y a Daniel, por su apoyo y orientación en la realización del presente trabajo.

Agradecer, por último, a los compañeros de FEAFES, que me han permitido adentrarme con ellos en el ámbito de la salud mental durante el periodo de prácticum, y percibir las potencialidades y dificultades que giran alrededor de la atención de la salud mental en España, así como a las personas que desinteresadamente han colaborado conmigo para ofrecerme su visión profesional y personal sobre el tema que ocupa el presente estudio.

## **ÍNDICE GENERAL:**

<b>Resumen</b> .....	<b>3.</b>
<b>1.-Justificación</b> .....	<b>5.</b>
<b>2.-Introducción</b> .....	<b>6.</b>
<b>3.-Marco teórico</b> .....	<b>10.</b>
<b>3.1. Introducción al concepto de depresión</b> .....	<b>10.</b>
3.1.1. Etiología.....	12.
3.1.2. Consecuencias.....	14.
<b>3.2. Modelos teóricos en la atención sanitaria. Modelo biomédico, modelo bio-psico-social y terapias alternativas</b> .....	<b>17.</b>
3.2.1. Modelo biomédico .....	17.
3.2.2. Modelo bio-psico-social.....	19.
3.2.3. Tratamientos e intervención en los procesos depresivos .....	20.
<b>3.3. Contexto actual en la atención a personas con depresión</b> .....	<b>26.</b>
3.3.1. Marco normativo. Catálogo de prestaciones y cartera De servicios .....	27.
3.3.2. Dificultades actuales en la atención a la depresión.....	30.
<b>4.-Metodología</b> .....	<b>35.</b>
4.1. Campo de estudio y objetivos .....	35.
4.2. Selección del método y técnica de recogida de datos .....	36.
4.3. Selección del perfil de los entrevistados.....	36.
4.4. Categorías de estudio y análisis de datos .....	37.
<b>5.-Análisis de resultados</b> .....	<b>39.</b>
5.1. Concepto de depresión.....	39.
5.2. Funcionamiento del sistema.....	40.
5.3. Percepción del paciente con depresión.....	42.
5.4. Retos profesionales .....	44.
<b>6.-Conclusiones-discusión</b> .....	<b>45.</b>
6.1. Resultados .....	45.
6.2. Reflexión final.....	48.
<b>7.-Propuestas de intervención e innovación</b> .....	<b>51.</b>
<b>8.-Nuevas líneas de investigación que se abren con los resultados</b> .....	<b>56.</b>
<b>9.-Bibliografía</b> .....	<b>58.</b>
<b>10.-Anexos</b> .....	<b>64.</b>
10.1. Anexo 1 .....	64.
10.2. Anexo 2 .....	64.
10.3. Anexo 3 .....	65.

**Resumen:** El trastorno por depresión será, según la Organización Mundial de la salud, una de las tres primeras causas de discapacidad para el año 2030<sup>1</sup>. Dicho trastorno aparece ante la sociedad como algo invisible, pero genera una serie de necesidades y consecuencias en diversos ámbitos de la vida de la persona y su entorno, así como en el desarrollo general de la sociedad, exigiendo por ello, una atención integral y compleja, mediante la participación proactiva y coordinada de diferentes profesionales.

Dada la gran prevalencia de este problema de salud mental y las graves consecuencias que genera, se aborda el presente estudio como una necesidad de conocer y comprender qué factores de riesgo influyen en la aparición de trastornos por depresión, y qué necesidades se generan con este, así como de qué manera y bajo qué premisas está siendo abordado por el sistema sanitario, pudiendo conocer qué está fallando en lo referido a la detección y tratamiento de los trastornos depresivos en España y cuál es el papel que tiene el profesional de trabajo social sanitario en este escenario planteado.

Este análisis insta a la toma de conciencia profesional sobre la necesidad de introducir una serie de cambios y mejoras que permitan garantizar una atención sanitaria eficaz que promueva la calidad de vida de las persona enfermas y sus familias y facilite su recuperación.

**Palabras clave:** Trastorno por depresión, salud mental, trabajo social sanitario, atención sanitaria, modelo biomédico, modelo bio-psico-social, familia, calidad de vida.

**Abstract:** The depressive disorder will be, according to the World Health Organization, one of the three firsts causes of disability for the year 2030. That disorder appears at the society like something invisible, but it generates a series of needs and consequences in diverse ambiances of the life of the person and its environment, as well as in the general development of the society, demanding for it, an integral and complex attention, by means of the proactive and coordinated participation of different professionals.

Considering the big predominance of this problem of mental health and the serious consequences that it generates, there is tackled the present study as a need to know and to understand what risk factors influence the disorders appearance for depression and what needs are generated by this one, as well as of what way and under what premises it is being tackled by the sanitary system, being able to know what is failing un the recounted to the detection and treatment of the depressive disorders in Spain and what is the role that the professional of healthcare social work has in this raised stage.

Depresión y calidad de vida. La importancia de la atención integral para la recuperación de la persona enferma.

This analysis urges to the professional realization on the need to introduce a series of changes and progress that they allow to guarantee an effective sanitary attention that promotes the quality of life of the sick person and its families and facilities its recovery.

**Keywords:** Depressive disorder, mental health, healthcare social work, healthcare, biomedical model, biopsychosocial model, family, quality of life.

## **1.- JUSTIFICACIÓN**

El presente trabajo nace de una inquietud sobre la eficacia de las intervenciones que se hacen en el ámbito de la salud mental. Comencé a percibir una serie de déficits en este ámbito de intervención, donde las recuperaciones son largas y complejas. El tema escogido es el trastorno por depresión, por tratarse de un problema escasamente reconocido como algo grave y de fundamental atención a todos los niveles.

He percibido en bastantes ocasiones, que multitud de casos se centraban en la satisfacción de la demanda expresada. Los profesionales han visto obstaculizada su capacidad para realizar funciones que requieran más intensidad.

Por ello, y encontrándonos en una sociedad en la que la depresión tiene una gran prevalencia, es importante, dedicarle el esfuerzo que merece, y realizar un trabajo de profundización y reflexión sobre qué está pasando para que exista este número, qué factores lo facilitan y qué no se está haciendo bien para que no se den las mejores atenciones. Es fundamental conocer en qué medida, quien tiene la función de trabajar para la garantía del bienestar social de estas personas, empezando por el Estado y terminando por los trabajadores sociales, lo están cumpliendo.

Es posible, que el amplio trabajo burocrático y una adjudicación de funciones residuales a los Trabajadores Sociales Sanitarios, hayan limitado su capacidad para poder trabajar en la mejora de las intervenciones. Esta mejora implicaría avanzar hacia un modelo centrado en la persona, que garantice la continuidad asistencial y facilite la recuperación plena, mediante la búsqueda y puesta en marcha de intervenciones eficaces dirigidas a la promoción, prevención y sensibilización. Y es necesario transmitir estos obstáculos y necesidades al resto de profesionales.

Esta percepción me insta a conocer cuál es la visión que el profesional del trabajo social sanitario tiene sobre su propia intervención, y la del resto de profesionales sanitarios, así como sus actitudes y percepciones con respecto al colectivo, y de qué manera se podría mejorar y transformar su situación. Ello, además permitirá el reconocimiento de los errores y la superación de estos.

El trabajo que se presenta permite demostrar que se han adquirido las competencias necesarias para la superación del máster. Entre otras, la capacidad de análisis crítico y reflexión sobre la intervención en trabajo social sanitario, sus déficits y retos, el desarrollo de procedimientos de investigación que permitan generar conocimiento, enriqueciendo así la profesión en cuanto que mejora las intervenciones y permite una adaptación continua a las necesidades que imperen en ese contexto determinado, en el compromiso ético de avanzar hacia la calidad total.

## **2. INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo, pretende acercarse a la realidad de las personas que padecen un trastorno por depresión. Nos encontramos ante un trastorno de gran prevalencia, y sin embargo, con un alto grado desconocimiento a nivel público sobre lo que implica, sus causas, y las consecuencias que puede llegar a tener.

Existen diferentes tipos de depresión, sin embargo no es considerado como una enfermedad grave, o al menos, no tanto como puede ser una esquizofrenia, por ejemplo. En este sentido, quizás no se esté ofreciendo la atención que las personas que lo padecen requieren.

El mismo presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría, Miguel Ángel Gutiérrez, afirma en una entrevista realizada por EFE salud<sup>2</sup>, que hay enfermedades más habituales, como la ansiedad o la depresión, y después enfermedades graves, como la esquizofrenia o las demencias. Ello puede indicarnos que hay problemas de salud mental que se consideran más graves que otros, y entre los menos graves, se encuentra la depresión, sin embargo, es importante que se tenga en cuenta el gran deterioro que se puede producir a otros niveles, y el grave problema de salud que se puede generar si no se atiende de manera eficaz una depresión leve. En este sentido, en el simposio celebrado en Madrid bajo el título de “experiencia y evidencia en psiquiatría, en 2005, el director del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital San Carlos de Madrid, Juan José López Ibor<sup>3</sup>, ofrece una visión más alarmante sobre ello. Nos encontramos, dice, con una enfermedad no tan benigna como antes se había considerado, y no tan fácil ni rápida de curar. Con esto entendemos que está habiendo una mayor frecuencia de las depresiones que se cronifican, y que producen un deterioro y discapacidad importantes. Afirma también que hay personas que padecen dicho problema de salud, que no están siendo atendidas.

Cabe preguntarnos, por tanto, la relación que existe entre la cronificación y agravamiento de los problemas por depresión con la no atención de esta en su fase más leve.

Por otra parte, nos encontramos con un sistema sanitario en el que domina aún el modelo biomédico. Si bien es cierto que se está tratando de ir integrando poco a poco un modelo bio-psico-social, se sigue actuando desde la farmacología y la medicina en su mayoría, lo cual, entraña una serie de consecuencias, como la no atención sanitaria a personas con riesgo de padecer este trastorno, o la atención parcial e incompleta de quien las padece.

En este sentido, cabe reflexionar sobre si centros privados (asociaciones, fundaciones y otras instituciones dedicadas a atender problemas de salud mental), están realizando este trabajo con las personas que quedan fuera de la atención sanitaria pública, por no llegar a los marcadores que indican la presencia de la enfermedad, así como si existe una

coordinación adecuada entre éstas y el sistema sanitario, para que la persona con trastorno por depresión pueda ser atendida, sea su caso leve, moderado o grave, de manera integrada e integral, con una eficacia suficiente como para poder tener un nivel de bienestar social y calidad de vida que le permita desarrollar una vida normalizada sin que el trastorno le afecte en otras dimensiones.

Por otra parte, por lo subjetivo que comporta este trastorno (lo define la OMS<sup>4</sup> como un “estado de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.”), hay una falta de comprensión elevada. La sociedad, aún tiene dificultades para entender la depresión en todas sus dimensiones, lo cual puede hacer a la persona que la padece sentirse incomprendida y preferir el aislamiento, la ocultación, y el no afrontamiento del trastorno, lo cual, dificultará aún más su situación médica, relacional, laboral, familiar.... Es importante tener en cuenta en las intervenciones que se realizan, esta idea, así como conocer si todas estas dimensiones son tenidas en cuenta por todos los profesionales sanitarios. Se añade así la idea de la importancia de la intervención con el entorno de la persona, así como del trabajo con grupos y la acción comunitaria, como mecanismo de prevención y promoción de las personas en riesgo o situación de trastorno por depresión.

Para ello trato de realizar un trabajo de profundización sobre los tipos de intervenciones que se llevan a cabo para la atención y recuperación de las personas con dicho trastorno, tratando de ofrecer visiones alternativas al modelo biomédico, conociendo en qué medida el tipo de modelo utilizado condicionará la calidad de vida del paciente y su recuperación.

Es importante, por tanto, reflexionar sobre qué elementos están dificultando u obstaculizando la atención integral de personas con depresión, y qué aspectos podrían favorecerla. Conoceremos las causas y consecuencias sociales que pueden desarrollarse en este problema de salud mental (familia, comunidad, laboral, prestacional de servicios sociales...), y analizaremos los límites y retos que existen en la actualidad sobre este ámbito de intervención.

Con esta realidad descrita, los objetivos que me planteo cumplir con la realización de este trabajo son los siguientes:

- Profundizar sobre el concepto de depresión, sus causas, y consecuencias, no sólo a nivel biológico, sino también a nivel psicosocial.
- Conocer el contexto actual relativo a la atención sanitaria de las personas que padecen depresión. Recursos existentes.

Depresión y calidad de vida. La importancia de la atención integral para la recuperación de la persona enferma.

- Conocer la relación entre la cronificación de los procesos de depresión, con el modelo biomédico, así como explorar modelos alternativos de atención y qué efectos podría tener su utilización.
- Descubrir si se está consiguiendo la recuperación plena de las personas con depresión, qué aspectos están promoviendo la resolución, y cuáles lo dificultan.
- Averiguar los retos que tiene el trabajador social sanitario en la mejora de la calidad de vida y bienestar social de las personas que padecen depresión y sus familias.

El trabajo se estructurará en una parte teórica, y otra empírica. La parte teórica incluirá lo relativo a la conceptualización de depresión, y todos los aspectos biológicos y psicosociales que interactúan como causa o consecuencia de dicho trastorno, el conocimiento del contexto actual sobre la atención a personas con depresión y los recursos que existen para este grupo de atención. Por otro lado, la parte empírica incluirá aquellas ideas extraídas a través de diferentes técnicas de recogida de datos a personas afectadas por depresión y a profesionales que trabajan dicho trastorno, en el que se tratará de conocer el tipo de trabajo realizado, los déficits y fortalezas, así como las funciones y responsabilidad que los trabajadores sociales sanitarios tienen en relación con la atención integral de personas con trastorno depresivo.

Por último, desarrollaré una serie de conclusiones de todo el proceso investigativo, sobre los hallazgos más significativos y los retos del trabajo social sanitario, así como las nuevas líneas de investigación que se abren tras este.

En este sentido, y para poder conocer todo lo citado, se utiliza una metodología de tipo cualitativa. Vayamos por partes.

En primer lugar, se ha realizado una búsqueda de información, con el fin de conocer el fenómeno de estudio, teorías de intervención, así como otros estudios e investigaciones sobre el campo que nos compete, tanto desde los aspectos puramente médicos como los sociosanitarios, de manera que podamos establecer relaciones, encontrar lagunas de conocimiento y diferentes puntos de vista sobre la intervención social y sanitaria con personas con depresión.

A continuación, se desarrolla todo lo referido al conocimiento y percepciones actuales sobre el tema analizado. Por ello se realiza el estudio desde una metodología cualitativa. Es importante que para este estudio se tenga en cuenta no sólo aquellos aspectos objetivos, sino también lo subjetivo, recogiendo las emociones, vivencias de las personas atendidas por el sistema sanitario y la percepción que estas tienen sobre los servicios y recursos de los que participan.

Depresión y calidad de vida. La importancia de la atención integral para la recuperación de la persona enferma.

Se ha realizado, para este fin, una serie de entrevistas a varios profesionales que trabajan en el ámbito de la salud mental y que, atienden particularmente a personas con trastorno por depresión, y además a personas que lo padecen. El fin es conocer las dos visiones. La de los profesionales, realizando un ejercicio de reflexión sobre los déficits y fortalezas de la atención social y sanitaria en este ámbito, y el de las personas que la viven, analizando así aquellos aspectos que convergen y aquellos que difieren, entendiendo siempre que la misma percepción y satisfacción de la persona usuaria de los distintos servicios, aumentarán la motivación para el cuidado de su propia salud, y por tanto, facilitarán la recuperación.

El fin último que se pretende, es conocer si se están realizando las mejores intervenciones posibles con los recursos disponibles, la búsqueda de mecanismos que permitan la prevención y detección precoz, así como un tratamiento integrado e integral y no puramente asistencialista y farmacológico. Si no es así, habrá que encontrar los mecanismos para corregir dicha situación, adaptando las profesiones sanitarias a las circunstancias y necesidades del contexto.

### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1. INTRODUCCIÓN AL CONCEPTO DE DEPRESIÓN.**

Antes de comenzar a establecer relaciones sobre el trabajo social sanitario con personas con depresión, veo necesario realizar algunas aclaraciones sobre el concepto.

Cuando las personas hablan de depresión, hablan de un estado de ánimo bajo. Es frecuente que incluso se utilice el término para adjudicarlo a uno mismo de manera trivial ante una circunstancia determinada, sin embargo, la depresión va más allá.

La OMS<sup>4</sup> entiende la depresión como un trastorno mental frecuente. Es decir, nos encontramos, según la Organización Mundial de la Salud, con un problema de salud mental que afecta a multitud de población.

Habla de salud mental, por otra parte, como un estado de bienestar, que permite afrontar de manera adecuada y autónoma, mediante el conocimiento de sus recursos internos y externos, las presiones y problemas que puedan ir surgiendo en el desarrollo de la vida en todas sus dimensiones. La presencia de malestar, por tanto, generará dificultades para un funcionamiento adecuado de la persona en los diferentes ámbitos de su vida, así como en su familia y entorno. Vamos viendo, en este sentido, que los problemas de salud mental tienen un gran componente social.

Continuando con el concepto clave, el trastorno por depresión, los síntomas que se pueden desarrollar son, entre otros, el sentimiento de tristeza o vacío, desesperanza, culpa, comportamientos apáticos e irritación trastornos de apetito o del sueño, dolencias físicas como fatiga, cansancio, dolor de cabeza, y pensamientos autolíticos, pudiendo llegar a ejecución de dicha ideación suicida. (National Institute of Mental Health<sup>5</sup>). Vemos que la sintomatología es variada, se presenta a nivel cognitivo, afectivo, conductual, físico, y somático, y dependiendo del tipo y gravedad del trastorno que padezca la persona.

Sobre los tipos de depresión, existen diferentes clasificaciones. El National Institute of Mental Health, distingue entre los más comunes, el trastorno depresivo grave, como aquel único episodio o episodios recurrentes de una serie de síntomas que incapacitan a la persona a la hora de llevar a cabo una normalizada, el trastorno distímico, menos grave en sus síntomas, ya que no se considera incapacitante, pero más duradero en el tiempo. Por otra parte, la depresión psicótica, referida a aquella que se acompaña de alguna forma de psicosis, la depresión postparto, referida a un episodio de depresión grave aparecido durante el primer mes desde que se produjo el parto, o el trastorno afectivo estacional, en aquellos periodos del año en que hay menos luz solar.

Además de esta, hay otros autores que destacan otras tipologías de trastornos por depresión. Es por ello que prefiero centrar la atención en la que se establece en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-V<sup>6</sup>) por la Asociación Americana de Psiquiatría, por ser el manual utilizado habitualmente por profesionales que trabajan en el campo de la salud mental. El DSMV, diferencia los trastornos depresivos según su duración, su presentación temporal o sus causas, y los clasifica en:

- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo: Es un tipo de trastorno que se presenta en la edad infantil, y se caracteriza por una apatía y conducta irritable persistente. No vamos a profundizar en esta tipología puesto que nuestro ámbito de estudio va a centrarse más en la atención en los trastornos depresivos en la edad adulta.
- Trastorno de depresión mayor: Es aquel más conocido, caracterizado por la tristeza continuada, sentimientos de inutilidad, desinterés, y puede llegar hasta la ideación suicida y ejecución en su más alto grado. Se refiere al tipo de depresión moderada o grave, que tiene una duración de al menos dos semanas. Dentro de esta tipología, se distingue además entre el trastorno por depresión que se presenta como episodio único, con aquel que ocurre dos veces o más, llamado recurrente o recidivante.
- Trastorno depresivo persistente. También conocido como distímico. Se diferencia del trastorno depresivo mayor por su menor gravedad, pero mayor duración. Sus síntomas han de presentarse, al menos, dos años en personas adultas, para considerarse distímico.
- Trastorno disfórico premenstrual. Se trata de aquel que aparece en la semana anterior al inicio de la menstruación, sin embargo, este tampoco es el tema que nos ocupa.
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento. Nos encontramos ante un trastorno depresivo que aparece causado por el consumo de algún tipo de sustancia o medicamento.
- Trastorno depresivo debido a la presencia de otra enfermedad. Es definido por el DSMV como “periodo de tiempo importante y persistente de estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y el placer en todas o casi todas las actividades, que predomina en el cuadro clínico y que se piensa que está relacionado con los efectos fisiológicos directos de la otra afección médica”.
- Otros trastornos depresivos. Son aquellos que cursan con síntomas de los trastornos depresivos, pero no cumplen con todos los criterios necesarios para pertenecer a alguna de las categorías anteriores. La diferencia entre estos dos es que en el diagnóstico el psiquiatra especifique el motivo específico, o no lo haga.

En el presente estudio, vamos a delimitar la atención a los trastornos depresivos que tienen las personas en edad adulta, ya sea en grado leve, moderado o grave. Nos centraremos

Depresión y calidad de vida. La importancia de la atención integral para la recuperación de la persona enferma.

más en el trastorno de depresión mayor, el trastorno distímico, y otros trastornos de depresión especificados o no especificados.

Se dedican a continuación, dos apartados para conocer las causas y consecuencias de la depresión, poniendo especial atención a las relativas a nuestro ámbito de trabajo, las sociales.

### **3.1.1. Etiología**

Cuando tratamos de conocer el origen de este problema de salud mental, su etiología, encontramos que existen multitud de factores de riesgo que pueden favorecer su aparición en unas personas sobre otras. Esta diversidad influye en la complejidad de la atención que ha de llevarse a cabo. Sobre ellos, distinguen García, Nogueras y Muñoz<sup>7</sup>, entre factores genéticos (hablamos de la herencia genética), endocrinológicos (algunas enfermedades de tipo endocrino pueden favorecer la aparición de trastornos depresivos), neurofisiológicos (referido a la estructura cerebral), psicológicos (los rasgos de personalidad que las personas tienen pueden favorecer la aparición del trastorno o ser un protector frente a este) y sociofamiliares. Centrémonos en este último factor, por la importancia que tiene desde el punto de vista del trabajo social sanitario.

Existen circunstancias sociales que facilitan el desarrollo de un trastorno por depresión, tales como relaciones conflictivas en la familia, la falta de recursos económicos, el duelo por la pérdida de un ser querido o por una ruptura de pareja, la pérdida del trabajo...

Montes<sup>8</sup> afirma que dentro de los diferentes tipos de factores que influyen en la aparición de la depresión mayor, no hay que perder de vista el factor psicosocial, refiriéndose a las observaciones de los investigadores sobre la aparición de trastornos tras un episodio estresante. Es decir, remarca la importancia de los acontecimientos vitales en el desarrollo de trastornos afectivos, en función de la percepción y de las capacidades que tenga cada persona para afrontar dichos acontecimientos. En este sentido, es necesario destacar la fuerte interrelación que tienen los factores sociales con aquellos internos, referidos a la personalidad misma de la persona con la que tratamos.

Sobre la influencia familiar, Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin y Jiménez<sup>9</sup>, desarrollan un estudio con 342 adolescentes, en el cual se concluye que existe una significativa relación entre la presencia de conflictos familiares y escasa cohesión familiar, con la aparición de trastornos depresivos, apoyando la idea de que al ser en familia donde las personas aprenden la manera de enfrentarse a las situaciones que ocurren día a día, el ambiente y la educación que se ofrezca desde el núcleo familiar va a influir directamente en la configuración de la personalidad del adolescente, y su progreso psicosocial, convirtiéndose por tanto, en un factor de riesgo a tener en cuenta en las intervenciones que se realicen.

Depresión y calidad de vida. La importancia de la atención integral para la recuperación de la persona enferma.

Álvaro, Garrido y Schweiger<sup>10</sup>, tratan de abordar el conocimiento de este trastorno desde una perspectiva psicológica y social, en cuanto que entienden que se trata de un estado de malestar mental interno en la persona, pero que se desarrolla dentro de un contexto social determinado, y que es ahí donde dicho problema cobra sentido. Se reafirma en la existencia de causas citadas anteriormente por otros autores, como las estrategias de afrontamiento, los acontecimientos estresantes o el apoyo social, y además añade la alienación y la autoestima. La alienación como factor de riesgo porque impide a la persona influir sobre el medio, y reduce las expectativas, separa sus ideas y valores de los dominantes en la sociedad y elimina su capacidad para resolver problemas de manera autónoma. Por otra parte, la autoestima, en la que convergen factores como la autoimagen y la identidad personal, generada mediante la relación con los otros y que, por tanto, no es algo puramente interno, sino que viene influido por el entorno de cada persona.

En esta interacción del ser humano con el medio, afirman Díaz, Torres, Urrutia, Moreno, Font y Cardona<sup>11</sup>, es donde se añade el papel del Estado, en la puesta en marcha de políticas que potencien el bienestar biológico y psicológico, pero también el social. De no integrarse este último, las personas atendidas regresarían a su entorno, con las mismas condiciones socioambientales que generaron la enfermedad, y en este sentido, sólo cabe la posibilidad de que la persona vuelva a enfermar.

### **Ser mujer como factor de riesgo:**

Sobre las causas, me interesa concluir con el tema de la desigualdad de género, como factor influyente en la aparición de los problemas de salud. En este sentido, las mujeres presentan una mayor prevalencia en trastornos por depresión.

Sobre este asunto Montesó, Ferré, Lleixa, Albacar y Espuny<sup>12</sup> presentan en 2006 un estudio para conocer la prevalencia de la depresión en Terres de l'Ebre (Cataluña), haciendo una diferenciación por edad y por sexo (véase en la tabla 1), y tratando de buscar una explicación a la última. En dicho estudio, resaltan que en aquellas depresiones con mayor componente biológico y genético, como por ejemplo los episodios depresivos en el trastorno bipolar, la diferencia entre sexos no es significativa, sin embargo sí los son aquellos trastornos depresivos con mayor componente social, como puede ser el caso de la depresión mayor o el trastorno distímico.

Concluyen los autores con que las diferentes situaciones sociales, tales como sobrecarga, estrés laboral y familiar, escaso apoyo social, desigualdad económica, etc., influyen de manera igualitaria a hombres y mujeres en la aparición de un trastorno por depresión, sin embargo, la diferenciación en la prevalencia del trastorno, se da por ser las mujeres quien sufren estas situaciones en mayor medida.

**Tabla 1. Depresión en mujeres y hombres según el grupo de edad.**

Depresión	Hasta 25a	25-45a	45-65a	65 y más	Total	Chi-cuadrado
Mujeres	12 50%	33 50,8%	20 52,6%	19 63,3%	84 100%	p= 0,684
Hombres	9 37,5%	16 26,2%	17 44,7%	22 59,5%	64 100%	p= 0,011
<b>TOTAL</b>	21 14,1%	49 33,1%	37 25%	41 27,7%	148 100%	

Fuente: Montesó, Ferré, Lleixá, Albacar y Espuny (2011).

La violencia de género es otro tema a tener en cuenta. Nos encontramos ante un problema de salud pública, que no sólo tiene las consecuencias del maltrato mismo, sino que va generando una serie de problemas que afectan a la salud mental de las mujeres que lo sufren. Evalúan Domínguez, García y Cuberos<sup>13</sup> los daños psicosociales que se producen en 100 mujeres víctimas de violencia de género en Málaga, de lo que determinan, entre otros asuntos, que el 60% de las mujeres había tenido a raíz de su situación de violencia, problemas de salud, de entre los cuáles, el 32% eran trastornos por ansiedad y depresión, el 19 problemas físicos de salud, y el 25 habían recibido asistencia sanitaria tras estos episodios de maltrato.

Es por ello, que se precisa tener esta diferenciación en cuenta a la hora de intervenir con mujeres que tienen depresión. Se trata de aunar las diferentes dificultades o discriminaciones que puede hacer que una persona se encuentre en una situación de mayor vulnerabilidad. Esto es, no es lo mismo tener un problema de salud mental, con todas las dificultades que ello conlleva a la hora de enfrentarse a las actividades diarias tales como mantener un empleo, unas responsabilidades, unas relaciones sociales determinadas, etc., que ser mujer y tener un problema de salud mental, en cuanto que a ello se añaden las dificultades relacionadas con el género. Por ello, las políticas sociales deberían tener en cuenta la perspectiva de género, al igual que los profesionales que trabajan directamente con las personas, teniendo en cuenta el concepto de interseccionalidad.

### **3.1.2. Consecuencias.**

Sobre las consecuencias de la depresión, coinciden los diferentes especialistas e investigadores en que esta genera efectos a todos los niveles de la vida de la persona, y en su más alto grado, puede llevar al suicidio. También destacamos la necesidad de conocer

Depresión y calidad de vida. La importancia de la atención integral para la recuperación de la persona enferma.

las consecuencias que la depresión genera en el entorno cercano de la persona afectada. La familia y redes de la persona, desarrollarán también unos problemas derivados de la enfermedad de su familiar o amigo, así como unas percepciones y vivencia determinada, susceptible de ser atendida por los profesionales sociales y sanitarios. Vayamos por partes.

En las personas que padecen este problema de salud, García et al., afirman que este genera grandes discapacidades, y que ello no siempre es directamente proporcional a su gravedad, remarcando que existen personas con depresión leve que tienen un gran deterioro funcional.

Asocian estos autores, también, la depresión con la aparición y evolución de otras enfermedades físicas, así como la reducción de la capacidad para el trabajo, lo cual genera a su vez otro tipo de problemas, como los económicos.

Por último, señalan las consecuencias sociales que el trastorno puede producir; consecuencias tales como el deterioro de las relaciones personales, la dificultad para establecer relaciones afectivas satisfactorias, el aislamiento, etc.

Todas estas van retroalimentando de nuevo el proceso de enfermedad, ya que todas ellas son fuente de malestar, de reducción de la autoestima y de la percepción de la capacidad que uno tiene para hacer frente al propio proceso de recuperación.

En cuanto a los efectos que la patología genera en el entorno de la persona enferma, señala Blanco<sup>14</sup> que la depresión va afectando a la familia y el entorno cercano de la persona que lo padece, produciéndose conflictos y en la dinámica familiar y social de los miembros.

Las personas que de cerca viven el proceso de enfermedad, tratan de ofrecer su apoyo, sin embargo, este no siempre es el adecuado, o no tiene los resultados deseados, produciéndose frustración y generando nuevas dificultades de recuperación en la persona protagonista, y efectos emocionales negativos que pueden derivar en problemas de salud y bienestar en los propios familiares.

Por otra parte, habla Fernández<sup>15</sup> de que un diagnóstico de enfermedad desorganiza el sistema familia, el funcionamiento de los miembros, sus costumbres, y tiene consecuencias a nivel emocional para cada uno. Los miembros de esta, buscan mecanismos para adaptarse a estas nuevas circunstancias y recuperar el equilibrio familiar, sin embargo, ello puede generar tensiones y conflictos por la asunción de roles que no se consideran propios, como explicaremos más adelante.

Cabe destacar, en este sentido, la importancia de la atención a la familia, como participante activo en la recuperación de la persona enferma, y también como protagonista de

Depresión y calidad de vida. La importancia de la atención integral para la recuperación de la persona enferma.

intervenciones propias dirigidas a la prevención del burnout y de otras enfermedades que pudieran surgir.

### **3.2. MODELOS TEÓRICOS EN LA ATENCIÓN SANITARIA. MODELO BIOMÉDICO, MODELO BIO-PSICO-SOCIAL Y TERAPIAS ALTERNATIVAS.**

La atención a los procesos de salud-enfermedad puede ser realizada desde multitud de enfoques. Hablamos en este punto, de los modelos vigentes en la actualidad en nuestra sociedad, así como otros alternativos que van surgiendo y teniéndose en cuenta, aunque sea de manera secundaria.

Cuando hablamos de modelo, podemos tomar en consideración una de las definiciones que ofrece la Real Academia Española<sup>16</sup>, donde se refiere a ellos como esquemas teóricos sobre una realidad compleja, que nos permiten mejorar el conocimiento y la comprensión sobre su funcionamiento. A esto, he de añadir que los modelos no sólo nos permiten mejorar la comprensión, sino que además nos guían y mueven a elaborar las líneas de actuación sobre esa realidad, con el fin de actuar sobre ella de una manera determinada, como veremos a continuación.

La necesidad, por tanto, de dedicar un apartado a los modelos que imperan actualmente en la atención sanitaria, y en especial, en la atención a la salud mental, reside en que la utilización de uno u otro influye en los resultados obtenidos de dichas intervenciones, y en especial, en el tema que nos ocupa, los trastornos depresivos, por la fuerte carga subjetiva que comportan, así como por sus diferentes condicionantes sociales.

#### **3.2.1. El modelo biomédico.**

Afirma Lima<sup>17</sup> que los dos modelos sobre los que se ha atendido la enfermedad a lo largo de la historia, son, por un lado, el que se centra en el conocimiento de la enfermedad como algo biológico y a quien la sufre como un objeto de curación, y por otro, el modelo que trata de establecer una relación entre el sujeto y su enfermedad, como algo más allá de lo puramente biológico. El modelo hegemónico es el citado en primer lugar: modelo biomédico.

Este, surge con la medicina hipocrática, y va evolucionando hasta la actualidad como una manera de entender la enfermedad basada en aspectos biológicos y/o funcionales, es decir, puramente objetivos. La enfermedad es un ente independiente de la persona, que la invade y la hace enfermar, y el objetivo del médico es la curación de la enfermedad para evitar la muerte.

La Dra. Oyarzún<sup>18</sup> realiza una breve reflexión y análisis sobre las características más básicas del modelo biomédico, lo cual va a servir para entenderlo. A grandes rasgos, este enfoque tiene un fin curativo, es decir, se centra en la atención de la enfermedad. Por otra parte, es objetivo, como ya habíamos mencionado anteriormente, y tiene una concepción de

Depresión y calidad de vida. La importancia de la atención integral para la recuperación de la persona enferma.

mente/cuerpo como estadios separados, y por ello, el médico/a atenderá el cuerpo y el/la psiquiatra y psicólogo/a la mente, sin considerar la posibilidad de que exista una interrelación entre ambos.

En este sentido, los procesos de intervención se llevarán a cabo mediante el estudio, diagnóstico médico y tratamiento, este último externo al paciente, es decir, el paciente es objeto de intervención y no sujeto con responsabilidades en la recuperación. El tipo de tratamiento, por lo tanto, se basa en intervenciones quirúrgicas y tratamientos farmacológicos.

Muy acertadamente, comenta esta autora del obligado reconocimiento que se ha de hacer el modelo biomédico, por el gran avance que ha supuesto tanto en la generación de una serie de conocimientos basados en la evidencia científica, sobre las diferentes enfermedades que han ido surgiendo a lo largo de la historia, así como en la creación de tratamientos que han favorecido en la reducción de las tasas de mortalidad, y el aumento de la esperanza de vida, ya que han facilitado la recuperación de personas que sufrían enfermedades que antes se pensaban incurables o difíciles de superar.

Sin embargo, ha ido apareciendo una corriente crítica, que tacha el modelo de reduccionista, ya que obvia aspectos que se consideran fundamentales para entender los procesos de salud-enfermedad, tales como la participación de la persona, cuya única función es hacer caso de las indicaciones del médico. Esto limita en gran parte su autonomía y su autodeterminación, la capacidad de decidir sobre su proceso y su vida.

Si tratamos de ir reduciendo el tema descrito al campo que nos ocupa, la salud mental, la corriente crítica aumenta. J. Deacon<sup>19</sup> insta a realizar una reflexión sobre los verdaderos beneficios del modelo biomédico y sobre la necesidad de atender otras perspectivas.

En el modelo biomédico, afirma, los problemas de salud mental se consideran problemas derivados de anomalías cerebrales, cuya única forma de curación son los psicofármacos. Los resultados de su funcionamiento, según él, no han sido favorables, ya que los trastornos mentales son cada vez más crónicos, graves e incapacitantes.

Por su parte, autores como Whitaker<sup>20</sup> señalan la ineficacia de los antidepresivos, como un elemento que no sólo no ayuda, sino que además genera unos efectos secundarios que pueden ser graves, tales como una dependencia a vivir consumiendo este tipo de fármacos, episodios maníacos si estos se toman durante un largo tiempo, y efectos a nivel cognitivo, también si se consumen de manera frecuente en exceso. Hablo aquí de los efectos a más largo plazo, aunque su consumo tiene efectos leves tales como jaquecas, somnolencia, boca seca, problemas sexuales, y otros síntomas más habituales en la medicación<sup>21</sup>.

Depresión y calidad de vida. La importancia de la atención integral para la recuperación de la persona enferma.

Todos estos van a continuar afectando a otros niveles a la persona que sufre depresión y ello puede ir retroalimentando su proceso de salud-enfermedad.

Con todo esto, existe una segunda corriente, que integra la perspectiva cuerpo-mente, y entiende la salud-enfermedad a otros niveles. Este es el modelo bio-psico-social.

### **3.2.2. El modelo bio-psico-social.**

Se atribuye el origen del modelo bio-psico-social al siglo XX, e introducen una manera de abarcar la atención sanitaria dentro de una concepción más amplia, en el que la salud y la enfermedad forman parte de un continuo, donde se atienden grados y niveles de salud-enfermedad, y, como explican varios autores, cuyos límites no quedan plenamente definidos.

El modelo bio-psico-social, según Schlaepfer e Infante<sup>22</sup>, se puede entender atendiendo a aspectos históricos. Según las autoras, predominaban en los comienzos del desarrollo de la medicina, las enfermedades infecciosas, explicadas perfectamente por el modelo biomédico. Surgían a continuación las enfermedades crónico-degenerativas, a las que se dio una explicación a nivel funcional. Por último, comienzan ser más frecuentes aquellas enfermedades “asociadas a un estilo de vida moderno”. En este sentido, se empieza a considerar la idea de que la salud abarca otras explicaciones y dimensiones, y no únicamente la biológica. En este contexto, se comienza a prestar atención a la prevención y promoción de la persona, concluyen.

El modelo bio-psico-social, por tanto, encuentra en los procesos de salud-enfermedad, causas múltiples, relacionadas con diferentes dimensiones -biológica, psíquica, social-, así como consecuencias diversas. En este sentido, se entiende, según Oyarzún<sup>17</sup>, que la enfermedad cobra sentido relacionándolo con la percepción que la persona tiene sobre el estado de salud y las sensaciones físicas y emocionales sobre su situación. Cobran importancia, desde esta explicación, los términos de bienestar o malestar, y, particularmente, los términos de bienestar mental o malestar mental.

Sólo queda decir que, desde esta perspectiva, los procedimientos sanitarios variarán, incluyendo a profesionales de diferentes ramas, que ejercen un trabajo conjunto, y donde la persona es sujeto y participa en el proceso de recuperación.

Desde aquí, parece tomar más coherencia la atención a las personas con trastorno por depresión, ya que podemos entender y explicar lo subjetivo de tener un estado de ánimo bajo, una sensación continuada de malestar, y todos los síntomas mencionados en puntos anteriores.

El modelo bio-psico-social, también tiene detractores. Entre otros aspectos, se alerta sobre las consecuencias de tratar de integrar todos estos aspectos sin una coherencia lógica y sin basarse en la evidencia. Madariaga<sup>23</sup> toma de otros autores la idea de que el proceso es más complejo que el tratar de incorporar otras dimensiones pero no poder aplicarlas a la praxis diaria.

Cabe nombrar, por último, los modelos orientales, como pueden ser la medicina ayurvédica, medicina tradicional china, homeopatía o naturopatía<sup>24</sup>. De entre estas, y otros sistemas menos completos, encontramos diferentes tipos de terapias, que están introduciéndose en el mundo occidental y que, a pesar de ser aceptadas de manera individual y no dentro del mundo sanitario, al menos en su mayor parte, han de ser valoradas y conocidas por los profesionales, como perspectivas a considerar de manera complementaria con los tratamientos habituales, o al menos, para poder ofrecer una adecuada información y asesoramiento a las personas con trastornos depresivos que se barajen estas posibilidades.

### **3.2.3. Tratamientos e intervención en los procesos depresivos.**

Teniendo en cuenta el escenario planteado, vamos cerrando el tema y lo hacemos conociendo cuáles son aquellos tratamientos, intervenciones, terapias y alternativas más conocidas y aceptadas en el mundo occidental para el tratamiento de la depresión. La guía de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud nos da una serie de pautas para poder conocer estos aspectos<sup>25</sup>.

Desde el modelo biomédico, lo más defendido es el tratamiento farmacológico y algunos tipos de psicoterapia.

El modelo bio-psico-social, amplía el abanico de las intervenciones. El tratamiento que se seguirá desde esta perspectiva, integrará a todos los profesionales que atiendan las diferentes dimensiones que influyen y son influidas por la enfermedad de la persona. Entre otros, como mínimo, se habrían de plantear los siguientes tipos de atención, pero siempre dentro de una misma intervención y no como compartimentos separados.

- Tratamiento farmacológico. Es importante tener en cuenta que los tratamientos farmacológicos son positivos y facilitan la recuperación de aquellas personas que se encuentran con trastornos graves de depresión. Desde el modelo bio-psico-social, no se trata de obviar este aspecto, sino de reducirlo todo lo que sea posible mediante la atención integral a la persona.
- Diferentes modalidades de psicoterapia. Entre las terapias psicológicas más frecuentes para atender la depresión, se encuentran:
  - La terapia cognitivo-conductual, en la que se trabaja el cambio en los pensamientos negativos de la persona, y aquellas conducta que se entienden

derivadas de la enfermedad, hacia otros pensamientos más positivos y actitudes más “normalizadas”. El terapeuta adquiere un rol educativo y la persona participa activamente, mediante el conocimiento y modificación consciente de los pensamientos y actitudes que se entienden no adecuados, y la adquisición de habilidades que serán puestas en marcha en la actividad cotidiana. Se añaden además otras técnicas como la conducta asertiva o la resolución de problemas. Este tipo de terapia se reconoce en esta guía como más efectiva que el tratamiento farmacológico, sin embargo, se recomienda su utilización conjunta.

- La terapia interpersonal, basada en las relaciones de la persona con depresión con su entorno. Se relaciona la presencia de trastorno por depresión a causas concretas en el entorno, tales como un duelo, la presencia de conflictos en las relaciones, etc., y las sesiones se dirigen en comprender este tipo de situaciones que han propiciado la aparición del trastorno, pudiendo conocer y poner en práctica otro tipo de respuestas y formas de manejarlas.
- Otras, como las terapias de conducta, resolución de problemas, o la psicoterapia dinámica, tienen un gran papel en la atención de las personas que padecen depresión.
- Apoyo psicológico, individual y grupal. Es fundamental en los pacientes con depresión recibir por parte de los psicólogos, a parte de las atenciones mencionadas anteriormente, un continuado acompañamiento durante todo el proceso. Por otra parte, es una opción muy viable la integración de personas con este trastorno en grupos de apoyo psicológico y grupos de autoayuda y ayuda mutua, en cuanto que permiten el desahogo de emociones, promueven la adquisición de habilidades sociales y técnicas de resolución de problemas que vayan apareciendo en la vida cotidiana.

Estos grupos pueden ser guiados tanto por el/la profesional de psicología, como de trabajo social y trabajo social sanitario, dependiendo de los aspectos y temas que se vayan a trabajar en dichos grupos.

- Intervención social. Vaya por delante que esta perspectiva no se baraja en la guía citada, al contrario que el resto de tratamientos e intervenciones mencionadas anteriormente y a continuación. Si bien, desde este trabajo, es fundamental incluir la intervención social en personas con depresión, por lo que se han buscado otras guías y autores que hagan referencia a este punto.

La depresión, como hemos dicho anteriormente, se perfila para el año 2020 como la segunda enfermedad más discapacitante en el mundo. El nivel de disfunción que produce este trastorno, es susceptible de ser atendido en todos los ámbitos en los que pueda influir, o por los que pueda verse influido. Aquí toma especial relevancia la intervención social y la figura del trabajador social y trabajador social sanitario. Desde este punto se

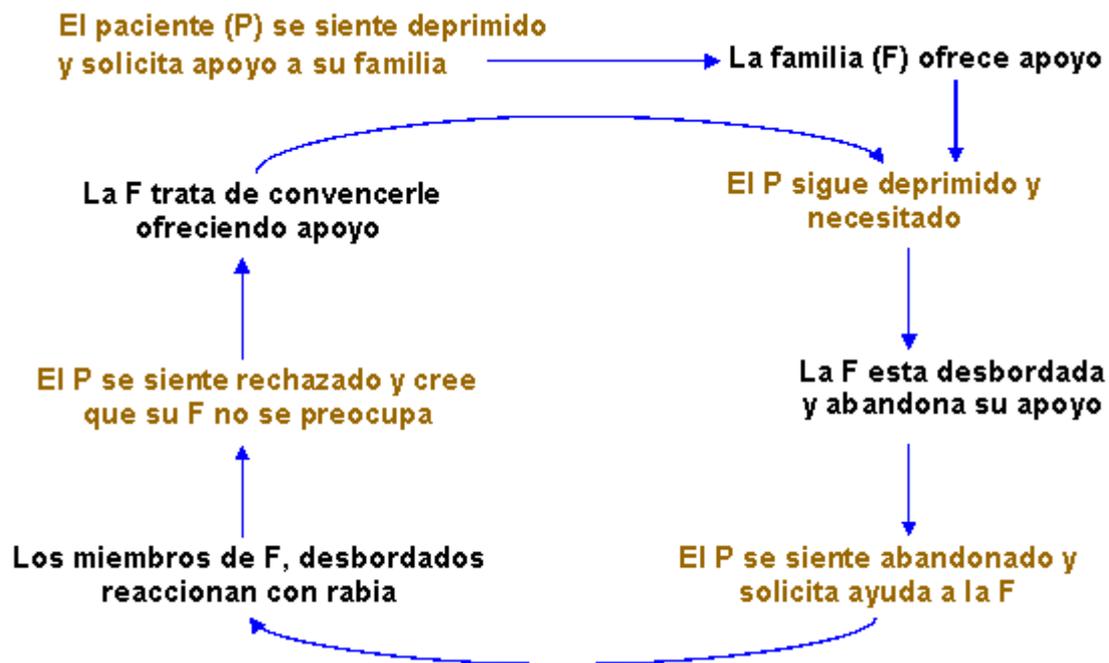
garantiza el desahogo emocional y la presencia de un profesional de apoyo que la va a acompañar durante todo el proceso y con la que va a trabajar todos aquellos aspectos en los que vayan surgiendo dificultades.

Podemos identificar diferentes aspectos sobre los que intervenir. Entre otros, las dimensiones a tratar son:

- Personal. Se producen necesidades a nivel afectivo, cambios en el autoconcepto y autoestima, y una percepción personal (subjetiva) sobre el propio estado de salud, y la atención recibida por parte de los profesionales. La intervención social ha de ir dirigida en este sentido a promover la puesta en marcha de los recursos internos (potencialidades) de la persona enferma, motivando en su conocimiento y utilización para la superación de la situación propia<sup>26</sup>.
- Laboral y económico. La depresión produce problemas a la reducción de la productividad de quien la padece y al rechazo de personas con problemas de salud mental a la hora de realizar contrataciones. Desde el trabajo social sanitario se promoverá la inserción laboral de las personas con diagnósticos de depresión, se trabajará, se pondrán en marcha servicios y recursos para promover el aumento en la empleabilidad de la persona, y se ofrecerá orientación y ayudará en la tramitación de prestaciones dirigidas a evitar o disminuir el riesgo de exclusión social producido por estos factores. Actualmente se reconoce una mejora en este tema y la puesta en marcha de programas y proyectos que están facilitando la inserción laboral del colectivo, y en ese sentido, la reducción de su vulnerabilidad<sup>26</sup>.
- Entorno comunitario y redes sociales. Una persona con depresión puede reducir su actividad y participación en la vida social y comunitaria, dado que aspectos que antes le interesaban ahora pueden no interesarle o incluso disgustarle. Por otra parte, algunas personas con depresión manifiestan que no son entendidos y por ello algunas pueden comenzar a aislarse de su red social habitual, tratando de evitar juicios negativos hacia la situación en la que la persona se encuentra. Sobre este punto, se precisa motivar la participación de la persona en planes de trabajo que potencien su actividad en el entorno y el mantenimiento de sus relaciones sociales. En esta misma dimensión, hacemos especial mención a la **familia**, como elemento fundamental en la génesis de problemas de salud, como hemos visto en puntos anteriores, y en la recuperación de la persona enferma. Revuelta<sup>27</sup> ofrece información acerca de cómo repercute de manera negativa o positiva la familia dependiendo del tipo de actitud que tomen con la persona enferma, de su comprensión de la patología. El problema de la depresión, afirma, se debe al no percibirse por los sentidos las múltiples disfuncionalidades que causa, como sí es percibido, por ejemplo, en un problema de salud física, como la rotura de un brazo.

Esta falta de entendimiento en una familia con un miembro con depresión, genera una serie de desequilibrios que van alterando las dinámicas familiares y repercutiendo de nuevo en la salud de la persona con depresión, y la de la familia, generándose un proceso que se retroalimenta y que es necesario abordar desde apoyos profesionales.

Podemos ver el siguiente esquema que permite comprender este ciclo mencionado.



Fuente: Revuelta, I. (2008)<sup>27</sup>.

Se hace necesario, cambiar este funcionamiento y dificultades que tienen las familias a la hora de generar relaciones sanas con personas con depresión, y convertir, mediante una intensa participación en el plan de trabajo conjunto, a la familia en un recurso, en cuanto que, al igual que se reconoce la presencia de estas dificultades asociadas a la depresión, también se ha mostrado la gran relación entre la presencia de un adecuado apoyo familiar con la recuperación de la persona enferma. Para ello, se perfila un trabajo que incluya la información, el apoyo psicológico y social que reduzca o evite el burnout, y un intenso trabajo educativo en el que se adquieran técnicas y habilidades para convivir con la persona enferma y suponer un apoyo real, y también percibido.

A continuación, se plantean otras alternativas menos probadas pero que se están introduciendo poco a poco y van siendo aceptadas de manera progresiva para tratar la depresión, como la acupuntura, hierba de San Juan, el ejercicio físico, o la musicoterapia.

- Terapias procedentes de modelos sanitarios orientales como la medicina tradicional china, tales como tratamientos con hierbas, dietas específicas, acupuntura, o masajes terapéuticos<sup>24</sup>.

De entre estas terapias, la acupuntura ha sido muy estudiada con respecto a los efectos que tiene sobre la persona con depresión. Esta técnica tiene defensores y detractores. Existen estudios que han mostrado que la acupuntura no tiene efectos positivos en el tratamiento de la depresión y concluyen con que no ha de recomendarse a los pacientes que la padecen<sup>25</sup>, y otros autores que citan estudios en los que se ha concluido con que diferentes modalidades de esta técnica pueden convertirse en buenos sustitutos de los antidepresivos, cuya eficacia es la misma que algunos genéricos. Sin embargo, existen dudas acerca de la validez de los resultados, dado que sólo se han presentado muestras de países concretos y no de todos en los que se llevó a cabo el estudio<sup>28</sup>.

- Hierba de San Juan. Diferentes guías sobre depresión hacen referencia a este producto natural. El consumo de hierba de San Juan ha aumentado dada su creencia de no tener efectos secundarios, su bajo coste y su eficacia para combatir síntomas<sup>25</sup>. Se validan sus efectos positivos para la recuperación, sin embargo, se recomienda que esta no sea prescrita o recomendada por los profesionales, dado el desconocimiento sobre en qué dosis habría de plantearse, qué efectos secundarios tiene, y sus incompatibilidades con otros tratamientos farmacológicos.
- Ejercicio físico. El ejercicio físico se plantea habitualmente como un mecanismo que permite llevar una vida saludable física y mentalmente, en cuanto que mejora el humor y genera una percepción más positiva de uno mismo (mejor autoconcepto y autoestima), así como la percepción de la situación de salud (mayor bienestar<sup>25</sup>). Villegas<sup>29</sup> realiza un análisis de diferentes estudios, y concluye que estos muestran una relación entre el ejercicio físico y la patología en varias líneas. La primera, que la falta de éste, es decir, el sedentarismo, es un factor de riesgo en la aparición de estos trastornos. La segunda, es que no sólo actúa como causa, sino que puede ser un punto a tener en cuenta para combatir este trastorno. Además, existen mejores resultados si se combinan los diferentes tipos de ejercicio (anaeróbico y aeróbico). Vemos que múltiples estudios la validan, sin embargo, es preciso tener en cuenta que se ha determinado que la eficacia se presenta en depresiones leves o moderadas, y que las depresiones más graves requieren otro tipo de tratamientos más invasivos<sup>25</sup>.
- Musicoterapia. La musicoterapia va cobrando fuerza como una técnica positiva para la reducción de síntomas depresivos. Si bien, diferentes autores señalan la inexistencia de estudios objetivos. Blanco<sup>30</sup>, con este escenario descrito, realiza un

estudio en el que concluye que esta terapia tiene efectos positivos en la reducción de síntomas, al menos a corto plazo.

La musicoterapia, en sus distintas modalidades, permite el desahogo, y la expresión de emociones<sup>30</sup> que de otra manera no se han podido expresar y facilita la experimentación de diferentes emociones y su regulación, expresión o autocontrol.

Como vemos, existen diferentes terapias alternativas, que, si bien no presentan evidencias científicas claras, deben ser conocidas por los profesionales de la salud mental, incluidos los trabajadores sociales sanitarios. Autores coinciden en que la mayoría de ellas, no han de ser recomendadas, ya que no tienen un carácter puramente médico, sin embargo, su adecuado conocimiento permite aproximarnos a los deseos de la persona afectada, pudiendo realizar un asesoramiento en el caso de que se nos solicitara información sobre ello.

Con toda esta información sobre los modelos de atención sanitaria y la alternativas que van surgiendo, cabe realizar un ejercicio de reflexión sobre cuáles son mejores o peores.

Por empezar por algún lado, la Guía NICE<sup>31</sup> (National Institute for Health and Care Excellence) no recomienda utilizar antidepresivos para la depresión leve, en cuanto que entiende que los efectos positivos no compensan los negativos. Si nos centráramos en el modelo biomédico, por tanto, parece que las personas con depresión leve quedarían fuera de una adecuada atención sanitaria para la recuperación de su estado de salud.

El modelo bio-psico-social, en cambio, no excluye. Se entiende la importancia del conocimiento creado a partir del modelo biomédico y de los fármacos para tratar enfermedades o trastornos, sin embargo, confirma que estos podrían reducirse, si se trabajan de manera complementaria otros aspectos, entre los cuáles se encuentra la intervención social, haciendo especial hincapié en el trabajo con la familia de la persona enferma, y la no exclusión inmediata de terapias que, aun no habiendo demostrado su eficacia, se valoran positivas siempre que la persona las desee. Con esto quiero decir que, si la depresión, como hemos dicho, tiene una amplia carga subjetiva, en el que juega un papel fundamental la percepción sobre la situación de salud y sobre la calidad de la atención recibida, si la persona valora como importante y eficaz alguna terapia alternativa, puede producir efectos positivos, puesto que la persona así lo va a percibir, y en ese sentido va a ir reduciendo sus sensaciones de malestar. Todo ello de manera complementaria a la atención por parte del sistema sanitario.

### **3.3. CONTEXTO ACTUAL EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON DEPRESIÓN.**

Como vemos, el modelo bio-psico-social es el que se acerca a la definición de salud establecida por la OMS, sin embargo, cabe reflexionar hasta qué punto este modelo ha pasado de ser una simple reivindicación a nivel teórico, para comenzar a aplicarse a la praxis profesional del sistema sanitario y todos los centros que desarrollen actividades relacionadas con la atención a la salud.

Se entiende la necesidad de armonizar ambas perspectivas, dada la importancia que ha tenido y tiene el modelo biomédico en la generación del conocimiento que actualmente se tiene sobre las enfermedades y sus tratamientos, sin embargo, a la hora de llevar a cabo esta armonización es cuando comienzan a surgir las primeras contradicciones y dificultades.

Lima<sup>17</sup> hace referencia a ello, reconociendo que la integración de la perspectiva bio-psico-social no incluye únicamente la integración de las perspectivas psicológica y social, sino que tratar de tener en cuenta estos aspectos requiere una revisión completa sobre la naturaleza del ser humano, la génesis de los problemas de salud y la actuación ante ellos. En este aspecto, destaca las lagunas que hay sobre la etiopatogenia de las enfermedades desde esta perspectiva integradora.

En esta misma línea se pronuncia Madariaga<sup>23</sup>, que define la integración del modelo bio-psico-social como una forma de enriquecimiento de la atención a la salud, pero que cabe preguntarse cómo integrarlo. Se trata, no de sumar perspectivas, sino que estas se interrelacionen. Los factores biológicos, psicológicos y sociales han de interactuar.

Por otra parte, integra la idea de que esta transformación puede concebirse como un problema ideológico, y no hay que perder de vista el peligro que entraña que este modelo se convierta en teoría sin alcances reales a nivel práctico. Y para ello, habrá que realizar cambios y producir el paso progresivo de un “pensamiento unicultural” (la única forma de comprender la salud y enfermedad es la de médicos, que son quienes se dedican a este ámbito), al “pensamiento intercultural” (se integra la perspectiva de nuevos profesionales que pasan a formar parte de la atención sanitaria).

Zulaika<sup>32</sup> denuncia esta falta de aplicación práctica en la actualidad. No tienen sentido, afirma, los avances tecnológicos para su aplicación médica, si se siguen sin tener en cuenta dimensiones fundamentales como la social para la recuperación de las personas con problemas de salud.

Afirma que la atención a la salud y la atención a lo social siguen produciéndose de manera separada, y que a pesar de que los profesionales del trabajo social ejerzan sus funciones y

Depresión y calidad de vida. La importancia de la atención integral para la recuperación de la persona enferma.

mantengan un papel activo a nivel sanitario, ello no es suficiente, porque sigue prevaleciendo la tradición y el reduccionismo.

Reflexionando sobre estas palabras, no puedo pasar por alto lo referido en el punto anterior sobre la Guía Clínica para la atención de la depresión, del Sistema Nacional de Salud<sup>25</sup>. Esta guía, al menos, en su versión resumida, no incluye la intervención social. En la elaboración de dicho documento, participan profesionales de medicina, enfermería, psiquiatría y psicología, pero no profesionales de trabajo social sanitario. Ofrece información sobre todo tipo de atenciones y terapias alternativas (a pesar de que en su mayoría no son recomendadas), y se refiere en varios puntos a la calidad de vida del paciente y su familia, pero no hace ningún tipo de reseña a la importancia de la intervención social en general, ni mucho menos a la importancia de los profesionales de trabajo social sanitario. Cabe preguntarse, que entiende el sistema sanitario por calidad de vida. Tratándose de un documento elaborado en el año 2008, podemos percibir cómo el modelo biomédico sigue arraigado en la sociedad actual, y ello es un obstáculo para la búsqueda de la mejora continua en la atención que ofrece el sistema sanitario.

La permanencia del modelo biomédico como modelo hegemónico, sostienen diversos autores, tiene consecuencias en la atención sanitaria. Para entender las diferentes posturas, vamos a conocer primero los servicios y recursos planteados en la cartera y catálogo de servicios, y después, las diferentes dificultades que van surgiendo.

### **3.3.1. Marco normativo. Catálogo de prestaciones y cartera de servicios**

El conocimiento de la normativa existente sobre la atención a la salud, y de las prestaciones y servicios, técnicas y actuaciones que enmarcan lo que debería ser la atención sanitaria en España, es lo que va a permitir que a continuación se pueda realizar un análisis y reflexión sobre la aplicación de dicha normativa a la atención sanitaria de personas con trastornos de depresión, así como las diferencias que existen del papel a la realidad y los obstáculos que lo impiden.

Empezando por el principio, la Constitución Española<sup>33</sup>, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud, mediante medidas preventivas, prestaciones y servicios destinados a ella. Como vemos, se dirige en términos de salud, y no hacia la curación de la enfermedad.

Por otra parte, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud<sup>34</sup>, hace referencia en su artículo 7 al catálogo de prestaciones, cuyo fin es la atención integral y continuada, y comprende “las prestaciones correspondientes a salud pública, atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, urgencias, prestación farmacéutica, ortoprotésica, productos dietéticos y transporte sanitario.

Depresión y calidad de vida. La importancia de la atención integral para la recuperación de la persona enferma.

Para poder concretar y garantizar los servicios establecidos en el catálogo de prestaciones se requieren un conjunto de técnicas, procedimientos y recursos, que se establecen formalmente en la cartera de servicios<sup>35</sup>. Es en dicha cartera, en su apartado de atención primaria y especializada, donde podemos ver lo referido a la atención en salud mental.

Desde atención primaria se establece la atención a salud mental con plena coordinación con los equipos especializados. Y se incluye, entre otros, la prevención, promoción y apoyo para el mantenimiento de la salud mental, la “detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios de salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de atención primaria”, o el seguimiento coordinado con servicios sociales de los trastornos mentales graves.

Dentro de la atención especializada, la atención a la salud mental, habrá de garantizar la continuidad asistencial, y para ello se desarrollará, entre otros, las siguientes actuaciones:

- 7.1. Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.
- 7.2. Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise.
- 7.3. Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.
- 7.7. Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

Cabe recordar, por último, el artículo 20 de la Ley General de Sanidad<sup>36</sup>, que insta a equiparar la atención a las personas con problemas de salud mental con las demás personas que reciban atención de los servicios sanitarios y sociales, y para ello actuará garantizando los servicios de rehabilitación y reinserción social para la atención integral de la persona enferma (art. 20.3), y atendiendo de manera coordinada con los servicios sociales aquellas necesidades psicosociales que acompañan el problema de salud (art. 20.4).

Parece claro, por tanto, el deseo y la importancia, manifestada tanto en la normativa como en las diferentes publicaciones elaboradas por poderes públicos, de llevar a cabo unos procesos dirigidos a la prevención y la asistencia integral de la pérdida de salud, lo que requiere un trabajo coordinado por parte de profesionales formados para atender las diferentes dimensiones a abarcar, con el fin de mejorar la calidad de la asistencia y de

Depresión y calidad de vida. La importancia de la atención integral para la recuperación de la persona enferma.

promover la calidad de vida de los pacientes y sus familias. ¿Cuáles son, entonces, los obstáculos que están dificultando la prevención de los trastornos por depresión, la recuperación de las personas que las padecen o su calidad de vida? ¿La tienen?

Es un aspecto importante, pasar a conocer qué se entiende por calidad de vida, pudiendo así valorar si se está promoviendo realmente.

### **Calidad de vida. Concepto y dimensiones.**

El término de calidad de vida es un concepto que abarca diferentes dimensiones que interactúan en la vida de cada persona, en un contexto determinado. De aquí la dificultad, explica Benítez<sup>37</sup>, para medir o cuantificar este proceso.

Se trata de un proceso, es decir, es algo dinámico, que cambia con el devenir de los acontecimientos y situaciones que se van desarrollando en las diferentes dimensiones de la vida de la persona en cada momento de su vida. El concepto de bienestar se aplicará, cuando esta interrelación se produzca de manera armoniosa y tenga efectos positivos reales, y percibidos.

La OMS, por otra parte, no habla de proceso, sino que prefiere atribuir directamente la idea de calidad de vida como percepción. Vemos, con todo esto, que se trata de un concepto subjetivo, ya que lo integra dentro del marco cultural, y valores de la propia persona, así como en función de sus expectativas, inquietudes y normas.

Sobre las dimensiones a integrar para poder realizar una valoración lo más exacta posible, existen diferentes clasificaciones. Los factores a tener en cuenta, son, el estado de salud física y mental, la capacidad para la satisfacción de las necesidades (autonomía/independencia), las relaciones familiares, sociales y medio ambiente, y la calidad percibida sobre dichas relaciones<sup>37</sup>. Se añaden a estas, la participación comunitaria, la percepción sobre sí mismo y su propio estado de bienestar, los efectos que la medicación produce en la persona, y la satisfacción de la atención sanitaria recibida<sup>38</sup>.

Sin embargo y cerrando el tema, vemos necesario destacar la clasificación más aceptada y valorada, que es la que propone Schalock<sup>39</sup>, quien habla de bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personas, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

Como podemos comprobar, el concepto de calidad de vida abarca una gran diversidad de cuestiones, y todas ellas habrían de ser elaboradas a la hora de realizar un diagnóstico y tratamiento en una persona que padece depresión, ya que, con la información que se ha ido proporcionando en puntos anteriores, vemos que el trastorno afecta directamente a casi todas o todas las dimensiones que acabamos de ver, y produce un gran deterioro social,

laboral, relacional, funcional... Todo ello añadido a que los propios síntomas del trastorno ya indican malestar físico y mental, y una inadecuada percepción de uno mismo.

Vemos, en este sentido, que el mismo trastorno produce una reducción significativa de la calidad de vida, sin embargo, se añade a ello las características y dimensiones relativas a la atención sanitaria que tras el diagnóstico pasa a recibir la persona.

Bobes, González, Saiz y Bousoño<sup>40</sup> centran su atención en la necesidad de mejorar los instrumentos para la valoración de la calidad de vida, poniendo un énfasis especial en hacerlo tanto en el diagnóstico, como durante las prescripción y consumo de fármacos antidepresivos, valorando su eficacia no sólo en términos biológicos y funcionales, sino también en los aspectos subjetivos que interactúan en la persona durante su consumo.

Con toda esta información, pasamos a continuación a conocer y reflexionar sobre las dificultades y límites que existen actualmente en la atención profesional de personas con trastornos por depresión.

### **3.3.2. Dificultades actuales en la atención a la depresión.**

Desde una percepción personal y paraprofesional sobre que las personas con trastornos por depresión están sufriendo agravaciones y cronicidad de sus procesos de salud, por no estar siendo atendidos de manera adecuada, cabe realizar una búsqueda sobre las diferentes dificultades con las que puede encontrarse una persona en riesgo o situación de depresión.

- Empecemos primero por las **dificultades propias de la persona**. Es habitual que, durante la praxis diaria, o el contacto no profesional con personas que se encuentran con un trastorno por depresión, ya sea leve, moderado o grave, manifiesten sus dificultades para comunicar esta situación con la familia, por miedo a sentirse juzgados. Por otra parte, también manifiestan su malestar por no sentirse entendidos. Según Echávarri<sup>41</sup> que el entorno atribuya la depresión a una cuestión de falta de voluntad, es una de las quejas más comunes en su consulta de psicología.

Por otra parte, la atribución del término depresión a cuestiones banales, produce una cierta “desagravación” sobre lo que el proceso supone, y eso lleva en muchos casos, a personas al aislamiento, a no pedir ayuda informal ni formal para la recuperación, y al agravamiento progresivo de su estado de malestar mental.

Desde el sistema social y sanitario, se precisarían en este sentido, facilitar la concienciación social en el tema de la depresión, y trabajar la conciencia de la enfermedad con la persona y, fundamental, con su familia, ya que ello influirá significativamente en el trabajo a desarrollar para la recuperación.

- Encontramos, por otro lado, **dificultades en el sistema sanitario**. El arraigamiento al modelo biomédico produce dificultades, a la hora de aplicar los conceptos de multidimensionalidad, de trabajo transdisciplinar, y, por tanto, el de atención integral y calidad de vida.

Autores como Zulaika<sup>32</sup>, destacan la idea de que no se ha sabido llevar a la acción y gestión esta perspectiva integradora, en cuanto que el sistema no se está centrando en términos de cambio y mejora continua, sino que está dirigiendo sus esfuerzos a la rentabilidad y los resultados visibles a corto plazo.

Las manifestaciones de pacientes sobre su descontento con sus médicos psiquiatras no son infrecuentes. Cabe pensar y conocer cuáles son las causas de eso.

Una atención dominada por este modelo, puede correr el riesgo, entre otros, de que exista una sobreprescripción de medicamentos antidepresivos, y de que no se tengan en cuenta otras actuaciones, tan necesarias, como un tratamiento farmacológico, e incluso sustitutorias en muchos casos para depresiones leves o moderadas.

Otra dificultad se da en la relación establecida entre médicos o psiquiatras y pacientes. Si en el sistema sanitario, funcionando con las bases del modelo hegemónico del que venimos hablando, quien trabaja y proporciona una cura para una persona, es el médico, y esta sólo tiene que dejarse curar y seguir instrucciones, y luego tenemos en cuenta las múltiples dimensiones vistas anteriormente para la recuperación del trastorno y para la facilitación de la calidad de vida, vemos que la relación de desigualdad que se crea entre profesional y paciente, no es positiva ni favorece la recuperación, ni mucho menos la calidad de vida.

Por otra parte, nos encontramos con la dominación del trabajo de casos, el individual, clínico, olvidándonos de la perspectiva comunitaria<sup>22</sup>, la cual es fundamental en lo que a prevención, promoción, sensibilización y desmedicalización se refiere.

Cabe hacer una mención especial al etiquetaje. Cuando hablamos de etiquetaje, nos referimos al límite que existe entre considerar que una persona está sana o está enferma. Como hemos ido viendo, con la nueva conceptualización entendemos que la salu-enfermedad es un proceso, y no compartimentos estancos. Ello, tiene, por una parte, aspectos positivos. Por otra, aspectos negativos. Las reflexiones de Aragonés, Casajuana, Fina, Iglesias y Mas<sup>42</sup> nos permiten entender mejor de qué estamos hablando.

Para algunas patologías, afirman, son las cifras las que determinan si una persona está enferma o sana, lo cual, determinará la actuación del profesional, aún sabiendo, que entre la persona con el mejor estado de entre lo etiquetados como enfermos, y la que se tenga peor estado de los que se etiquetan como sanos, hay una diferencia mínima y casi imperceptible, que sin embargo, cambia la acción profesional. Esta idea es muy

importante si la integramos en la patología que en este trabajo se trata. ¿Cómo se mide la depresión? ¿Cuál es el límite para considerar que una persona está deprimida o, por el contrario, está sana pero triste? ¿Qué riesgos conllevan estas etiquetas?

Una consultora del máster, presentó el tema del etiquetaje en salud mental, y alertaba del cuidado que como profesionales habríamos de prestar, a la puesta de etiquetas poco útiles que se iban desarrollando en un sistema con intereses no siempre buenos, que tendían al aumento de la medicalización.

Las etiquetas, son útiles en cuanto que permiten hacer categorizaciones y generalizaciones a partir de las cuáles actuar. Gracias a ellas huimos de la improvisación y tratamos de realizar un ejercicio responsable y basado en la evidencia, gracias a casos similares anteriores, para los que se establecieron categorías o etiquetas. Sin bien es cierto, ello no debe caer en el riesgo de mantener unas estructuras rígidas.

Por una parte, la etiqueta de trastorno por depresión no debería servir, únicamente, para valorar si se ha de prescribir un fármaco o no. El diagnóstico médico y el diagnóstico social sanitario, permitirían desarrollar una valoración más completa para flexibilizar esos límites, mediante la valoración subjetiva de la vivencia de la persona en su entorno, la percepción, su estado afectivo. La personalización del sistema permitiría la flexibilidad de esas etiquetas, sin caer en actos improvisados que llevaran a error, y ofreciendo atenciones que se adecuaran a las situaciones particulares.

En el otro lado, las personas valoradas como sanas, también sufrirán las consecuencias. Las consecuencias de quedar excluidas de un sistema regido por un modelo que sigue actuando más en términos de asistencia a la enfermedad que en términos de prevención y promoción. La realización de un trabajo más allá del puramente médico, es lo que permitiría que esas personas siguieran siendo atendidas de manera preventiva para reducir su riesgo de enfermar. Si no se hace así, lo más probable es que la persona al cabo de un tiempo necesite una asistencia más intensa por haber aumentado su malestar mental hasta considerarse enferma.

- Finalmente, no podíamos terminar este apartado sin hacer referencia a los **efectos que la crisis** ha tenido en el mantenimiento del Estado de Bienestar, y, en este sentido, en el sistema de servicios sociales y el sistema sanitario. Hemos de ver, cómo estos recortes, políticas y la gestión que se lleva desarrollando de hace unos años hacia acá, ha afectado a las personas que tienen depresión, o se encuentran en riesgo de padecerla. La primera idea son los recortes en recursos económicos, y en recursos humanos. La ratio de personas atendidas por profesional es mayor, lo cual, reduce la calidad en los servicios, dificulta la personalización, y limita el tiempo y posibilidades a la investigación y a la creación de proyectos y programas dirigidos a mejorar la atención sanitaria y enfocarla hacia otros puntos más allá del asistencialismo.

Ello se une, a su vez, al aumento en las cifras de la depresión. Si tratamos de hacer un ejercicio de reflexión sobre la interrelación de estos conceptos pueden tener, vemos que, siendo la conceptualización y etiquetaje en salud una construcción social, que se basa en las características de un colectivo en un entorno y momento concreto, los niveles de bienestar o malestar se valorarán como sanos o patológicos atendiendo al concepto de normalidad. Es decir, todo aquello que se salga del nivel que tiene la mayoría, será lo entendido como patológico. O al menos en aquellas enfermedades más subjetivas, menos perceptibles a la vista, y en aquellos niveles o grados menos incapacitantes.

Ante el aumento continuado de personas con trastorno por depresión, y con la situación económica y la situación sanitaria actual, se corre el riesgo de que los baremos se endurezcan. Que para recibir atención sanitaria integral, una persona tenga tener un nivel de depresión más elevado. Esto, lejos de ser una opinión o una invención, lo estamos viendo en diferentes temas, como puede ser en la atención a las personas dependientes y más cerca aún. En el reconocimiento del grado de discapacidad. Ante un aumento en la solicitud de este, se ha optado por endurecer los filtros.

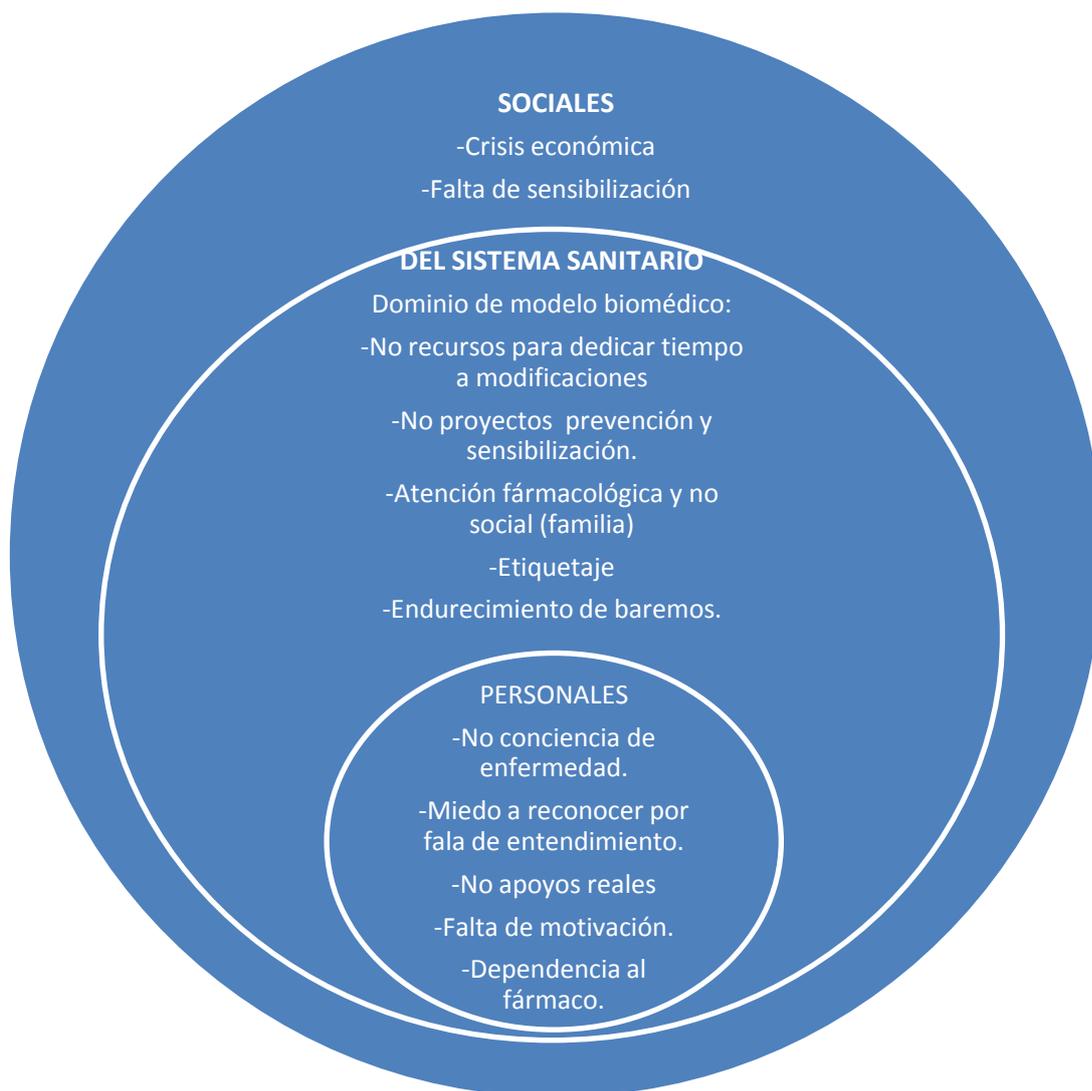
Y este es el riesgo que se corre de que las personas con trastornos por depresión, una enfermedad considerada en muchas ocasiones como no grave, con un componente mayoritariamente subjetivo y difícilmente entendible por un entorno sanitario altamente medicalizado, queden fuera y no sean atendidas en las condiciones que deberían.

Y aun existiendo escalas de valoración de la depresión de gran fiabilidad, se requieren valoraciones más integrales, que permitan añadir este componente de la personalidad y percepción del individuo, de su situación social y de los recursos informales que faciliten la recuperación<sup>37</sup>.

En un intento por abordar todas las posibles dificultades que hemos ido viendo a lo largo de este apartado, trato de establecer una relación entre diferentes factores obstaculizadores, situando cada uno a un nivel determinado. Si bien es cierto, unos se retroalimentan a otros y es lo que facilita la cronicidad y complejidad de la enfermedad.

Por poner un ejemplo de esta retroalimentación, vemos que, a pesar de que en el siguiente gráfico observamos como la crisis económica dificulta las atenciones del sistema sanitario y ello repercute directamente sobre la persona con depresión, de manera contraria, la persona, con un malestar mental, y con una serie de dificultades internas para superar la depresión, unidas a su vez, a las dificultades del sistema para ofrecerle una atención integral, generan una discapacidad a la persona que reduce su capacidad laboral, en cuanto que baja la productividad, se ausenta de su puesto de trabajo, etc. Todo ello supondrá unos costes (indirectos<sup>43</sup>), que repercutirán, de nuevo, sobre la economía del país.

**Gráfico: Dificultades en la atención y recuperación de un trastorno depresión.**



Fuente: Elaboración propia.

Para terminar, quiero destacar la importante actividad que están realizando las entidades privadas en la atención de personas con problemas de salud mental, y en riesgo de padecerlos, desde una perspectiva más integral, centradas en la rehabilitación y reinserción de la personas en su entorno comunitario y con los apoyos que este ofrece. Su situación y características, permite que estas puedan trabajar de manera más personalizada.

A pesar de que la evolución histórica de las sociedades y la configuración de un Estado de Bienestar obliga a los poderes públicos a ser quienes provean estas atenciones, multitud de organizaciones están funcionando en este ámbito de atención. Pero es preciso remarcar la idea de que estas funcionen en coordinación continua y complementando a los organismos públicos, allí donde estos no llegan o requieren apoyos, y no sustituyendo y asumiendo sus responsabilidades.

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1. CAMPO DE ESTUDIO Y OBJETIVOS.**

Con este escenario descrito, tratamos de entender, de la mano de diferentes personas que nos han concedido su tiempo, la visión y conocimiento que tienen sobre la situación de la atención social y sanitaria de las personas que padecen trastorno por depresión.

Delimitando nuestro campo de estudio, se plantean las siguientes constataciones empíricas, en las que se tratará de profundizar.

- La atención sanitaria a personas con trastornos por depresión se desarrolla, en su mayoría, desde la concepción biomédica.
- El sistema sanitario está ofreciendo atenciones parciales, que permiten a la persona con depresión mejorar su estado de salud, pero no permiten su recuperación plena, en cuanto que no se abordan todas sus dimensiones.
- Las entidades privadas están asumiendo en el ámbito de la salud mental un papel preponderante en lo relativo a la recuperación y rehabilitación social y comunitaria.

Los objetivos que se pretenden con la recogida de información y su respectivo análisis, son:

- Conocer la perspectiva que los profesionales tienen sobre el trastorno por depresión, cómo se debería atender, y cómo se está atendiendo.
- Acercarnos a las necesidades psicosociales y sanitarias que las personas con trastornos por depresión consideran prioritarias, y conocer cuáles se atienden y cuáles no.
- Aumentar nuestra información sobre la percepción que los propios usuarios con trastornos por depresión tienen con respecto a los profesionales que les atienden.
- Reflexionar acerca del papel de las terapias alternativas en las intervenciones dirigidas a tratar los trastornos por depresión.
- Generar un pensamiento crítico en los profesionales, para la mejora continua de la atención a personas con trastornos por depresión.
- Conocer cuáles son los retos y qué papel tienen los trabajadores sociales sanitarios en este cambio de perspectiva y de los elementos obstaculizadores.
- Establecer nuevas propuestas de actuación que mejoren y faciliten la intervención en personas con trastornos por depresión.

## **4.2. SELECCIÓN DEL MÉTODO Y TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS.**

Para conocer todos los datos que nos permitan abordar el presente estudio, se ha utilizado una metodología de tipo cualitativa.

El motivo de su elección se ha explicado anteriormente. Todos los conocimientos que se desean extraer en este estudio, se relacionan con la vivencia de la persona que tiene depresión, tanto en el desarrollo de la enfermedad como durante su atención por el sistema sanitario. Y todo ello envuelto en un marco de valores, emociones y expectativas determinadas que hacen que las percepciones puedan diferir entre unas personas y otras, aunque se busquen puntos comunes sobre los que intervenir. En este sentido, se considera fundamental seleccionar una metodología que no tenga en cuenta sólo aquellos aspectos más objetivos, o de mejor medición o cuantificación.

Sobre las técnicas de recogida de información, se ha seleccionado la entrevista, y se ha optado por la semiestructurada, de manera que, a pesar de contar con una organización y preguntas determinadas, se deje libertad para la expresión y explicación de las personas sobre todos aquellos aspectos que deseen profundizar, así como para que puedan aportar otras ideas que se hayan pasado por alto durante la creación de este trabajo, ya que ello facilitará la comprensión del tema de estudio.

En cuanto a los registros e instrumentos, se ha utilizado la grabadora, previo consentimiento de las personas interesadas y con garantía de confidencialidad de los datos personales, con el fin de poder, tras realizar la entrevista, transcribirla, analizar y relacionar todos los datos referidos a las categorías que interesan conocer, así como aquellos aspectos que no se habían considerado y resultan importantes.

Se presentan, en los anexos uno y dos, los guiones preparados para la realización de las entrevistas.

## **4.3. SELECCIÓN DEL PERFIL DE LOS ENTREVISTADOS.**

Cuando hablo en el punto anterior sobre dos guiones de entrevistas, lo hago por la muestra seleccionada. Las personas entrevistadas van a ser, dos profesionales del trabajo social en el ámbito de la salud mental, y dos personas afectadas por un trastorno por depresión. Ello se enmarca en la provincia de Valladolid, por lo que los datos extraídos se dirigen a este entorno, y no necesariamente a otros puntos de España, aunque sí permite conocer diferentes aspectos que podrían ser comunes en el sistema sanitario español, y que sería preciso seguir conociendo.

La idea es clara. No se considera oportuno analizar sólo la perspectiva que los profesionales tienen sobre este asunto, ni tampoco que nos dejemos llevar por la total subjetividad de las entrevistas de las personas con este problema de salud mental.

Depresión y calidad de vida. La importancia de la atención integral para la recuperación de la persona enferma.

Las profesionales de trabajo social entrevistadas ejercen su labor profesional como trabajadoras sociales sanitarias en centros de salud mental de la ciudad de Valladolid. Una de ellas, (E1) es la trabajadora social principal de un centro sociosanitario que trabaja desde el Tercer sector atendiendo a personas con problemas de salud mental, la otra (E2) ejerce funciones de acompañamiento personalizado a las personas del centro de salud mental que se encuentran en peor estado, entre las que se encuentra una mujer con un trastorno de depresión mayor.

En cuanto a los pacientes, uno de ellos está siendo atendido en un centro privado de salud mental (E3). La otra persona ha superado ya el trastorno y no forma parte de ninguna organización ni recibe en la actualidad atención sanitaria (E4). Interesa en gran medida conocer su análisis desde la perspectiva de ex paciente, en cuanto que podrá hacer un análisis muy oportuno de su situación y proceso de recuperación, sin que la subjetividad o el pesimismo que caracteriza a la enfermedad, desvirtúen de alguna manera la percepción de la atención sanitaria.

#### **4.4. CATEGORÍAS DE ESTUDIO Y ANÁLISIS DE DATOS.**

Para la extracción y depuración de los datos presentes en las entrevistas realizadas, se plantea la división de las preguntas en diferentes categorías, que indican el objeto de estudio de cada una.

Las categorías son las siguientes:

-Conocimiento sobre el concepto de depresión: Desde esta categoría se trata de aumentar el conocimiento sobre el término, sus causas, consecuencias, y aspectos implicados en esta y que requieren atención, así como la comprensión que se tiene sobre el término, desde el punto de vista individual, social, y profesional.

-Funcionamiento del sistema sanitario y entidades privadas en la atención a personas con depresión: En este sentido, se ha tratado de conocer cómo atiende y trata la recuperación de las personas con trastorno por depresión el sistema público de salud, y el papel que juegan las entidades privadas, ya sea como complemento o sustituto, así como los límites y beneficios de cada uno de ellos.

-Percepciones del paciente. Integra la parte de mayor subjetividad. Es aquella relacionada sobre la percepción sobre las necesidades que se le han planteado a partir de la enfermedad, y la calidad percibida sobre su atención desde el sistema sanitario y otros recursos privados.

-Retos en la atención social y sanitaria a las personas que se encuentran en un proceso de malestar mental, por un trastorno depresivo, y qué papel tiene el trabajador social

Depresión y calidad de vida. La importancia de la atención integral para la recuperación de la persona enferma.

sanitario para la mejora y la consecución de esos retos y superación de los límites planteados.

Cada pregunta, por tanto, forma parte de una categoría, que ha sido analizada junto con las preguntas de esa misma categoría, para ir extrayendo resultados e ideas fundamentales de cada una para, finalmente, establecer relaciones entre los diferentes grupos o temas, y llegar a las conclusiones finales.

Se presenta, en el anexo 3, una tabla en la que podemos ver qué preguntas de las entrevistas realizadas a profesionales y pacientes (el guión de cada una quedó recogido en los anexos de la PEC anterior) corresponden a cada grupo de atención. Las preguntas relativas al guión de profesionales son las marcadas en color verde, y las del guión de personas con depresión en color morado.

Dedicamos a los resultados del estudio el punto siguiente.

## **5. ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Tras la realización de las entrevistas, quedan aquí recogidos los datos e ideas fundamentales. He integrado en las diferentes categorías ambas percepciones, las profesionales y las de pacientes. Los resultados han sido los siguientes:

### **5.1. CONCEPTO DE DEPRESIÓN, CAUSAS Y CONSECUENCIAS.**

En cuanto al conocimiento sobre el trastorno por depresión, coinciden pacientes y profesionales en que se trata de un estado que abarca todos los aspectos de la vida. Incluye desinterés, falta de ilusión, desesperanza. Esta desesperanza, es hacia la vida, y también hacia la propia persona. *“Es un sentimiento de no valer para nada”* (E1). Coinciden en que empiezan a descuidar la propia vida y la de los demás, no pueden comer, no salen de la cama... Afirma una de las trabajadoras sociales que el descuido va más allá, que también afecta a la imagen, aunque no siempre se tiene en cuenta como algo importante, pero indica muchas necesidades, ya que permite percibir la dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Las dos pacientes hablan de diferentes síntomas. Taquicardias, trastornos del sueño y del apetito, problemas intestinales, agorafobia, aislamiento... *“Era como estar en una nube”* dice una de ellas (E3). Manifiestan ambas pacientes las dificultades para expresar todo lo que les gustaría sobre lo que es una depresión, afirman que quien no lo ha vivido no sabe lo que es, y eso ha dado lugar a mayores consecuencias, tanto para expresarlo, como para poder ser entendidas por su red familiar y social.

Las consecuencias, abarcan desde dificultades y conflictos con el entorno, como bajas laborales (E4), aislamiento, y hasta el suicidio. Es importante destacar en este sentido a una de las trabajadoras sociales entrevistada (E1), que resalta la idea de que el riesgo de suicidio aumenta cuando la persona parece que se empieza a recuperar, y es justamente cuando se está dejando la intervención. Falta en este sentido y según su visión profesional, que se termine de atender a la persona, que se mantenga la intervención, que no “se la abandone” cuando más necesario es el apoyo para finalizar la recuperación, ni para prevenir una recaída.

Con todo ello, las dos trabajadoras sociales sanitarias entrevistadas tienen claro que puesto que es un trastorno que afecta a todos los ámbitos de la vida diaria, también habrán de ser atendida por todos los profesionales de diferentes ámbitos; médicos, psiquiatras, terapeutas, psicólogos, trabajadores sociales, así como cualquier profesional que pueda aportar algo positivo en la recuperación, incluida la introducción de terapias alternativas como complemento.

Un punto fundamental dentro de todas las entrevistas, es la familia, como elemento potencial para ofrecer un apoyo, así como un obstaculizador si no se trabaja con ella. Las

Depresión y calidad de vida. La importancia de la atención integral para la recuperación de la persona enferma.

dos pacientes, afirman echar de menos más apoyo. Por otra parte, desde el otro lado, las profesionales entienden que es un factor fundamental, puesto que si la familia no lo entiende y se implica en la intervención “*pueden poner en peligro toda la intervención realizada*” (E2), y que para ello es fundamental lograr una relación de confianza y un intenso trabajo también con esta.

Es importante citar sobre el ámbito laboral, no sólo cómo se ve afectado por el trastorno, sino también destacarlo como un facilitador en algunas ocasiones. Una de las pacientes afirma haber considerado que estaba recuperada cuando comenzó a trabajar, ya que no lo había hecho nunca, y que un tiempo después tuvo la sensación de que volvía a recaer, sin embargo, semanas después esto desapareció, y piensa que ha sido el trabajo lo que ha evitado esa recaída (E3).

Por otra parte, durante la definición y sus implicaciones, se destaca en ambas partes la falta de sensibilización, de comprensión. Por un lado las pacientes manifiestan su incapacidad para expresar y hacerse comprender por su familia, que también sufre y con la que surgen conflictos, así como en el entorno, y las profesionales de trabajo social sanitario, añaden a esto la consideración profesional del trastorno como un trastorno menos grave que otros, como pueden ser la esquizofrenia o el trastorno límite, y en este sentido, no se investiga y atiende todo lo que debería (E2).

El trastorno, por tanto, con todas sus causas y consecuencias, ha de ser atendido por el sistema sanitario español, que contará además con el apoyo de otras entidades privadas del tercer sector.

## **5.2. FUNCIONAMIENTO ACTUAL DEL SISTEMA SANITARIO.**

Sobre el sistema sanitario en España, en líneas generales, se puede decir que existe un avance cada vez mayor en algunos aspectos, sin embargo, la atención a la depresión es, dadas las cuatro aportaciones, deficitaria en otros.

La primera idea es que no se está llevando a cabo una atención integral. Por diversos motivos. Como he mencionado en el punto anterior, señalan las profesionales que actualmente el sistema sanitario está atendiendo de manera parcial y temporal. Esto quiere decir que se trata de una atención asistencial que sólo consigue estabilizar médicamente al paciente, y cuando se logra esa estabilidad médica, las intervenciones cesan, lo que genera un gran riesgo de volver a empeorar, y a requerir volver a ser hospitalizada en agudos o a tener que recibir un tratamiento mayor (E1, E2). Esto indica que no se está desarrollando una planificación del alta real, tal y como se concibe este término. Al realizar esta pregunta a una de las profesionales, nos dicen que no. A la asociación en la que trabaja, las personas llegan en muchas ocasiones sin ser derivadas del centro de salud o del hospital, sino por recomendación de particulares. Con esto, personas más aisladas, con menor red de apoyo, tendrán más dificultades de recuperarse. En el sistema sanitario, afirman, las trabajadoras

sociales están asumiendo una función más dirigida a la gestión de recursos. *“Hay algunos casos de pacientes que ingresan un tiempo muy corto, y son derivados por la trabajadora social sin que ella los haya conocido si quiera personalmente”* (E2).

Sobre la coordinación se valoran grandes avances realizados, así como una mejor disposición para ello en los últimos tiempos, pero es necesario seguir mejorando. Esto encaja con el tema anterior de manera directa, así como con la permanencia de un modelo que se centra más en lo puramente médico que en lo social y sanitario de manera conjunta. Lo que indican las profesionales entrevistadas, es que hay muchas dificultades para el cambio, porque cada profesional trata de llevar las intervenciones que considera más oportunas, y no mirar el interés real de la persona, ya que considera su método el mejor. Esto dificulta las relaciones entre diferentes profesionales, y se agrava aún más cuando se trata de profesionales de distintos recursos. En este sentido, una de las profesionales (E1) afirma que se está mejorando, y que hay buenas intenciones. Se muestra positiva, sin embargo afirma que hay que ir con cuidado, sutileza, para que los profesionales del sistema público no se sientan invadidos en sus funciones. Esta idea me llama especialmente la atención, ya que la consecuencia que saco de ella es que la buena coordinación entre el Tercer sector y los recursos públicos que son puramente sanitarios se está consiguiendo en base a mostrar una imagen de inferioridad con respecto a ellos, lo que dificulta en gran medida ese interés por trabajar de manera conjunta, ser valorado y tener poder y autonomía para actuar. Más aún cuando son precisamente estas entidades las que están asumiendo de manera mayoritaria las intervenciones para que se pueda hablar de integralidad. Los profesionales de centros de salud y hospitales, dada su falta de tiempo, se están limitando a paliar, a atender al momento, y son estas entidades las que acaban funcionando como referente de la persona (E2). Si no se produce una adecuada coordinación, la atención no va a ser continuada en el tiempo, ni coherente, ni va a mejorar la calidad de vida de esta.

Cabe añadir las aportaciones de las personas pacientes. Una de ellas afirma no haber tenido ningún tipo de atención más allá de la sanitaria. Fue diagnosticada tras dos ingresos, antibióticos y pruebas de todo tipo, a los cuatro meses de haber empezado a tener síntomas. Y cuando ello se produjo, se puso en marcha un tratamiento con fármacos antidepresivos, y en el resto de consultas ese tratamiento se iba modificando. Afirma haber generado durante su proceso dificultades para abandonar algún fármaco (E3), y sólo se atendió su problema de salud mental desde psiquiatría. La otra persona forma parte de una asociación que atiende a personas con problemas de salud mental, por lo que sí ha recibido los apoyos de psicólogos, terapeutas y trabajadores sociales sanitarios, sin embargo, a nivel público no ha sido atendida en estos aspectos. En el contacto que tuvo con la trabajadora social del centro de salud la recomendó llamar a la asociación y empezar a acudir al centro.

Depresión y calidad de vida. La importancia de la atención integral para la recuperación de la persona enferma.

Dos personas no son suficientes para realizar una generalización, pero sí nos permite comprobar que hay aspectos que no están funcionando de manera adecuada.

Todo ello se ha agravado con la situación de crisis, convertida en causa o factor de riesgo para la aparición del trastorno, pero también como obstaculizador para la atención y por ende, la recuperación.

Se hace referencia al estrés laboral, el desempleo, los bajos salarios, conflictos familiares que se derivan de esto, y la incertidumbre, como facilitadores de los trastornos por depresión y ansiedad. Ha provocado que lo que eran preocupaciones momentáneas o estados de ánimo decaído temporales, hayan derivado en patología, también por un escaso o inexistente trabajo preventivo. Ha habido en este sentido, un aumento en la prevalencia y, por tanto en las demandas al sistema sanitario que, además, no ha tenido capacidad para abordar. En esta otra parte de la balanza, la reducción de la financiación, la falta de recursos humanos, la desaparición de centros que atendían diferentes problemas de salud mental, han ido desapareciendo, y son menos los profesionales que van a ofrecer una atención a la persona, y cuentan con menos tiempo para hacerlo. El aumento de la demanda, por tanto, no ha traído consigo un aumento de los profesionales, sino al revés. *“Hay centros de salud en Valladolid en los que ya no hay trabajadora social sanitaria, por ejemplo, ya que no se están reponiendo algunos de los profesionales según se van jubilando los mayores”* (E1). Algunas trabajadoras sociales, con este escenario, tienen que ejercer sus funciones en dos centros distintos. Todo ello, la falta de tiempo de todos los profesionales y por ende, la corta duración de las consultas, la gran burocratización de los procesos de atención, y una demanda cada vez mayor, dificulta en gran medida poder ejercer un trabajo individualizado que se dirija a la promoción y prevención, en vez de a la asistencia. Afirma una profesional que hasta que los casos no se pasan a considerar graves, se están dejando de lado, y las funciones con esas personas las están asumiendo las entidades privadas (E2). Todo esto se une directamente a la percepción que los pacientes tienen sobre sus procesos de atención. Es fundamental conocer esta perspectiva, ya que de la percepción que se tenga se aumentará o reducirá la predisposición, la motivación, la adherencia a los tratamientos, y la participación activa.

### **5.3. PERCEPCIÓN DE LAS PACIENTES SOBRE LA ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA RECIBIDA.**

La percepción que las pacientes entrevistadas tienen no es buena, ambas manifiestan echar de menos mayores tiempos y otra disposición hacia ellas por parte de los profesionales. Les ha faltado (E3) y falta (E4) que los psiquiatras sean más atentos, faciliten el desahogo, y no se centren sólo en la medicación. No se han quejado a los mismos profesionales, pero sí lo

hacen en las asociaciones. Tanto la entrevistada que acude al centro de atención a personas con problemas de salud mental (E4) como las profesionales, manifiestan un descontento con la manera en que se está atendiendo, y la falta de empatía de algunos profesionales. El que las quejas se produzcan de esta manera, en vez de a los mismos profesionales, permite percibir un cierto temor a hacerlo de manera directa, quizás por miedo a comenzar a ser peor tratadas. Cuando se pregunta qué otros apoyos habrían requerido, se manifiesta cierto desconocimiento sobre los diferentes servicios y recursos con los que podían haber contado. Una de las pacientes comenta que no sabe qué ayuda a mayores del psiquiatra se le podría haber ofrecido. Sí dice que le hubiera gustado recibir una atención más cálida, más cercana, y un mayor apoyo por parte de su familia, sin embargo desconoce qué podría haber hecho por ella un o una trabajadora social sanitaria (E3). Esto plantea la necesidad de sensibilizar, de trabajar desde la prevención y la promoción. Si las personas desconocen las posibilidades que tienen, sólo se van a conformar con lo que directamente se les ofrezca, limitando así su autonomía y su capacidad para decidir.

La falta de coordinación, de continuidad asistencial, y los errores que se están produciendo en las gestiones del alta de pacientes con problemas de salud mental, derivan precisamente en una mala intervención sanitaria sobre la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Esta implica distintos ámbitos, y no todos se están atendiendo (E2).

Es importante señalar, antes de pasar a otro tema, que las profesionales reconocen grandes avances en el sistema y en la atención a personas con problemas de salud mental. Cada vez son más los profesionales de diversas áreas que valoran la intervención social, pero falta comenzar a aplicar las ganas a situaciones reales. Por ejemplo, se está planteando la realización de una comisión entre los profesionales de salud mental y la entidad a la que pertenece una de las profesionales (E1), con el fin de realizar un trabajo conjunto, resolver dudas, y facilitar la relación y con ella, la coordinación. Se está mostrando interés en atender más allá de los aspectos puramente biológicos, y el problema es que algo ya asentado requiere un tiempo y diversos cambios en los procedimientos y los protocolos, así como más profesionales y tiempo para poder realizarlo.

La corriente surgida con la revolución delirante, ha facilitado y está promoviendo un nuevo escenario. De los diferentes profesionales que surgen con esta corriente, hay algunos que plantean una intervención integral, coordinada, donde se complementa el medicamento, con la atención social y en los diferentes ámbitos. Otros, sin embargo, han adquirido la postura de que todo se cura con diálogo y terapia y la medicación se ha de eliminar por completo. En este sentido las profesionales entrevistadas tienen claro que esto no ha de ser así. *“Hay que buscar el punto medio, porque hay personas que sí necesitan medicación, al igual que otras sólo necesitan otros apoyos que no son antidepresivos”* (E2).

#### **5.4. RETOS PLANTEADOS POR LAS PROFESIONALES.**

En esta línea, las profesionales entrevistadas afirman que los retos actuales son los siguientes.

- Más tiempo y dinero (E1, E2). Cuando no se tiene tiempo no se puede modificar. Esta es la clave para que todo lo siguiente pueda producirse.
- Humanizar el sistema (E1). Es fundamental volver a centrarnos en la persona, para poder ofrecer una atención individual que se adapte a las diferentes características que ésta presente (potencialidades, debilidades, recursos externos...). Esta adaptación sólo se logra con tiempo para conocerla, para poder saber qué aspectos son fruto de su personalidad o de su patología, para conocer su vivencia, para trabajar con la familia, etc. Es preciso no estandarizar.
- La mejora en la coordinación. Plantea una de las profesionales la necesidad de que se trabaje en una red única. Esta idea no ha de ir en contra de los deseos del usuario, pero entre profesionales que trabajan buscando la calidad de vida y la continuidad, no se debería ocultar información relevante (E1).
- Más profesionales y centros de rehabilitación psicosocial, para suplir ese obstáculo que impide la recuperación de la persona cuando esta, si ha estado ingresada, regresa a su domicilio.

Como profesionales del trabajo social sanitario, dicen, su papel para el cambio será:

- Luchar por la profesión (E1) (E2) sensibilizar sobre los problemas de salud mental y generar en las personas usuarias conocimiento sobre sus derechos, para que puedan exigirlos.
- Innovar. (E2). Es fundamental que como trabajadores sociales sanitarios se busquen siempre las mejores intervenciones y se investiguen todas las posibilidades que puedan ser positivas para la recuperación de la persona.

## **6. CONCLUSIONES-DISCUSIÓN**

### **6.1. RESULTADOS FINALES.**

Con el análisis de los resultados, podemos ver que, en términos generales, las constataciones que se habían hecho previas al proceso de estudio, así como las diferentes elaboraciones bibliográficas de otros autores con respecto al tema, coinciden en gran parte con el discurso y experiencia de los pacientes y profesionales entrevistados.

#### **6.1.1. Existe la formación y las intenciones para el cambio y falta la aplicación real.**

El sistema sanitario tiene numerosos puntos fuertes, como son un número de profesionales formados y especializados en el ámbito de la salud mental, entidades con las que coordinarse que están favoreciendo mucho la calidad de vida de las personas con dichas patologías, y una intención cada vez más positiva a buscar una serie de mejoras en el sistema que vayan más hacia el modelo bio-psico-social. Sin embargo, las dificultades que se plantean comienzan con una idea general. Sigue dominando el modelo biomédico, siguen existiendo déficits en la coordinación, y como se había planteado, el Tercer sector es el que está asumiendo en gran parte un trabajo que permita dar continuidad de los casos que atiende.

Con todo ello la calidad de vida de las personas que padecen trastornos por depresión, en cualquiera de sus grados, no es la que se requeriría, dado que la percepción sobre la atención no es positiva, y puesto que las relaciones familiares debilitan y generan mayor vulnerabilidad en la persona, en cuanto que no comprenden y no se está realizando todo lo necesario para que lo hagan, y en cuanto que el desconocimiento que tienen las personas enfermas sobre los derechos y recursos a los que tienen acceso impiden en gran medida la atención a todas las necesidades que planteen en su proceso particular.

He de recordar, que las personas y profesionales entrevistadas pertenecen a la provincia de Valladolid, por lo que no se puede realizar una generalización del funcionamiento del sistema a nivel estatal, sólo acercarnos a deferentes dificultades que se están percibiendo, ya que a lo largo del máster hemos visto que en otros puntos de España, existen profesionales, unidades, protocolos y servicios que atienden aspectos que en este trabajo se han señalado como deficitarios, como por ejemplo, la planificación del alta.

#### **6.1.2. Dificultades específicas de la atención al trastorno por depresión.**

El padecimiento de un trastorno por depresión, ha quedado de alguna manera aislado por algunos profesionales y por el conjunto de la población, de aquellos procesos mentales considerados de mayor gravedad, a pesar de que las evidencias y estudios indican que generan mayor discapacidad, y en consecuencia, unos grandes costes, tanto directos (la asistencia sanitaria misma), como indirectos (PIB).

Depresión y calidad de vida. La importancia de la atención integral para la recuperación de la persona enferma.

Excluyendo el trastorno grave, personas que piden ayuda por determinados síntomas, no son diagnosticados a tiempo, ni tampoco atendidos de la mejor manera. Esto es, existe, por una parte, un exceso de medicalización de la depresión, y también un defecto de intervención por falta de detección y diagnóstico. Las personas que acuden a atención primaria con trastorno por depresión o alto riesgo de padecerla, acuden sin demandar explícitamente apoyo a necesidades psicosociales y afectivas, sino por otros motivos y dolencias, que suelen ser de carácter somático<sup>44</sup>. Desde esta premisa la depresión se esconde detrás de dolencias, dificultades sociales, u otras enfermedades o trastornos comórbidos, como la ansiedad, que dificultan la identificación de la presencia de depresión o riesgo de padecerla, y en ese sentido, su prevención o tratamiento. Para poner un ejemplo, vuelvo a citar a Calvo<sup>44</sup>, que indica que el 80% de personas con depresión también manifiestan sintomatología de ansiedad, lo cual va a ser diagnosticado y tratado de manera errónea.

Destacamos a este mismo autor, que hace un llamamiento a la presencia de trabajadores sociales sanitarios en la atención directa de personas con este problema de salud mental, ya que es un factor primordial que permite reducir la “creciente medicalización”.

Esta primera dificultad para la detección, plantea una segunda, que es la dificultad para la prevención secundaria y terciaria, dirigida a evitar riesgos de empeoramiento y la atención a otras necesidades que van surgiendo y que por tanto, se van a convertir en nuevos obstaculizadores para la recuperación.

La atención primaria de salud, tanto por parte de médicos de cabecera como de trabajadores sociales sanitarios, tiene un papel fundamental en la detección precoz, pero para que esto sea una realidad, se han de plantear una serie de cambios que lo hagan posible, y que más adelante comentaremos.

Es importante destacar, por otra parte, otra de las ideas fundamentales del presente trabajo: el estigma que generan los diferentes problemas de salud mental, y además, la falta de comprensión que envuelve a los trastornos afectivos, en especial, la depresión.

Como se ha podido ver a lo largo de las diferentes aportaciones recogidas de diversos autores, el ámbito de la salud mental cobra siempre gran importancia en lo que respecta a la lucha por un modelo que no estigmatice, ni centre sus esfuerzos a una actividad pasiva de diagnóstico-fármaco, por ser enfermedades con un gran componente social, conductual, y en constante interrelación y retroalimentación con la personalidad propia de la persona. Su vivencia, su percepción, y sus capacidades intrínsecas, le harán responder de una manera u otra a una serie de factores de riesgo, pudiendo así bloquearlos y superarlos, o no hacerlo y requerir otros apoyos externos, que también variarán de una persona a otra.

Se plantea además, la dificultad de valorar qué actitudes son inherentes a la persona y cuáles son propias de la enfermedad, distinción que es preciso realizar para no caer en el

paternalismo de que todo lo que hace la persona es fruto de su patología, ni en el despotismo de pensar que determinadas actitudes son fruto de su carácter “vago, egoísta o dañino”. Ambas consideraciones, por defecto o exceso, sólo promoverán el estigma y la discriminación de las personas con problemas de salud mental y las intervenciones no centradas en la persona y su vivencia.

Como hemos visto, la depresión ha aumentado hasta convertirse en uno de los trastornos más prevalentes, y a ello se le une un dato que se ha repetido a lo largo del trabajo y no debemos perder de vista: en 2030, según la Organización Mundial de la Salud, la depresión va a ser una de las tres causas más discapacitantes. Ello exige una revisión crítica. Hay aspectos que no están funcionando o no se están abordando, si nos encontramos ante un trastorno cada vez más abundante y discapacitante. Y puesto que la previsión es que ello va a tender a aumentar en número y en grado, es fundamental que se lleve a cabo un trabajo de búsqueda y análisis, eliminando cualquier reticencia profesional a abordar una serie de cambios, si ello va a facilitar un abordaje más oportuno y eficaz. Y es fundamental que se lleve a cabo ahora, desde diferentes líneas de actuación, ya que de no hacerlo se corre el riesgo a, llegado el momento, tratar de optar por respuestas alternativas improvisadas que no muestren evidencia, y tener que asumir una serie de costes que podrían haberse reducido de haber abordado el problema desde otras perspectivas.

Los profesionales reconocen para el cambio la falta de tiempo, las situaciones de personas que no reciben la atención que desean por parte de sus psiquiatras, y aquellas que no pueden recibir una serie de recursos por no valorarse la presencia de discapacidades y que, sin embargo, no pueden desarrollar un trabajo precisamente por la reducción de las capacidades que la enfermedad les está suponiendo. Todo ello va a ir generando consecuencias más graves. La depresión se perfila como un trastorno silencioso, que parece pacífico, leve o pasajero, que no se ve ni se percibe por la población e incluso por algunos profesionales, pero que puede llegar a tener, si no se atiende de manera adecuada, consecuencias desastrosas, como la exclusión social, y el suicidio en su más alto grado.

Veo importante, por otra parte, referirme de nuevo al concepto de calidad de vida. Este término es complicado de valorar, pero más aún en presencia de un trastorno afectivo, dado que la percepción de la calidad de vida (en la que se unen determinados factores vistos en puntos anteriores, como la salud, la familia, la red de apoyo, el trabajo...), tenderá a ser peor, en el caso de la depresión, por los síntomas que este trastorno desarrolla.

Con ello destacamos otro punto importante, y es que la percepción que tienen las mujeres sobre su estado de salud, es peor que la de los hombres<sup>45</sup>. Uniendo esta premisa a la idea de que son más las mujeres que tiene depresión, el resultado de ser mujer y tener depresión aumenta así las dificultades para la calidad de vida. Ello exigirá cambios en el sistema de

protección social y sanitario, pero además en la misma raíz de las desigualdades de género, como veremos en el punto siguiente.

En definitiva, si las causas de la depresión o los factores de riesgo a los que se asocia, son variados, su abordaje tanto a nivel preventivo como asistencial, habrá de tener en cuenta todos esos aspectos, y ello implica la presencia e interrelación de las diferentes profesiones dedicadas a cada dimensión.

Con todas estas consideraciones, concluimos con la necesidad de llevar a cabo actuaciones que vayan avalando un cambio hacia un modelo sanitario más completo.

### **6.1.3. Hacia el modelo bio-psico-social.**

En la búsqueda de la puesta en práctica (real) de este modelo, es fundamental considerar la coordinación como una técnica básica para el abordaje integral e integrado. Esta coordinación ha de darse con los profesionales que trabajan en el equipo interdisciplinar, pero también con otras entidades y recursos que directamente atienden a personas con depresión. Las asociaciones creadas para la defensa de los derechos, la rehabilitación y la reinserción de personas con problemas de salud mental, están llevando a cabo una labor muy importante en el tema que nos ocupa, pero como he dicho anteriormente, la relación entre la sanidad pública, y estas entidades privadas, ha de ser una relación basada en la coordinación, con el fin de garantizar la continuidad asistencial a la persona, y no un mecanismo de atribución o delegación de responsabilidad total a las entidades privadas para atenderla. La sanidad se perfila en sus normas como universal e integral, y en este sentido los profesionales de servicios y recursos públicos y privados tienen que ir dirigiendo sus esfuerzos a la realización de un trabajo proactivo que ofrezca una atención de calidad y centrada en la persona, en donde se pongan en marcha todos los mecanismos posibles que permitan a esta ir conociendo sus potencialidades y también sus debilidades para poder hacerlas frente e ir poco a poco entrenando y aprendiendo a superar las dificultades que se le van planteando, pudiendo ser dueña y manejar, en la medida de lo posible, su trastorno, y en particular en el trastorno depresivo, superándolo y evitando otros problemas de salud asociados y recaídas.

## **6.2. UNA ÚLTIMA REFLEXIÓN.**

Para finalizar este punto, e integrando de manera más subjetiva mi análisis y reflexión personal, veo la importancia de decir que he percibido una realidad que asume la necesidad de que se produzcan cambios en la atención sanitaria, y otra realidad en la que estos cambios pueden en ocasiones no ser bienvenidos. Ello puede deberse al orgullo profesional que marca que determinadas disciplinas sean las que han de seguir teniendo las claves de la recuperación de la enfermedad, y donde no caben otros abordajes. He percibido durante

este tiempo de formación, tanto en el Prácticum como en conversaciones personales con otros profesionales, una gran competencia profesional en el mundo sanitario, como una forma de reafirmación de la eficacia de la profesión de cada uno en detrimento de las demás. Ello, lejos de ser beneficioso para la atención de la salud, va a influir de manera negativa en la calidad del sistema y en la calidad de vida y el bienestar social de las personas a las que atendemos.

Otra dificultad que surge para el cambio a un modelo que aborde la perspectiva social, es la presencia de estructuras con intereses que van más allá de la atención a la persona, y buscan el mantenimiento de un modelo basado en el asistencialismo y la farmacología.

Estas dos necesidades contrapuestas, la de cambiar el modelo, y la de quien no quiere que esto ocurra, han podido derivar en un modelo biomédico disfrazado o con “ligeros tintes” de bio-psico-social, ya que a pesar de que la normativa lo avale, los médicos y enfermeros siguen teniendo una posición privilegiada frente a trabajadores sociales sanitarios que en ocasiones se acaban limitando a la realización de funciones marcadas e incluso residuales, lo cual, dificulta la actuación basada en la continuidad asistencial, el empowerment y la prevención. Quien finalmente recibe esas consecuencias son los ciudadanos que presentan los problemas de salud.

Esta realidad nos marca la necesidad de que desde el trabajo social sanitario se actúe de manera proactiva para este cambio. El máster universitario en trabajo social sanitario es el último paso para el reconocimiento del trabajo social sanitario como profesión sanitaria, y con esto, se precisa que los profesionales actúen a conciencia en lo referido a la puesta en marcha de nuevos mecanismos y formas de gestionar y tratar los problemas de salud de la población, en especial, los problemas de salud mental, como la depresión, de una manera más positiva, más abierta a diferentes perspectivas y posibilidades, como las que hemos visto en puntos anteriores, y que aumenten la participación de la persona, y su decisión, y que ello no implique un abandono, ni un papel pasivo, si no el apoyo de las decisiones mediante un adecuado counselling, acompañamiento, y atención a los cambios que vayan surgiendo y las nuevas necesidades. Este es el mejor mecanismo para que los usuarios sean seres autónomos y tomen conciencia de este derecho, contribuyendo así a reducir la alienación al sistema sanitario cuando se encuentran atravesando momentos de vulnerabilidad derivados de un problema de salud.

No se trata en este proceso de negar la evidencia científica en la que se basa el modelo biomédico, ni todos los avances y beneficios que ha aportado y aporta a la sociedad. Ello es algo indiscutible. Pero sí se trata de que como trabajadores sociales promovamos el cambio social, y como trabajadores sociales sanitarios, por tanto, tengamos una visión crítica sobre la atención sanitaria, en cuanto que tenemos la obligación y responsabilidad profesional de mejorar continuamente y buscar la excelencia.

Depresión y calidad de vida. La importancia de la atención integral para la recuperación de la persona enferma.

Con todo ello, presento a continuación una serie de puntos que precisan atención para la mejora de la atención sanitaria a los problemas de salud mental y, en especial, a los trastornos por depresión.

Se hace necesario, para terminar, establecer cuáles son, finalmente, las líneas de mejora y los retos para la atención a personas con depresión y el papel que tiene el profesional de trabajo social sanitario a este fin, así como ampliar una serie de ideas sobre las que sería necesario estudiar y profundizar, para seguir avanzando en la calidad del sistema y por ende, en la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental y sus familias.

## **7. PROPUESTAS DE MEJORA E INNOVACIÓN**

Teniendo en cuenta el análisis bibliográfico y las ideas extraídas de los profesionales y pacientes entrevistados, así como la percepción profesional propia adquirida de dicho conocimiento, algunos de los retos y líneas de mejora del sistema sanitario, y el papel del trabajador social sanitario para contribuir a dichos cambios son los siguientes.

- **Aumento en los recursos.** Si se plantea la necesidad de cambiar las pautas de actuación en el sistema sanitario, mejorar la calidad de la atención profesional, y facilitar la prevención y detección precoz de trastornos por depresión, se perfila como fundamental aumentar la financiación del sistema sanitario. Los recursos requeridos son, en especial, humanos. Esta idea la promueve a nivel internacional la Organización Mundial de la Salud<sup>46</sup>, que afirma de la necesidad de hacer mayores inversiones en salud mental, a nivel financiero y en recursos humanos.

Distintos autores hablan del gran gasto que supone el trastorno por depresión al país, sin embargo, el trastorno aumenta y se agrava. Los profesionales manifiestan su falta de tiempo<sup>47</sup> para abordar una demanda creciente de manera eficaz, por lo que se precisa reducir la ratio de población por profesional sanitario, donde incluyo al trabajador social sanitario.

Además, se ha de buscar y financiar nuevas formas de actuación que sí respondan a las necesidades en todas sus dimensiones y que, aunque a corto plazo puedan resultar más costosas, a largo plazo serán más rentables, si se abordan desde la raíz y no desde el asistencialismo.

- **Adaptación del sistema sanitario a las necesidades de la población.** Ante la realidad descrita en puntos anteriores, se marca la necesidad de recuperar un modelo centrado en la persona, sus necesidades y sus capacidades para afrontarlas. La mejora en la recuperación de las personas imprime una toma de conciencia y una lucha continuada de los profesionales por un cambio real a un modelo que recupere a la persona en el centro de la intervención. Recordando al Dr. Favaloro<sup>48</sup>, el problema de la medicina moderna es el haber olvidado la vieja medicina de sentir y escuchar a la persona, y la idea de que diferentes dimensiones la componen (fisiología, psiquis y relaciones con el entorno), y unas influirán en otras y por ello han de ser abordadas en conjunto.

Por esto, los profesionales del trabajo social sanitario han de recuperar el sentido con el que este se configuró en sus inicios. Se requiere que adquieran un papel más activo en acompañamiento, y en el papel terapéutico que se ejerce desde el primer momento en el que un profesional contacta con un usuario. Se busca potenciar este perfil psicoterapéutico, y reducir el papel de “dadores de recursos<sup>44</sup>”. Y se requiere transmitir

esta idea al resto de profesionales que forman parte de los equipos multidisciplinares, facilitando un trabajo de escucha y apoyo, que reemplace la búsqueda de la etiqueta (el problema cuantificado) para la prescripción de un tratamiento determinado como centro de la intervención. El acompañamiento continuado basado en una relación terapéutica establecida desde el primer contacto de la persona con el sistema sanitario va a facilitar la creación de un diagnóstico médico y social sanitario más completo, y un plan de trabajo más adecuado a las necesidades particulares dentro de un marco general de conocimiento.

- **Mejora de la coordinación.** Cuando hablamos de esta necesidad nos referimos a la coordinación del equipo multidisciplinar que trabaja con la persona con depresión, a la coordinación entre la atención primaria y la especializada, y a la coordinación con otras entidades privadas.

Para que esta se produzca, es fundamental la limitación de las funciones de los profesionales de estos tres ámbitos, no de manera estricta, pero sí como un modo de optimizar recursos y que las actuaciones sean coherentes y sigan un mismo plan de trabajo, ya sea establecido desde atención primaria o especializada, y en coordinación con todas las entidades privadas y profesionales implicados según convenga dadas las características del caso. La entidad privada ha de ser parte activa en la valoración, diagnóstico y plan de trabajo, pero no han de asumir el papel referencial, ya que ello contribuye a la elusión del deber de las instituciones públicas de ofrecer esta atención principal como garantía de un sistema universal y gratuito.

Para que todo esto ocurra, el trabajador social sanitario tiene un gran papel. Se ha de preocupar por introducir cambios en el sistema desde que entra al servicio, no asumiendo funciones que no crea propias de su profesión, luchando por mantener su autonomía y tomando decisiones con el equipo, bajo la misma posición de poder. Para esto tiene que ejercer un rol docente con otros profesionales, inculcándoles esta necesidad de coordinación entre lo puramente médico y lo social en salud mental, y facilitándoles la adquisición de mecanismos y conocimientos que permitan llevar a cabo dicha interacción continua. El profesional, tiene un camino en el que habrá de plantear nuevas guías, instrumentos y planes para generar relaciones positivas en las que cada uno conozca sus funciones y las del resto, y también instrucciones referidas al mismo proceso, con escalas e indicadores que midan el trastorno pero también el riesgo de que exista, mediante la valoración de todas las dimensiones descritas anteriormente, de manera que existan valoraciones y derivaciones adecuadas al servicio de trabajo social sanitario, y que así no se deje pasar por alto a personas que no superan ese límite que determina la presencia del trastorno.

La creación de registros de información comunes a todo profesional es otro de los instrumentos principales para la mejora en la coordinación.

- **Prevención. Proyectos y programas.** Un sistema sanitario con unos profesionales que han visto limitado su tiempo y funciones a la asistencia de la enfermedad, precisa desarrollar nuevos proyectos y programas dirigidos a la prevención y la promoción de la salud. Ello integra la necesidad de reforzar la dimensión grupal y comunitaria, como una manera de acercar los servicios al ciudadano y potenciar el cuidado de la propia salud, la solidaridad entre las personas de la propia comunidad y la resolución proactiva de los problemas y necesidades sociales que pudieran ser factor de riesgo o consecuencia de determinados problemas de salud, como en este caso, el trastorno por depresión.

El trabajo desde estas dos dimensiones, grupal y comunitaria, facilita a su vez la sensibilización constante y la lucha contra el estigma de los problemas de salud mental, el análisis y comprensión de los trastornos por depresión y la reducción de un lenguaje que discrimina de manera casi imperceptible pero que consigue reducir la consideración social sobre la importancia de dicho trastorno.

Desde estos grupos, en cualquiera de las formas que se desarrollaran (psicoeducativos, autoayuda, etc.), y desde la comunidad se tiene la oportunidad, además, de generar una conciencia en el paciente sobre los derechos que tiene en su atención a la salud, y exigirlos, reduciendo esa alienación de la que se hablaba anteriormente.

- **Aumento de la investigación y sistematización en trabajo social sanitario.** La necesidad de modificar todos estos aspectos que venimos mencionando, no tiene cabida si no se lleva a cabo un aumento en las investigaciones y sistematizaciones que permitan la creación de métodos basados en la evidencia científica. La lucha por el reconocimiento de la profesión, por el aumento de la calidad de vida de las personas que padecen un trastorno por depresión no sirve de nada si no va acompañada de nuevos estudios a partir de los cuáles se garantice que lo que se va a tratar de aplicar, va a tener efectos positivos para los pacientes y va a suponer un cambio real.

Por ello, hay que evaluar, analizar o estudiar el funcionamiento actual del sistema, y establecer propuestas de mejora, pero a continuación hay que buscar la manera en que esos cambios pueden llevarse a cabo, su viabilidad, y el establecimiento de guías de actuación y su aplicación real. Tras esta aplicación, se requerirá analizar los resultados y difundirlos, para que puedan ser utilizados, contrastados y enriquecidos por otros profesionales.

En el caso de la atención a personas con depresión, se ha de demostrar que efectivamente abordando el trastorno desde otras perspectivas, la recuperación se

vuelve más factible y rápida y se reducen las recaídas y agravamientos. En esta línea, se precisa aumentar las investigaciones referidas a la utilización de terapias alternativas, como actuaciones complementarias a los tratamientos habituales, así como un cambio en el abordaje de la atención a los familiares de personas con depresión, como principal recurso para su recuperación, así como protagonista principal en las intervenciones, dados los síntomas familiares que se derivan de la presencia de una persona con depresión en el núcleo de convivencia.

- **Formación especializada y continuada.** Es fundamental que los profesionales que directamente atienden a personas con depresión, estén formados adecuadamente para hacerlo. Ello exige, al igual que el punto anterior, que desde las instancias más altas se facilite tiempo para poder llevarlo a cabo.

La formación exige conocer la especificidad del trastorno por depresión. Es decir, conocer y aprender a abordar aquellos aspectos diferenciales del trabajo social sanitario en el tema de la depresión. Siendo una enfermedad de gran prevalencia, cualquier profesional de trabajo social sanitario, ya sea de atención primaria o especializada, debe conocer los elementos a considerar en dicho trastorno, y aplicarlos a los procedimientos habituales y generales.

Por otra parte, quiero destacar la necesidad de universalizar las actuaciones a realizar por el trabajador social sanitario, tanto en recursos públicos como privados. No me refiero con esto a que todas las actuaciones sean iguales, ya que no lo son las enfermedades, las vivencias ni el entorno. Cuando hablo de universalizar las actuaciones hablo de determinar aquellos aspectos diferenciales y fundamentales del trabajo social sanitario, y difundirlos y aplicarlos.

En concreto, se ha de extender el procedimiento básico de intervención social, donde se incluya el diagnóstico social sanitario, como aquello característico y propio del profesional de trabajo social sanitario como una persona con responsabilidad y conocimiento específico que le permite poder emitirlo, y avalar con este un plan de intervención que va a ir en consonancia con el diagnóstico médico, y que va a ser eficaz a todos los niveles a los que afecta a la persona.

Esto tiene que darse hasta en las entidades menos organizadas, ya que si no, caeremos en el error de legitimar que cualquier persona pudiera realizar este trabajo, con el riesgo que ello comporta tanto en el reconocimiento de la profesión, como para las personas que necesitan estos apoyos.

- **Integrar la perspectiva de género.** Es fundamental tener en cuenta, como dije al principio de este trabajo, la perspectiva de género. El mayor número de mujeres con depresión, une, a su vez, la vulnerabilidad y dificultades que se generan por tener un

problema de salud mental, con las dificultades y discriminaciones propias por ser mujer. En este sentido, se ha de hacer un doble abordaje.

Por otra parte, y como hemos visto, esta situación de doble dificultad no se produce de manera aislada una de otra y como algo causal e inconexo, sino que una deriva de la otra. Así lo hemos visto en el trabajo con la diferenciación del apartado **-ser mujer como factor de riesgo-**. Se trata de un factor de riesgo derivado de una serie de causas sociales. Hablo de la construcción social creada sobre la mujer. Hablo del género femenino. Ello ha configurado unas obligaciones, expectativas, deberes y roles determinados en la mujer, que están aumentando el riesgo de que aparezca en ella una serie de trastornos afectivos, entre los que se encuentra la depresión, en sus diferentes tipos.

Vemos así que no sólo se ha de actuar mejorando la asistencia sanitaria, ni siquiera desde la prevención y promoción de salud, si no desde políticas sociales que se desarrollen para la garantía de la igualdad real. El cambio en esta mayor prevalencia de depresión en mujeres, por tanto, no se podría producir de otra manera más que en la raíz de estos procesos, y abarcando cualquier tipo de machismo, micromachismo o idea de género que pueda favorecer procesos de estrés, situaciones desadaptativas y acontecimientos vitales que hagan más vulnerable al colectivo femenino y más incapacitado para prevenirse o recuperarse del trastorno por depresión.

## **8. NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN QUE SE ABREN CON LOS RESULTADOS.**

Con la realización del presente trabajo, han ido apareciendo nuevas ideas sobre las que sería preciso profundizar, y que abren, por tanto, la posibilidad a futuras líneas de investigación.

- **Ampliación del presente trabajo, desde otras perspectivas.**

La primera idea es clara, sería preciso ampliar este estudio, integrando la percepción y conocimiento de los profesionales que forman parte de la atención a personas con depresión, como los/as psiquiatras, médicos/as de cabecera, enfermeros/as y cualquier otro profesional que trabaje en este campo, así como conocer si estas dificultades están presentes en otros puntos de España.

- **Profundizar sobre la alienación de los pacientes al sistema sanitario.**

Las aportaciones realizadas por las dos personas (pacientes) entrevistadas, y ciertas afirmaciones de las profesionales sobre el descontento y temor de algunos pacientes con la atención sanitaria, me lleva a abrir una idea sobre la que profundizar, que es que hasta qué punto los pacientes en general y en especial, los que presentan problemas de salud mental, delegan su vida y decisiones en manos de los profesionales que forman parte del sistema sanitario, sin cuestionarse si la atención ofrecida es la que desean y esperan de su parte.

- **¿Existe miedo a los profesionales?**

Es importante conocer, en la línea del punto anterior, si la manera en que se está atendiendo a las personas con problemas de salud mental, está generando en ellas una serie de miedos que impiden que estas expresen sus deseos y necesidades reales, y qué aspectos dificultan su motivación para la participación activa en su intervención y tratamiento.

- **Percepción y conocimiento de profesionales sanitarios de la figura y funciones del o la trabajadora social sanitaria.**

La necesidad de coordinación entre profesionales y la percepción de cierta competencia profesional en el ámbito de la atención sanitaria, me lleva a la idea de que sería preciso conocer cuál es la valoración que hacen los/las profesionales de medicina, enfermería y la especialidad de psiquiatría, sobre la figura del o la trabajadora social sanitaria en atención primaria y especializada de salud.

- **Causas de la hiperfrecuentación de consultas de atención primaria de personas con depresión y métodos de detección precoz.**

El conocimiento de que los trastornos por depresión producen una hiperfrecuentación de las consultas de atención primaria de personas que, además,

salen de allí en su mayoría, sin un diagnóstico concreto y por tanto, sin una respuesta, exige que se aumente el conocimiento que permita la detección precoz y detección de riesgos, con el fin de evitar un infradiagnóstico de un problema de esta magnitud. Este estudio habría de incluir una reflexión sobre qué indicadores y límites habrían de exigirse a una persona para ser atendida en un proceso de malestar mental que no cuente con diagnóstico médico, así como una reflexión de qué aspectos se deben atender desde atención primaria y cuáles desde la especializada.

- **Terapias alternativas para la depresión.**

Una de las líneas de investigación que se plantean con este estudio es la de las terapias alternativas a la depresión. La musicoterapia, el yoga, y las citadas anteriormente. Se precisan estudios con grandes muestras que permitan determinar la eficacia real de estas, y la manera en que podrían introducirse en la atención actual.

- **Necesidades psicosociales de la familia del paciente con depresión y mecanismos para su abordaje.**

Como última propuesta de investigación, planteo aquella centrada en la familia del paciente con depresión. Se requiere aumentar el conocimiento sobre las necesidades psicosociales que se generan en la familia, especialmente, la persona o personas cuidadoras principales, para poder abordar de una manera más eficaz tanto la recuperación de la persona, como la prevención del burnout y otros problemas de salud derivados de este cuidado.

Se requiere, en definitiva, recuperar el sentido del trabajo social, como profesión de cambio, y del trabajo social sanitario, que tiene la responsabilidad de realizar una intervención centrada en la persona e integral, que tenga en cuenta las potencialidades y actúe desde ellas, facilitando el aumento de la calidad, real y percibida de la atención sanitaria, y la calidad de vida de las personas con depresión y sus familias.

Es fundamental para ello reflexionar continuamente sobre los sistemas que se desarrollan en España en la actualidad. En concreto, cuestionarnos el funcionamiento de los cuatro pilares del estado de bienestar (sanidad, educación, servicios sociales y seguridad social), es una responsabilidad de todo profesional del trabajo social.

Buscar y analizar lo que se hace mal, además de aquello que se hace bien, puede abrir líneas de debate, discordias o contradicciones entre profesionales con intereses o pensamientos diferentes, pero no es sino, esa diversidad, la que enriquecerá los procesos y permitirá la mejora continua, facilitando la promoción y atención de la salud bajo principios fundamentales de dignidad, autonomía y autodeterminación.

## **9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. OMS. Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. [Internet]. Informe de la secretaría.; 2011. [citado el 1 de mayo 2016] p. 1. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB130/B130\\_9-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-sp.pdf)
2. EFE SALUD [Internet]. Madrid: Tovar, J. y Del Rosario, G.; [24 febr. 2014; citado 2 mayo 2016]. La psiquiatría personalizada. Gran reto contra las enfermedades mentales. Disponible en: <http://www.efesalud.com/noticias/la-psiquiatria-personalizada-gran-reto-contra-las-enfermedades-mentales/>
3. IntraMed [Internet]. Argentina: Intranet; [Citado 10 mayo 2016]. La depresión será la segunda patología más prevalente, por detrás de las enfermedades coronarias en 15 años. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=35383>
4. Organización Mundial de la Salud [Internet]. OMS; 2016. [Citado 10 mayo 2016]. Temas de salud: depresión [aprox. una pantalla]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
5. National Institute of Mental Health. Depresión. [Internet]. Estados Unidos: NIMH; 2009. [Citado 2 de mayo 2016]. Pp. 3, 4. Disponible en: [http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression\\_38791.pdf](http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression_38791.pdf)
6. APA. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5a Ed. Arlington: VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
7. García, JM., Noguera, EV. Y Muñoz, F. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la depresión en atención primaria. [Internet]. Málaga: Servicio Andaluz de Salud; 2011. [Citado el 20 mayo]. P. 18. Disponible [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_488\\_Depresion\\_AP\\_resum.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_488_Depresion_AP_resum.pdf)
8. Montes, C. La depresión y su etiología: una patología compleja. *Vitae: Academia Biomédica digital*. [Internet]. 2004 [citado 20 de mayo 2016]; (18): p. 10. Disponible en: [http://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE\\_1703.pdf](http://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE_1703.pdf)
9. Álvarez, M., Ramirez, B., Silva, A., Coffin, N. y Jiménez, M.L. La relación entre la depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology Therapy* [Internet]. 2009 [citado el 21 mayo 2016]; 9(2):pp. 215-216. Disponible en: <http://www.ijpsy.com/volumen9/num2/232/la-relacin-entre-depresin-y-conflictos-ES.pdf>

- 
10. Álvaro, J.L., Garrido, A. y Schweiger, I. Causas sociales de la depresión: una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *RIS* [Internet].2010 [citado el 21 mayo 2016]; 68(2): pp.333-348. Disponible en: <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/viewFile/328/334>
  11. Josué, L., Torres, V., Urrutia, E., Moreno, R., Font, I. y Cardona, M. Factores psicosociales de la depresión. *Rev. Cubana Med.Milit.* [Internet]. 2006 [citado el 21 mayo 2016]; 35(3). Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol35\\_3\\_06/mil09306.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol35_3_06/mil09306.htm)
  12. Monteso, P., Ferré, C., Lleixá, M., Albacar, N. y Espuny, C. Factores sociológicos que influyen en el desarrollo de la depresión en las mujeres. *Anuario hojas de Warni* [Internet]. 2011 [citado el 23 mayo 2016]; (16). Disponible en: <http://www.ub.edu/SIMS/hojasWarmi/hojas16/articulos/Montesoetal.pdf>
  - 13 . Domínguez, J.M., García, P. y Cuberos, I. Violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico: consecuencias sobre la salud psicosocial. *Anales de psicología* [Internet]. 2008 [citado el 23 mayo 2016]; 24(1): pp. 115-120. Disponible en: [www.um.es/analesps/v24/v24\\_1/14-24\\_1.pdf](http://www.um.es/analesps/v24/v24_1/14-24_1.pdf)
  - 14 . Blanco, J.L. Afrontamiento familiar del paciente con depresión. *Realitas. Revista de ciencias sociales, humanas y artes* [Internet]. 2013 [citado el 26 mayo 2016]; 1(2): pp. 46-51. Disponible en: [https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiK5JC5srrNAhXLVxoKHQkeAiQQFggsMAA&url=https%3A%2F%2Fdigitalnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F4766799.pdf&usq=AFQjCNGf15EuvkLp\\_nPJNY7G72zDhYaAhQ&cad=rja](https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiK5JC5srrNAhXLVxoKHQkeAiQQFggsMAA&url=https%3A%2F%2Fdigitalnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F4766799.pdf&usq=AFQjCNGf15EuvkLp_nPJNY7G72zDhYaAhQ&cad=rja)
  15. Fernández, M.A. El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México* [Internet]. 2004 [citado el 26 mayo 2016]; 47 (6): pp. 251-254. Disponible en <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/12822/12141>
  16. RAE. Definición de modelo.
  17. Lima, O. Hacia Un Nuevo Modelo En La Medicina. *Gac Méd Caracas* [Internet]. 2004 [citado el 3 junio 2016]; 112(2). Disponible en [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0367-47622004000200007](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622004000200007)
  18. Oyarzún, E. Modelo biomédico y modelo biopsicosocial. [Internet]. 2008 [citado el 3 junio 2016]. Disponible en [https://www.u-cursos.cl/medicina/2008/2/MPRINT25/1/material\\_docente/previsualizar%3Fid\\_material=182943](https://www.u-cursos.cl/medicina/2008/2/MPRINT25/1/material_docente/previsualizar%3Fid_material=182943)

- 
19. Deacon, B. The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology review* [Internet]. 2013 [citado el 5 junio 2016]; 33: pp.846-861. Disponible en: [http://jonabram.web.unc.edu/files/2013/09/Deacon\\_biomedical\\_model\\_2013.pdf](http://jonabram.web.unc.edu/files/2013/09/Deacon_biomedical_model_2013.pdf)
20. Whitaker, R. Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America. *Ethical human psychology an psychiatry* [Internet]. 2005 [citado el 5 junio 2016]; 7(1): pp. 23-35. Disponible en [http://www.cchr.org/sites/default/files/Anatomy\\_of\\_an\\_Epidemic\\_Psychiatric\\_Drugs\\_Rise\\_of\\_Mental\\_Illness.pdf](http://www.cchr.org/sites/default/files/Anatomy_of_an_Epidemic_Psychiatric_Drugs_Rise_of_Mental_Illness.pdf)
21. National Institute of Mental Health. Depresión. [Internet]. Estados Unidos: NIMH; 2009 [Citado 2 de mayo 2016]; Pp. 16, 17. Disponible en: [http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion\\_38791.pdf](http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf)
22. Schlaepfer, L. e Infante, C. La medición de salud: perspectivas teóricas y metodológicas. Centro de investigaciones en salud pública. Instituto Nacional de salud pública [Internet]. México; 1990 [citado el 6 junio 2016]; 32(2): pp-141-155. Disponible en: [http://bvs.insp.mx/rsp/ files/File/1990/No\\_2/199032\\_141-155.pdf](http://bvs.insp.mx/rsp/ files/File/1990/No_2/199032_141-155.pdf)
23. Madariaga, C. Interculturalidad, salud y derechos humanos. Hacia un cambio epistemológico. Cintras [Internet]. 2008 [citado el 3 junio 2016]; 36. Disponible en <http://www.cintras.org/textos/reflexion/r36/interculturalidad.pdf>
24. Allué, X. Modelos sanitarios occidentales y orientales. UOC. 2014.
25. Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. [Internet]. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008 [citado el 6 junio 2016]. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_424\\_Dep\\_Adult\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_424_Dep_Adult_compl.pdf)
26. Consejería de salud y servicios sanitarios del Principado de Asturias. Guía de recomendaciones clínicas: depresión [Internet]. Asturias: Imprenta Narcea; 2008 [citado el 5 junio 2016]. Disponible en: [https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_Calidad%20y%20Sistemas/AS\\_Calidad/PC\\_AIs/PCAI%2012%20DEPRESION.pdf](https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad%20y%20Sistemas/AS_Calidad/PC_AIs/PCAI%2012%20DEPRESION.pdf)
27. Revuelta, I., Depresión y entorno familiar. *Salud Metal Info* [Internet]. 2008 [citado el 8 junio 2016]. Disponible en

---

<http://www.saludmental.info/Secciones/psiquiatria/2008/depresion-entorno-familiar-junio08.html>

28. Investigación y ciencia. Acupuntura para la depresión [Internet]. 2015 [citado el 01 junio 2016]; 70. Disponible en <http://www.investigacionyciencia.es/revistas/mente-y-cerebro/numero/70/acupuntura-para-la-depresin-12762>

29. Villegas, F. Ejercicio y depresión. Rev. Colomb. Psiquiatría [Internet]. 2010 [citado el 02 junio 2016]; 39(4): pp. 732-748. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/806/80619231007.pdf>

30. Blanco, J. Musicoterapia como alternativa terapéutica a la depresión. Universidad San Carlos de Guatemala [Internet]. 2014 [citado el 4 junio 2016]. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_8915.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8915.pdf)

31. NICE. Depression: management of depression in primary and secondary care: National Clinical Practice Guideline. 23; 2004.

32. Zulaika, R. Lo social en salud mental. Zerbitzuán [Internet]. 1088 [citado el 6 junio 2016]; 6: pp-71-78. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2700138>

33. Constitución española. 1978.

34. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud [Internet] 2003. [citado el 20 de mayo de 2016]. Disponible en: <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwig14idyLrNAhWKnBoKHc7aDclQFqglMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.boe.es%2Fbuscar%2Fact.php%3Fid%3DBOE-A-2003-10715&usq=AFQjCNEBF7IngdiAmv2vIP-i4GrCn36htQ>

35. Ministerio de sanidad y política social. Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización. [Internet] 2009. [citado el 7 20 mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/carteraServicios.pdf>

36. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. [Internet]. 1986 [Citado el 20 de Mayo del 2016]. Disponible en <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>

37. Benítez, J.M. Calidad de vida y funcionalidad en la depresión. Semergen [Internet]. 2009. [citado el 09 junio 2016]; 35: pp.50-56. Disponible en [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13190899&pident\\_usuar](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13190899&pident_usuar)

---

[io=0&pcontactid=&pident\\_revista=40&ty=130&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=40v35nSupl.1a13190899pdf001.pdf](http://www.elsevier.es/lan=es&fichero=40v35nSupl.1a13190899pdf001.pdf)

38. Verdugo, M y Martín, M. Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. Salud Mental [Internet]. 2002 [citado el 09 junio 2016]; 25(4): pp-68 77. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/582/58242507.pdf>

39 Schalock, R.L. Quality of life. American ASSOCIATION on mental retardation. [Internet]. 1996 [citado el 09 junio 2016]; 1. Disponible en

[https://translate.google.es/translate?hl=es&sl=en&u=http://www.beachcenter.org/Books%255CFullPublications%255CPDF%255CFQLI\\_Quality%2520of%2520Life%2520Consensus%2520Document.pdf&prev=search](https://translate.google.es/translate?hl=es&sl=en&u=http://www.beachcenter.org/Books%255CFullPublications%255CPDF%255CFQLI_Quality%2520of%2520Life%2520Consensus%2520Document.pdf&prev=search)

40. Bobes, J., González, M.P., Saiz, P. y Bousoño, M. Calidad de vida y depresión. Universidad de Oviedo. [Internet]. 1997 [citado el 11 junio 2016]. Disponible en [http://www.unioviedo.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/1997/1997\\_Bobes\\_Calidad.pdf](http://www.unioviedo.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/1997/1997_Bobes_Calidad.pdf)

41. Echávarri, A. ¿Qué es lo que siente y piensa una persona con depresión? [Internet]. 2015 [citado el 13 junio 2016]. Disponible en: <http://www.cuidatusaludemocional.com/lo-que-siente-y-piensa-un-depresivo.html>

42. Aragonés, R., Casajuana, J., Fina, F., Iglesias, B. y Mas, A. Las etiquetas de la enfermedad. Luces y sombras. AMF [Internet]. 2012 [citado el 15 junio 2016]. Disponible en: [http://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=928](http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=928)

43. Valladares, A., Dilla, T. y Sacristán, J.A. La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. Actas Esp. Psiquiatría [Internet]. 2009 [citado el 17 junio 2016]; 37(1): pp. 49-53. Disponible en: <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/10/55/ESP/12816+12-1227.pdf>

44. Calvo, V. El tratamiento de la ansiedad en la enfermedad crónica y aguda. Universitat Oberta de Catalunya. 2014.

45. INE. Encuesta Nacional de Salud. 2011-2012. [Internet]. 2013 [citado el 16 junio 2016]. Disponible en <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>

46. OMS. Invertir en salud mental. [Internet]. 2004 [citado el 16 junio 2016]. Disponible en [http://www.who.int/mental\\_health/advocacy/en/spanish\\_final.pdf](http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf)

47. Clínica xativa. La depresión es, más que nunca, un reto para la salud pública en Europa. [Internet]. 2015 [citado el 25 junio 2016]. Disponible en <http://clinicaxativa.es/la-depresion-es-mas-que-nunca-un-reto-para-la-salud-publica-en-europa/>

---

48 . Favaloro, R., Moszenberg, A. y Mainetti, J. Conversaciones sobre ética y salud. Buenos Aires: Centro Editor Fundación Favaloro; 1996

## **10. ANEXOS**

### **10.1. GUÍA ENTREVISTA A PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON TRASTORNO POR DEPRESIÓN.**

- Si tuvieras que ofrecer a alguien una definición sobre qué es la depresión, ¿Como lo harías?
- Cuando has explicado a alguien esto, ¿has tenido problemas para hacerlo?, ¿lo han entendido?
- ¿Qué problemas has tenido o tienes asociados a la depresión?, quiero decir, ¿en qué aspectos de tu vida ha afectado tu trastorno y cómo?
- Cuando has sido diagnosticado de depresión, ¿qué tipo de información se te dio sobre lo que era y cómo se llevaba a cabo la recuperación?
- ¿A qué profesionales te derivaron? ¿qué servicios o recursos te recomendaron?
- ¿Qué aspectos consideras clave para que una persona pueda recuperarse bien de una depresión o mejorar poco a poco?
- ¿Cuál fue tu percepción sobre las personas que te han atendido en tu proceso de recuperación? ¿Te sentiste bien atendida?
- ¿Qué problemas o necesidades has tenido en tu proceso que los profesionales no han podido o sabido atender de manera adecuada?
- ¿Qué papel juegan tu familia y amigos en tu recuperación? ¿Ha existido un cambio en tus relaciones con ellos? ¿Cómo ello te ha afectado para bien o para mal?
- ¿Ha recibido algún tipo de atención tu familia para poder entender y adaptarse mejor a tu situación de salud?
- De no ser así, ¿opinas que habría sido necesario?
- ¿Cómo ha afectado en tu trabajo la depresión que padeces? ¿Has sido atendida a este nivel de alguna manera?
- ¿Has recibido apoyo de algún trabajador social sanitario para tu recuperación? ¿En qué nivel? (entidad privada como asociación, centro de salud de referencia...) ¿Sientes que ello ha repercutido de alguna manera en tu recuperación?
- ¿Cambiarías algo de la atención social, sanitaria, familiar o del entorno para haberte sentido mejor atendida y entendida en tu vida durante el tiempo que has vivido este proceso?

### **10.2. GUÍA ENTREVISTA A PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL SANITARIO.**

- ¿Cómo definirías la depresión, sus implicaciones y consecuencias para la persona que la padece?
- ¿Qué profesionales son los que han de atender de manera continuada a personas que padecen trastorno por depresión, y en qué han de ser atendidos?
- ¿Qué papel juegan las redes de apoyo familiar y social en la recuperación de la persona con depresión?
- ¿Tienen que ser atendidos de alguna manera los familiares cercanos de la persona que padece depresión? ¿En qué sentido?
- ¿Qué papel juegan los psiquiatras, médicos y otros profesionales sanitarios en el mantenimiento del modelo biomédico, desde el cual las personas con problemas de salud mental siguen siendo atendidas principalmente desde la farmacología?
- ¿Se valora para la intervención multidisciplinar de personas con depresión la figura del TSS como punto clave de la recuperación?
- ¿Cómo valoras las terapias alternativas en la atención de personas con depresión?
- ¿Crees que el sistema sanitario público está atendiendo de manera integral a las personas que padecen depresión aunque sea ésta considerada leve?
- ¿Existen mecanismos de coordinación adecuados y suficientes para llevar a cabo una intervención integral?
- ¿Te han llegado quejas de pacientes sobre sus procesos de atención con los distintos profesionales?
- El modelo de bio-psico-social en la atención de personas con depresión, ¿realidad o utopía?
- ¿Qué límites existen en la atención desde el sistema sanitario español a personas con depresión? ¿qué aspectos no están siendo atendidos?
- ¿Ha condicionado la crisis la manera que son atendidas las personas con problemas de salud mental etiquetados como “leves”? ¿En qué aspectos?
- ¿Qué aspectos habrían de trabajarse más para favorecer la calidad de vida de personas que se encuentran en riesgo de padecer un trastorno por depresión o presentándolo en cualquiera de sus grados? (retos)
- ¿Qué papel tiene el/la Trabajador/a social sanitario/a en esta mejora de las intervenciones?

### **10.3. DIVISIÓN DE LAS PREGUNTAS DE LA ENTREVISTA POR CATEGORÍAS DE ESTUDIO.**

Conocimiento sobre el concepto de depresión	<p>-¿Cómo definirías la depresión, sus implicaciones y consecuencias para la persona que la padece?</p> <p>-¿Qué profesionales son los que han de atender de manera continuada a personas que padecen trastorno por depresión, y en qué han de ser atendidos?</p> <p>-¿Qué papel juegan las redes de apoyo familiar y social en la recuperación de la persona con depresión?</p> <p>-¿Tienen que ser atendidos de alguna manera los familiares cercanos de la persona que padece depresión? ¿En qué sentido?</p> <p>-Si tuvieras que ofrecer a alguien una definición sobre qué es la depresión, ¿Como lo harías?</p> <p>-Cuando has explicado a alguien esto, ¿has tenido problemas para hacerlo?, ¿lo han entendido?</p> <p>-¿Qué problemas has tenido o tienes asociados a la depresión?, quiero decir, ¿en qué aspectos de tu vida ha afectado tu trastorno y cómo?</p> <p>-¿Cómo ha afectado en tu trabajo la depresión que padeces?</p>
---	---

<p>Funcionamiento del sistema sanitario y entidades privadas en la atención a personas con depresión</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>-¿Qué papel juegan los psiquiatras, médicos y otros profesionales sanitarios en el mantenimiento del modelo biomédico, desde el cual las personas con problemas en salud mental siguen siendo atendidas principalmente desde la farmacología?</li><li>-¿Se valora para la intervención multidisciplinar de personas con depresión la figura del TSS como punto clave de la recuperación?</li><li>-¿Cómo valoras las terapias alternativas en la atención de personas con depresión?</li><li>-¿Piensas que el sistema sanitario público está atendiendo de manera integral a las personas que padecen depresión aunque sea ésta considerada leve?</li><li>-¿Existen mecanismos de coordinación adecuados y suficientes para llevar a cabo una intervención integral?</li><li>-El modelo bio-psico-social en la atención de personas con depresión, ¿realidad o utopía?</li><li>-¿Es la calidad de vida un objetivo real del sistema sanitario español?</li><li>-¿Qué límites existen en la atención desde el sistema sanitario español a personas con depresión? ¿Qué aspectos no están siendo atendidos?</li><li>-¿Qué papel están jugando las entidades privadas en esos límites?</li><li>-¿Cuáles son los obstáculos que existen en las entidades privadas en este sentido?</li><li>-¿Ha condicionado la crisis la manera que son atendidas las personas con problemas de salud mental etiquetados como “leves”? ¿En qué aspectos?</li></ul>
--	--

	<p>-Cuando has sido diagnosticado de depresión, ¿qué tipo de información se te dio sobre lo que era y cómo se llevaba a cabo la recuperación?</p> <p>-¿A qué profesionales te derivaron? ¿Qué servicios o recursos te recomendaron?</p> <p>-¿Ha recibido algún tipo de atención tu familia para poder entender y adaptarse mejor a tu situación de salud?</p> <p>-¿Han sido atendidas tus necesidades laborales de alguna manera?</p> <p>-¿Has recibido apoyo de algún trabajador social sanitario para tu recuperación? ¿En qué nivel? (entidad privada, centro de salud de referencia...)</p>
<p>Percepciones del paciente</p>	<p>-¿Te han llegado quejas de pacientes sobre sus procesos de atención con los distintos profesionales?</p> <p>-¿Cambiarías algo de la atención social, sanitaria, familiar o del entorno para haberte sentido mejor atendida y entendida en tu vida durante el tiempo que has vivido este proceso?</p> <p>-¿Qué aspectos consideras clave para que una persona pueda recuperarse bien de una depresión o mejorar poco a poco?</p> <p>-¿Cuál fue tu percepción sobre las personas que te han atendido en tu proceso de recuperación? ¿Te sentiste bien atendida?</p> <p>-¿Qué problemas o necesidades has tenido en tu proceso que los profesionales no han podido o sabido atender de manera adecuada?</p> <p>-¿Qué papel juegan tu familia y amigos en tu recuperación? ¿Ha existido un cambio en tus relaciones con ellos? ¿Cómo ello te ha afectado para bien o para mal?</p> <p>-De no haberla recibido, ¿opinas que la atención a tu familia habría sido necesaria?</p> <p>-¿Sientes que la atención de un trabajador social ha repercutido de alguna manera en tu recuperación?</p>

---

Retos en la atención social y sanitaria	<p>-¿Qué aspectos habrían de trabajarse más para favorecer la calidad de vida de personas que se encuentran en riesgo de padecer un trastorno por depresión o presentándolo en cualquiera de sus grados? (retos)</p> <p>-¿Qué papel tiene el/la Trabajador/a social sanitario/a en esta mejora de las intervenciones?</p>
---	---