
El trabajo social sanitario en salud mental

PID_00272712

María Luisa Juan Germán

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 7 horas



María Luisa Juan Germán

Diplomada en Trabajo Social por la Universidad de Zaragoza. Ejerce de trabajadora social sanitaria en atención primaria del Sector I de Zaragoza, en el Centro de Salud de Arrabal. Especializada en psiquiatría para trabajadores sociales en el Hospital Clínico, en la Facultad de Medicina de Zaragoza. Está diplomada en Sanidad por la Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, en colaboración con el Servicio Aragonés de Salud. Es autora de diversas publicaciones y comunicaciones. Consultora del Posgrado de Trabajo Social Sanitario de la UOC.

Segunda edición: marzo 2020
© María Luisa Juan Germán
Todos los derechos reservados
© de esta edición, FUOC, 2020
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Realización editorial: FUOC

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño general y la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma, ni por ningún medio, sea este eléctrico, químico, mecánico, óptico, grabación, fotocopia, o cualquier otro, sin la previa autorización escrita de los titulares de los derechos.

Índice

Introducción.....	5
1. La salud mental en las diferentes culturas.....	13
1.1. Su historia. La psiquiatría en las culturas primitivas y en las culturas antiguas	13
1.1.1. La psiquiatría en la cultura griega y romana	14
1.1.2. La psiquiatría medieval y renacentista	15
1.1.3. La psiquiatría durante los siglos XVII y XVIII.....	16
1.1.4. La psiquiatría contemporánea	16
2. La reforma psiquiátrica como movimiento sociosanitario....	18
3. Aspectos generales de las patologías psiquiátricas.....	21
4. Las diferentes patologías psiquiátricas.....	23
5. Escalas de valoración para la detección de malestar mental.	28
5.1. La demencia	28
5.1.1. Valoración de la esfera clínica	28
5.1.2. Valoración de la esfera funcional	28
5.1.3. Valoración de la esfera mental	31
5.1.4. Valoración de la esfera cognitiva	31
5.1.5. Valoración de la esfera afectiva	32
5.1.6. Escalas de valoración social	33
6. Estructuras de salud mental y el equipo de salud mental.....	35
6.1. Los centros de salud mental	35
6.2. Las unidades de hospitalización psiquiátrica	38
6.3. Unidades de psicogeriatría	38
6.4. Centros de rehabilitación	39
7. El trabajador social sanitario en salud mental.	
Especificidad.....	42
8. Funciones y actividades de la unidad de trabajo social sanitario en los equipos de salud mental.....	45
9. La entrevista social en salud mental.....	51
10. Historia de trabajo social sanitario en salud mental.....	53
10.1. Motivo de consulta	54

11. Modelos aplicados al tratamiento social en la salud mental. El método básico en el trabajo social sanitario de caso, el <i>casework</i>.....	60
12. Los recursos de trabajo social sanitario en salud mental y su aplicación. Intervenciones psicológicas en el trabajo social sanitario en salud mental.....	66
13. Aspectos jurídicos y legales en la enfermedad mental.....	69
13.1. La incapacidad judicial	70
14. Acontecimientos vitales estresantes.....	74
14.1. Estrategias de afrontamiento	74
14.2. Los diferentes estilos de afrontamiento	76
15. El tratamiento psicosocial con personas que sufren enfermedad mental.....	78
Resumen.....	83
Bibliografía.....	85

Introducción

La alienación mental no es ajena a la alienación social, las enfermedades y los trastornos mentales; las formas de malestar que aparecen en la vida guardan una estrecha relación con nuestra cotidianidad. Lo individual y lo social, lo comunitario, están estrechamente conectados. Cuando en nuestra vida aparecen acontecimientos vitales estresantes, algunos de ellos son la inseguridad, la precariedad laboral, etcétera, surgen problemas económicos, tensiones familiares, es decir, problemas sociales. Ello provoca desajustes en la esfera de lo psicológico que revierten en el día a día. La enfermedad, el trastorno, deja de ser una situación personal para convertirse, siguiendo la teoría del caso social de Gordon Hamilton (recuérdese la asignatura de contexto histórico), en el acontecimiento vital desencadenante del caso social.

La OMS describe la salud mental como «un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad» (OMS, 2001a, pág. 1).

En este sentido positivo, la salud mental es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad.

Son muchas las definiciones que ilustran la unión de los conceptos de trabajo social sanitario con el de salud mental.

William Horder, en la *Blackwell Encyclopaedia of Social Work*, escribe: «El trabajo social en salud mental es la especialidad que abarca el trabajo con personas afectadas por problemas mentales y una práctica prorrogada en cualquier entorno, que promueve la salud mental de los individuos y de las familias. Como práctica está enraizada en la conciencia de que los problemas de pobreza, injusticia, desventajas, enfermedad o pérdida de roles pueden tener serias implicaciones en la salud mental; y a la inversa, que problemas mentales como la ansiedad, la depresión, el abuso de sustancias son socialmente penetrantes, a veces irreconocibles y pueden causar o exacerbar dificultades en relación con el medio ambiente. Los equipos de trabajo social sanitario tienen por objetivo trabajar en asociación con las personas angustiadas y sus familias, mejorar el funcionamiento social, reconociendo la complejidad de las relaciones interpersonales y las influencias intrapsíquicas y estructurales. Mientras que los debates ideológicos llevan a enfatizar uno de estos factores a expensas de los otros, la habilidad de vincular y relacionar el uno con el otro es la clave característica de la práctica» (Horder, 2009, pág. 213).

Bibliografía recomendada

J. Horder (2009). En M. Davies. *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work*. Oxford: Blackwell Publishing.

Actualmente, la mayoría de las culturas se superponen; es necesario entender las creencias y acciones de los grupos en sus contextos políticos, económicos y sociales; la cultura es uno de los factores que se deben considerar en el ejercicio del trabajo social sanitario en salud mental.

Un entorno que respete y proteja los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales básicos es fundamental para la promoción de la salud mental. Sin la seguridad y la libertad que brindan estos derechos, es muy difícil mantener un alto grado de salud mental.

Un marco de derechos humanos nos ofrece una herramienta útil para identificar y abordar los determinantes subyacentes de la salud mental.

Los derechos humanos empoderan a los individuos y a las comunidades al concederles derechos y protección, también ayudan a igualar la distribución y el ejercicio del poder dentro de la sociedad, mitigando así la impotencia del pobre, de la persona enferma marginada, defendiendo así la igualdad y potenciando la ausencia de discriminación.

Sin salud mental, no hay salud.

La salud mental está determinada por muchos factores de interacción social, biológica y psicológica, de la misma forma que lo están la salud y la enfermedad de manera general.

El riesgo de padecer enfermedades mentales en el mundo desarrollado y en vías de desarrollo está asociado con indicadores de pobreza, incluyendo los bajos niveles de educación, con malas condiciones de habitabilidad y bajos ingresos económicos.

Para reforzar este argumento, podéis ver los resultados obtenidos en el Cuestionario de salud general en el apartado referido a la salud mental. Los resultados deben leerse dentro del rango de 0 a 12, donde 0 refleja una buena salud mental y a medida que se incrementa el valor, significa que salud mental empeora.

A la luz de los resultados, vemos que los valores índice más altos relacionados con una mala salud mental recaen en las mujeres, con un índice general de 1,74, y después en los hombres, con un índice general de 1,23.

Al analizar la población femenina, la categoría más afectada es la que presenta «incapacidad de trabajar», con un índice del 5,06. La sigue la «jubilada o pre-jubilada» y la «desempleada», con índices del 2,3 y el 2,27 respectivamente.

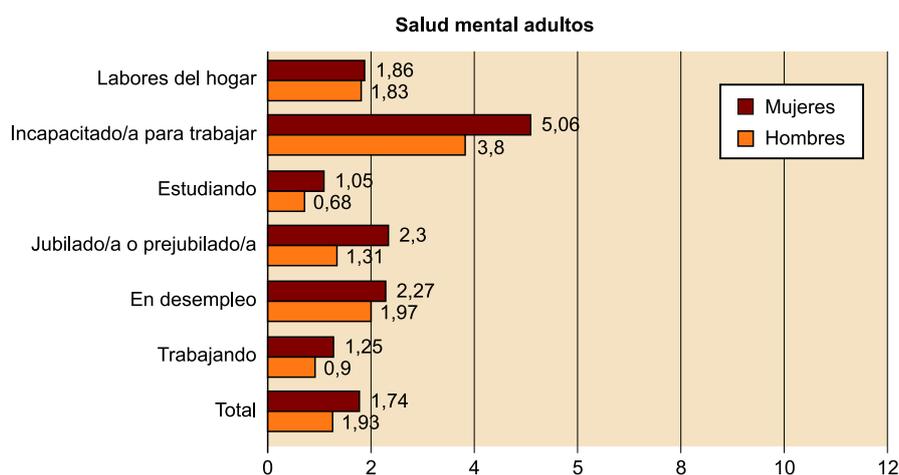
En el caso de la población masculina, la categoría más afectada es también la que presenta «incapacidad de trabajar», con un índice de 3,56. La sigue la de «desempleada», con un índice de 1,97, y la que realiza «labores del hogar», con un índice del 1,83.

Tabla 1. Grado de salud mental de la población de 15 y más años según el Cuestionario de salud general de 12 preguntas (GHQ-12) de Goldberg (2011)

	Salud mental hombres	Desviación típica	Salud mental mujeres	Desviación típica
Total	1,23	2,39	1,74	2,88
Trabajando	0,9	1,84	1,25	2,24
En desempleo	1,97	2,86	2,27	3,2
Jubilado/a o pre-jubilado/a	1,31	2,68	2,3	3,46
Estudiando	0,68	1,42	1,05	1,8
Incapacitado/a para trabajar	3,8	4,33	5,06	4,74
Labores del hogar	1,83	3,09	1,86	3
Otros	3,56	4,72	.	.
No consta

Fuente Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Instituto Nacional de Estadística (2013). Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Figura 1. Grado de salud mental de la población de 15 y más años según el Cuestionario de salud general de 12 preguntas (GHQ-12) de Goldberg



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Instituto Nacional de Estadística (2013). Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

La mayor vulnerabilidad que tienen las personas en desventaja a las enfermedades mentales se puede explicar con factores tales como la experiencia de vivir en inseguridad y desesperanza, el rápido cambio social, los riesgos de violencia y problemas de salud física.

Los altos niveles de desempleo, los bajos ingresos, la educación limitada, las condiciones estresantes de trabajo, la discriminación de género, los estilos de vida no saludables y las violaciones a los derechos humanos, un clima político crispado, la nueva categoría de los que aun trabajando siguen siendo pobres, etcétera, provocan que el riesgo de padecer una enfermedad mental sea mucho más elevado.

La observación del comportamiento de una persona en su vida diaria es el principal modo de conocer el estado de su salud mental en aspectos como el manejo de sus temores y capacidades, sus competencias y responsabilidades, la manutención de sus propias necesidades, la forma como afronta sus propias tensiones, sus relaciones interpersonales y la manera como dirige una vida independiente. Además, el comportamiento que tiene una persona frente a situaciones difíciles y la superación de momentos traumáticos permiten establecer una tipología acerca de su nivel de salud mental.

La salud mental se relaciona con el raciocinio, las emociones y el comportamiento frente a diferentes situaciones de la vida cotidiana. También ayuda a determinar cómo manejar el estrés, a convivir con otras personas y a tomar decisiones importantes. Al igual que otras formas de salud, la salud mental es importante en todas las etapas de la vida, desde la niñez y la adolescencia hasta la edad adulta. El déficit en la salud mental contribuiría a muchas enfermedades somáticas y afectivas, como la depresión o la ansiedad.

El tema de la salud mental, además, no concierne solo a los aspectos de atención posterior al surgimiento de desórdenes mentales evidentes, sino que corresponde además al terreno de la prevención de estos con la promoción de un ambiente sociocultural, determinado por aspectos como la autoestima, las relaciones interpersonales y otros elementos que deben venir ya desde la educación más primaria de la niñez y de la juventud. Esta preocupación no solo concierne a los expertos, sino que forma parte de las responsabilidades de gobierno de una nación, de la formación en el núcleo familiar, de un ambiente de convivencia sana en el vecindario, de la responsabilidad asumida por los medios de comunicación y de la consciente guía hacia una salud mental en la escuela y en los espacios de trabajo y estudio en general.

La salud mental, así como los aspectos patológicos, son partes constitutivas de todo individuo. La constitución personal de cada sujeto implica capacidades o aspectos sanos y otros patológicos, y la proporción de estos es variable entre personas.

Algunos elementos que caracterizan la anormalidad psicológica.

- **Sufrimiento.** Es el «dolor del alma», la falta de confort, el malestar que en algunos casos es consecuencia de elementos biológicos, hay una causa física y una disfunción corporal; en otros, el dolor y el sufrimiento psico-

lógico son derivados de ideas, eventos existenciales, recuerdos y otros aspectos que no son tangibles y referidos a aspectos actuales.

- **Conducta maladaptativa.** Es un aspecto efectivo y negativo que siente el individuo, la conducta se refiere a la parte conductual, es decir, a lo que hace. La adaptación describe la capacidad del individuo de interactuar con su medio ambiente, de afrontar los problemas de manera exitosa y de ajustarse y funcionar ante todo cambio dentro de las exigencias del entorno; si el cambio no es posible, se llega a un problema de adaptación y a conflictos con el entorno en el que se encuentra, entrando en un estado de frustración.
- **Pérdida de control.** El control, en la salud mental, se refiere a la predecibilidad que a través del tiempo muestra una persona con respecto a su conducta. Connota la capacidad para anticipar la reacción de una persona conocida ante un evento determinado. Una persona con control de sí misma es muy predecible, pero para que exista control debe de actuar de una manera racional y con un propósito. La pérdida es característica de la persona con carácter explosivo, como se las conoce coloquialmente, se asocia con episodios de agresión que pueden llegar a la pérdida del empleo, pareja, familia.

La capacidad para tolerar la frustración sería una primera capacidad sana que permitiría al individuo en desarrollo el inicio del proceso de pensamiento y comprensión del mundo y de sí mismo. La función del pensamiento sería la base de la salud mental. Esta se ve favorecida por un ambiente de contención (función materna o cuidadora) que permite tolerar la frustración e iniciar el desarrollo del aparato mental, la base de la salud mental. Algunas veces hay población infantil o adolescente que tiene problemas mentales y se recomienda acudir a una consulta psicológica.

La salud mental ha sido definida como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, contando con la de afrontar las tensiones de la vida cotidiana y trabajar de forma productiva. En la mayoría de los países, los servicios de las redes de salud mental adolecen de una grave escasez de recursos, tanto humanos como económicos. La mayoría de los recursos de atención sanitaria disponibles se destinan actualmente a la atención y el tratamiento especializados de las personas con un diagnóstico de enfermedad o trastorno mental y, en menor medida, a un sistema integrado de salud mental. En lugar de proporcionar atención en grandes hospitales psiquiátricos, los países deberían integrar la salud mental en la asistencia primaria, ofrecer atención de salud mental en los hospitales generales y crear programas comunitarios de salud mental. La promoción de la salud mental requiere implementar programas médicos, sociales y sobre todo gubernamentales con un

mismo fin, promover la salud mental durante todo el ciclo vital para proteger a la población infantil mentalmente sana y evitar trastornos mentales en la edad adulta o la vejez.

La salud mental es un estado de bienestar psicológico y emocional que permite al sujeto emplear sus habilidades mentales, sociales y sentimentales para desempeñarse con éxito en las interacciones cotidianas.

Sin embargo, es necesario establecer un punto de diferenciación entre salud mental y condiciones de salud mental. Las condiciones de salud mental se refieren al estudio de enfermedades mentales y al tratamiento médico posible y consecuente. Para esto último, condiciones de salud mental, los equipos profesionales de la psiquiatría se basan con frecuencia en lo que se denomina el Manual de diagnósticos y estadísticas de desórdenes mentales (su sigla en inglés es DSM-V, de la Asociación Americana de Psiquiatría) o la Clasificación Internacional de Trastornos Mentales (ICD-10, de la Organización Mundial de la Salud), así como en las siempre actualizadas guías como el *Proyecto de medicación Algorithm de Texas* (TMAP) para diagnosticar y descubrir enfermedades y desórdenes mentales. Por lo tanto, la mayoría de los servicios prestados a la salud mental en general se encuentran normalmente asociados a la psiquiatría y no existen otras alternativas, lo que conlleva a un cierto límite, puesto que se asocia la salud mental con problemas psiquiátricos y se reduce con ello el concepto de las condiciones de salud mental y psicológica.

El concepto de salud mental es una construcción social y cultural, aunque pueden definirse o determinarse algunos elementos comunes. Por esta razón, diferentes profesiones, comunidades, sociedades y culturas tiene modos diferentes de conceptualizar su naturaleza y sus causas, determinando qué es salud mental y decidiendo cuáles son las intervenciones que consideran apropiadas.

El modelo holístico de salud mental en general incluye conceptos basados en perspectivas de antropología, educación, psicología, religión y sociología, así como en conceptos teóricos, como el de psicología de la persona, sociología, psicología clínica, psicología de la salud y psicología del desarrollo.

Numerosos colectivos profesionales de la salud mental han comenzado a entender la importancia de la diversidad religiosa y espiritual en lo que compete a la salud mental. La Asociación Estadounidense de Psicología expresa explícitamente que la religión debe ser respetada, mientras que la Asociación Estadounidense de Psiquiatría dice que la educación en asuntos religiosos y espirituales es también una necesidad.

Un ejemplo de modelo del bienestar fue desarrollado por Myers, Sweeny y Witmer y en él se incluían las siguientes cinco áreas vitales:

- 1) Esencia o espiritualidad.
- 2) Trabajo y ocio.

- 3) Amistad.
- 4) Amor.
- 5) Autodominio.

Además, doce subáreas:

- 1) Sentido del valor.
- 2) Sentido del control.
- 3) Sentido realista.
- 4) Conciencia emocional.
- 5) Capacidad de lucha.
- 6) Solución de problemas y creatividad.
- 7) Sentido del humor.
- 8) Nutrición.
- 9) Ejercicio.
- 10) Sentido de autoprotección.
- 11) Control de las propias tensiones.
- 12) Identidad sexual e identidad cultural.

Todos estos puntos son identificados como las principales características de una funcionalidad sana y los principales componentes del bienestar mental. Los componentes proveen un medio de respuesta a las circunstancias de la vida en una manera que proporciona un funcionamiento saludable.

La aceptación social de personas que padecen condiciones de salud mental ha probado ser la mejor ayuda y también la mejor prevención de desórdenes mentales. Desgraciadamente, las personas con condiciones de salud mental son en muchos países víctimas de discriminación incluso por parte de su propio núcleo familiar, no son aceptadas con facilidad en el mundo laboral, en el estudio y en la comunidad. La falta de un conocimiento acerca de lo que significa un problema de condición mental es otro factor que incide en el mismo fenómeno de marginalización. La prevalencia de serios problemas en las condiciones de salud mental en la juventud es doble que en el general de la población, sumado a que forma el grupo que menos busca ayuda en este sentido. Los individuos jóvenes tienen un alto potencial de minimizar futuras limitaciones si la aceptación social es amplia y reciben la ayuda precisa y los servicios oportunos.

La recuperación se da ante todo dentro del ámbito de la aceptación social. La discriminación y el estigma hacen más difícil el proceso de recuperación para personas con enfermedades mentales en lo que se refiere a conservar su empleo, obtener un seguro de salud y encontrar un tratamiento.

Como profesionales del trabajo social sanitario tenemos competencias para atender los conflictos y problemas psicosociales que surgen del enfermar, con el objetivo fundamental de mejorar la atención a cada paciente, reducir el estigma y la marginación que llegan a sufrir en ocasiones, además de trabajar

en la prevención, el diagnóstico precoz, el tratamiento y la rehabilitación e inserción social; es decir, somos responsables de ayudar a la persona enferma a alcanzar su máximo grado de autonomía, que sea capaz de cuidar de sí misma y cuidar de su relación con el resto.

1. La salud mental en las diferentes culturas

Desde una perspectiva histórica, el planteamiento teórico de la enfermedad mental ha evolucionado siguiendo las diferentes tendencias, mágica, organicista, psicologista y hoy, tal como defiende la Organización Mundial de la Salud (OMS), de una forma integral, contemplado al individuo en su aspecto físico, psicológico y social.

El trabajo social, en su trayectoria histórica, ha tenido que modificarse para responder a las necesidades que en cada época le plantea la realidad social.

Su enfoque ha variado desde la asistencia social y la filantropía hasta la tendencia actual, que es la promoción humana.

El término *psiquiatría* también ha cambiado a lo largo del tiempo, nació como *alienismo* durante la Revolución francesa hasta llegar a ser *psiquiatría* con Kraepelin y Magnan.

Psyche, 'alma'; *iatría*, 'curación'; *iatros*, 'médico'. Actualmente se considera una práctica humanista de la medicina, que trata las enfermedades mentales y que alcanza su carácter científico por medio de la psicopatología.

Los primeros intentos para explicar la enfermedad mental se basan en la influencia maligna que otros seres, humanos o sobrenaturales, ejercían sobre el individuo. En las medicinas primitivas no había una separación clara entre medicina, magia y religión. Con el paso de los años la medicina se liberó de estas teorías reemplazándolas por el pensamiento científico y actualmente se maneja dentro de un amplio campo: la enfermedad médica, la neurología, la psicología y psicopatología clínica y la sociología, y en la búsqueda de elementos sociales y ambientales.

1.1. Su historia. La psiquiatría en las culturas primitivas y en las culturas antiguas

En las culturas primitivas y antiguas la enfermedad se explica por la acción que las fuerzas y poderes sobrenaturales ejercen sobre el hombre. Los dioses y poderes divinos son los responsables de enfermar; la posesión se emplea con frecuencia como explicación para todo tipo de tratamientos. El chamán, el hechicero o el sacerdote, son los agentes terapéuticos.

La enfermedad mental era la respuesta negativa de las fuerzas sobrenaturales, las afecciones mentales se consideraban como posesiones demoníacas y se trataban con métodos mágicos y religiosos, los rituales eran el camino para conseguir la expulsión del espíritu demoníaco. En estas culturas existía un sentimiento unitario de la persona, no hay división entre alma y cuerpo.

Las sociedades egipcias establecieron en sus templos centros dedicados al cuidado de la persona enferma con actividades recreativas, todas ellas ligadas al placer, la paz espiritual y la armonía, como música, danza, pintura, masajes, excursiones. Ellos fueron los primeros en definir el trastorno emocional, que más tarde los griegos denominarían histeria; también utilizaron los sueños para el conocimiento de las enfermedades y su tratamiento.

La locura sigue teniendo matices religiosos. Con el tiempo se van diferenciando los trastornos mentales. Ya los mayas distinguían entre la locura, la melancolía, el delirio, las alucinaciones y el frenesí.

En la India sigue teniendo un origen sobrenatural y demoníaco. Su esencia es esencialmente mística y toda ella está impregnada en dos ideales: el panteísmo y la fecundidad.

En estas civilizaciones, enfermedad y pecado estaban muy estrechamente relacionados.

En cuanto a la cultura china, su principio rector es el *tao*; existen dos fuerzas contrapuestas, el *ying* y el *yang*, y la armonía entre las dos es el equilibrio para la salud.

1.1.1. La psiquiatría en la cultura griega y romana

Con la llegada de la civilización griega aparece la medicina científica; no obstante, la creencia popular sobre el origen sobrenatural de ciertas enfermedades seguía estando presente. Aunque atribuían las enfermedades psíquicas a un origen natural, la interpretación científica coexistió con las propias de la medicina mágico-religiosa.

El término *locura* procede de *loco*, y este de *glaucos*. El primer autor que lo utiliza es Homero (800-1000 a. C.) en la *Ilíada*, con el significado de «sin color».

Posteriormente Platón (400 a. C.) lo empleaba en su *Timeo* con el significado de «color gris», de donde surge la idea de *la mirada sin color*, del *loco*.

De los griegos también es el término *psique* que define «el espíritu o la mente». Fue también Homero quien lo empleó con el sentido de «vida y espíritu».

Hipócrates de Cos efectúa una de las primeras *clasificaciones de las enfermedades mentales*, diferenciando entre epilepsia, manía, melancolía y paranoia. Asimismo desarrolla toda una teoría sobre la bilis y sus colores.

Con la llegada del Imperio romano, las ciencias naturales y la filosofía sufren un abandono, predominan las ciencias sociales y del derecho.

Aristóteles y su maestro Platón consideraron que los problemas mentales eran en parte orgánicos.

Los romanos añadieron que *los deseos no consumados actuaban sobre el alma produciendo enfermedades mentales*. Entre los más destacados se encuentra Celso, que diferenció las enfermedades en generales y locales. Areteo fue el primero en hablar de personalidades prepsicopáticas, sostuvo que el pronóstico es determinante en la naturaleza de la enfermedad.

Galeno hizo una compilación de las teorías y pensamientos que existían hasta ese momento que se convirtió en un sumario.

1.1.2. La psiquiatría medieval y renacentista

Es el comienzo de un periodo de oscurantismo, posesiones demoníacas, superstición, intolerancia y misticismo; de esta manera entendían la enfermedad mental.

La psicología y la psiquiatría son reconquistadas por el clero. Vuelve a aparecer el predominio de lo sobrenatural, de manera que en ese momento histórico el loco se consideraba como un santo o como un demonio. El exorcismo se convierte en una práctica habitual.

La iglesia será la encargada de analizar los síntomas y su tratamiento, la tortura y la hoguera. Se hicieron las mayores atrocidades bajo la bandera de «liberar el alma».

Pecado era equivalente a enfermedad mental, como quedó plasmado en el *Malleus Malleficarum* (El martillo de las brujas), en el que se manifiesta que «toda brujería proviene de la concupiscencia carnal, que en la mujer es insaciable»; sus autores, frailes dominicos.

A mitad del siglo XVI, se comienzan a levantar las primeras críticas al respecto, se da la primera revolución psiquiátrica, se funda el primer hospital psiquiátrico del mundo en Valencia, y en 1590 Rudolf Goeckel utiliza por primera vez la palabra *psicología*.

Desde esa fecha irán apareciendo diferentes tendencias en psicología. Vives (1492-1540) se considera como el padre de la psiquiatría moderna y el primer psiquiatra.

1.1.3. La psiquiatría durante los siglos XVII y XVIII

Aparece el interés por la medicina psiquiátrica y aunque ya no se les mandaba a la hoguera, las personas con diagnósticos psiquiátricos seguían recibiendo un trato humillante y se les ingresaba en centros para alienados; las personas etiquetadas de «enfermas mentales» eran ingresadas con personas marginales, personas con enfermedades crónicas y prostitutas. Hasta la llegada de Pinel (1745-1826) no se produce un profundo cambio en el concepto de enfermedad mental y su tratamiento; se origina así la segunda revolución psiquiátrica.

Pinel, en su obra *Tratado de la insania*, clasificó las enfermedades mentales en cuatro tipos: *manía*, *melancolía*, *idiotia* y *demencia*, y explica su origen por la herencia y las influencias ambientales. Esquirol, discípulo de Pinel, fue el psiquiatra más influyente de esta época, continuador de la terapia moral; definió el término *alucinación*.

El neurólogo francés Charcot diferenció las lesiones orgánicas de las de origen psicológico; supuso que los recuerdos traumáticos se almacenan en el inconsciente, separados de la consciencia y dan lugar a los síntomas físicos.

En esta época comienza la decadencia de la psiquiatría francesa con Morel, quien en su *Tratado de enfermedades mentales* expuso que algunas enfermedades mentales podían heredarse de los padres que padeciesen enfermedades similares y habló de la predisposición para sufrir una enfermedad, que podía debutar por algún factor o acontecimiento vital estresante.

A mediados del siglo XIX se da la tercera revolución psiquiátrica, con Kraepelin y Freud como sus máximos exponentes. Se valoró especialmente la investigación clínica, sobre la teoría y la anatomía. En 1896, con Freud, aparece el psicoanálisis; su base, la interpretación de los sueños y la aparición del inconsciente.

1.1.4. La psiquiatría contemporánea

El siglo XX supuso un gran avance en las ciencias médicas de la salud mental: las diferentes psicoterapias, la aparición de la psicofarmacología y los diferentes tipos y clasificaciones internacionales de las diferentes patologías.

Kraepelin, Freud, Janet, Jaspers son autores destacados de esta disciplina y creadores de diferentes corrientes, destacando el psicoanálisis de Freud.

Bibliografía recomendada

Luis Tomás Gómez Parada (2017). «Intervención en Salud Mental desde el Trabajo Social». *Margen: Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales* (n.º 86).

A. Adler fue el primer psicoanalista que añadió «el estilo de vida» en sus teorías y el «complejo de inferioridad». Pavlov, con sus experiencias sobre la conducta aprendida, da origen al conductismo.

Los psiquiatras franceses J. Delay y P. Deniker demuestran las propiedades de un fármaco, la clorpromazina, como tratamiento eficaz para la esquizofrenia: surge la psicofarmacología y con ella la cuarta revolución psiquiátrica. La aparición de los psicofármacos ha significado el mayor avance en el tratamiento de las enfermedades mentales graves, como la esquizofrenia.

Hoy, con la reforma psiquiátrica, el personal médico psiquiatra y la psicofarmacología ya no son exclusividad para el tratamiento de las patologías psiquiátricas; aparecen otros colectivos profesionales de apoyo, soporte y complementariedad al tratamiento, como, por ejemplo, profesionales de la psicología, la neurología, la terapia ocupacional, el trabajo social sanitario, profesionales especialistas en aportar al diagnóstico y tratamiento la dimensión social del individuo. Esta reforma va a ser clave, no solo porque en ella se contempla la desinstitucionalización de las personas afectadas, sino porque la psiquiatría amplía sus ramas, por el conocimiento científico y en la forma de tratamiento, que incluye la atención ambulatoria y la rehabilitación e inserción social de la persona al medio. A la espera de la nueva Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud (<http://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/la-reforma-de-atencion-primaria-frena-el-nuevo-plan-de-salud-mental-2421>), sigue rigiendo la elaborada en el 2006 (http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf).

2. La reforma psiquiátrica como movimiento sociosanitario

En los siglos XVI al XVIII, los hospitales psiquiátricos, *los manicomios*, eran sinónimos de pobreza, enfermedad y marginación, en definitiva eran centros de exclusión social; a falta de medios y carentes de objetivos terapéuticos, primaba el control social y no el tratamiento.

En la segunda mitad del siglo XIX y principios del siglo XX, a la vez que se consolidaban los hospitales psiquiátricos comenzaban las críticas en cuanto a sus condiciones y su efectividad. Después de la Segunda Guerra Mundial, se forma un movimiento sólido y transformador de la atención psiquiátrica, defensor de que las personas que sufren patologías relacionadas con la locura deben atender sus problemas en el seno de la comunidad.

En España, en los años ochenta, se incorpora la corriente de la *psiquiatría comunitaria*, que adquiere carta de naturaleza en 1985 con el *Informe de la Comisión Ministerial de la Reforma Psiquiátrica*¹ del Ministerio de Sanidad y Consumo.

⁽¹⁾E. Lluch (1985). *Informe de la Comisión Ministerial de la Reforma Psiquiátrica*. Madrid: Ministerio de Sanidad.

Las líneas básicas de este documento son las siguientes:

- Integración de la asistencia psiquiátrica y de la promoción de la salud mental en el sistema general de salud.
- Limitación territorial de la asistencia y participación de los agentes comunitarios.
- Ordenación de los recursos mediante planes generales y programas específicos.
- Prestación de una parte de las acciones por los equipos básicos de salud.
- Cumplimiento de las funciones de soporte y apoyo a los equipos básicos de salud por los equipos de salud mental, que desarrollarán también funciones asistenciales, de promoción, de prevención y de investigación.
- Integración funcional de los recursos en el área de salud.
- Preferencia de la atención extrahospitalaria sobre la hospitalaria y reducción de la necesidad de esta última a través de la creación de recursos alternativos.
- La hospitalización solo se justifica si aporta mayor beneficio terapéutico que las intervenciones que puedan realizarse en el entorno de la persona con enfermedad mental y su duración estará en función de criterios terapéuticos.
- La realización progresiva de los ingresos en el hospital general, que debe de contar entre sus prestaciones con la atención psiquiátrica y psicológica.
- La puesta en práctica de planes específicos dirigidos a la transformación y progresiva superación de los hospitales psiquiátricos y la realización, en forma simultánea, de acciones fuera de estos.
- La reducción progresiva del número de camas de los hospitales psiquiátricos, la preparación de sus pacientes para la desinstitucionalización y la formación de sus profesionales en otras formas de atención psiquiátrica.
- El desarrollo de los programas de rehabilitación.

- La prestación de los servicios necesarios para el cuidado de las personas con patología de larga evolución, tanto en su entorno sociofamiliar como en residencias apropiadas.
- La integración de la atención psiquiátrica de urgencias, en el sistema general de urgencias, como apoyo de estos servicios.
- La prioridad de los programas específicos de atención a la salud mental infanto-juvenil, a la salud mental en la vejez, a las repercusiones psíquicas de las drogodependencias y a los penados con patología mental.
- La garantía de los derechos de las personas afectadas.
- La implantación de un sistema operativo y fiable de registro e información sanitaria.
- El adecuado aprovechamiento y la capacitación de cada profesional de la salud mental.
- El establecimiento de normas de acreditación de centros y servicios y de control de su cumplimiento.
- La potenciación de la investigación aplicada.
- Este documento supuso para la organización y asistencia de los hospitales psiquiátricos, no cabe duda, una oportunidad para el cambio y la transformación en la atención psiquiátrica.

Veinte años más tarde, en 2005 se celebró en Toledo un acto de conmemoración de este XX aniversario. En el informe que se puede consultar en línea se encuentran referencias históricas al desarrollo de la salud mental en España de gran interés para conocer su evolución y desarrollo.

Fue obligado diversificar la oferta asistencial, adaptarla a los diferentes problemas de los individuos, el medio social en el que viven y articular diferentes niveles y programas de salud mental, según complejidad y especialización.

Por otra parte, en el ámbito normativo, la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad, en su artículo 20, dispone las líneas de actuación en el campo de la salud mental:

- Integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general.
- Equiparación de la persona con enfermedad y el resto de personas enfermas con otros diagnósticos médicos.
- Cobertura, en coordinación con los servicios sociales, de los aspectos de prevención primaria y de la atención a los problemas psicosociales.
- Atención en el ámbito comunitario, potenciando los dispositivos ambulatorios y los sistemas de hospitalización parcial y la asistencia a domicilio.
- Reducción al máximo de la necesidad de hospitalización, que se efectuará en las unidades de psiquiatría de los hospitales generales.
- Desarrollo de los servicios de rehabilitación y reinserción social, coordinados con los servicios sociales.
- Consideración especial de la psiquiatría infantil y de la psicogeriatría.

Enlace recomendado

http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est15.pdf.pdf

Es muy importante la propuesta transformadora, no solo de los manicomios. Se propone que sean las unidades de **salud mental comunitaria** el eje de coordinación entre la atención primaria y la especializada. Hay que prestar una especial atención en la planificación asistencial, con el objetivo de garantizar la continuidad de cuidados, y a las patologías crónicas en la comunidad, intentando de esta manera garantizar un mayor grado de autonomía y afianzar la adherencia al tratamiento.

Para que concluya este proceso debe potenciarse la integración social y laboral de cada paciente y no solo la atención sanitaria, por lo que es indiscutible la presencia de profesionales del trabajo social sanitario para tal desempeño.

Bibliografía recomendada

Elena Sánchez Echevarría (2018). «Trabajo social sanitario: Programa de Soporte Social en Salud Mental a la Primaria Social y Sanitaria (PSSMPSS)». *Agathos: Atención Sociosanitaria y Bienestar* (año 18, n.º 2, págs. 46-53).

3. Aspectos generales de las patologías psiquiátricas

El individuo, por su propia naturaleza y a lo largo de su vida, va a estar condicionado por su realidad física, es decir, su herencia y constitución, por su expresión psicológica y su interacción con el medio en el que viva. A lo largo de la trayectoria vital se darán una serie de requerimientos distintos, a los que tendrá que adaptarse.

«La vulnerabilidad va a venir condicionada por el modo de interacción del individuo con su medio ambiente. Un individuo será tanto más vulnerable cuantos menos recursos personales de toda índole posea. Igualmente sucede cuando la provisión de aportes por el medio ambiente es pobre. La falta de equilibrio en la interacción entre el individuo y su entorno aumenta el riesgo de vulnerabilidad y la aparición de crisis.

El concepto de crisis implica tanto la necesidad de adaptación a los periodos evolutivos o de cambio (crisis evolutivas o madurativas), como a las situaciones inesperadas e imprevistas que pueden surgir en cualquier momento de la vida (crisis accidentales o situacionales)».

Como ejemplos de estos conceptos, se puede considerar la pubertad como crisis evolutiva, y un accidente de tráfico con lesiones importantes, como crisis accidental.

Un individuo puede ser capaz de llevar una vida normal dentro del medio en el que vive, pero cuando un acontecimiento vital estresante aparece en su vida, como, por ejemplo, una ruptura de pareja, esto le lleva a un periodo de dolor y sufrimiento. Cuando esto sucede se encuentra en la primera fase de impacto, la cual durará en la medida en que tome consciencia de ese suceso en su vida, lo que puede ir acompañado de diferentes manifestaciones, como miedo, pena, culpa o bien de un debilitamiento de las percepciones. Más tarde se encontrará incrédulo o paralizado.

Después, el individuo toma consciencia de las consecuencias de ese acontecimiento, abstrayéndose de su contexto social habitual y manifestando sufrimiento.

Seguidamente puede adaptarse, resolviendo la crisis y aumentando con ello sus recursos personales a la hora de enfrentarse de nuevo a otro acontecimiento de similares características; aunque, por el contrario, puede suceder que no se adapte, y presente síntomas crónicos, recuerdos traumáticos, dependencias y por lo tanto, riesgo de enfermar, es decir, deterioro psicológico o físico.

En este sentido, y si tenemos presente que la patología viene determinada por la interacción entre lo biológico, lo psicológico y lo social, en el proceso de salud y enfermedad tendremos que delimitar el reconocimiento de estos factores, teniendo en cuenta que según sea el problema y su reconocimiento, esta valoración puede ser más o menos evidente.

Tendremos en cuenta los **factores biológicos**, los hereditarios y constitucionales, como son los déficits intelectuales o diferentes síndromes; o los factores adquiridos, como son los traumatismos o las toxicomanías. Hay que tener presente que en las enfermedades mentales, en la esquizofrenia y en la mayoría de las psicosis, los factores biológicos están muy presentes.

Tendremos en cuenta los **factores psicológicos**, como la experiencia de la socialización en general, y en lo relativo al pensamiento, sentimientos y emociones, así como formas de comportamiento.

Y entenderemos como **factores ambientales**, «lo social», el estilo de vida, sus relaciones con la familia, amigos, trabajo, sociedad, etc. y en función de la agresividad ambiental y del tiempo de exposición a una supuesta agresión, podrá aumentar la vulnerabilidad del individuo.

A modo de ejemplo, si una persona en el trabajo está sometida a grandes presiones laborales, precariedad, humillaciones por algún compañero o jefe, dependiendo del tiempo que esté sometido a todo eso y contando quizás con escaso apoyo familiar y de amigos (red de apoyo informal) y si su capacidad de afrontación personal es escasa, podrá desarrollar con una gran probabilidad una enfermedad o problema de salud.

4. Las diferentes patologías psiquiátricas

Para la elaboración de un diagnóstico social adecuado debemos conocer las enfermedades mentales más graves, las más frecuentes, así como sus síntomas, de manera que podamos diferenciar los rasgos patológicos de los de personalidad, de los ambientales y los sociales. Esto nos permitirá poder desarrollar un adecuado estudio social y por lo tanto el tratamiento social que responda y se ajuste a las necesidades reales detectadas.

Partiendo de la distinción en función de la gravedad y de la base orgánica, se diferencian los trastornos psicóticos de los neuróticos. Los **trastornos psicóticos** implican que el paciente ha perdido el contacto con la realidad, mientras que el neurótico se refiere a un estado de malestar y ansiedad, pero sin perder contacto con la realidad. Las psicosis más comunes serían las **esquizofrenias**; la mayor parte de los trastornos neurológicos y cerebrales, las **demencias**; y la forma más grave de depresión, la **psicosis maniaco-depresiva**. Entre las **neurosis**, se encontrarían las fobias, la histeria y los **trastornos obsesivo-compulsivos**, como los más importantes y que generan una alta dosis de ansiedad, pero sin desconectar con la realidad.

Por otra parte, los **trastornos infantiles** se desarrollan en la infancia, pubertad y adolescencia. Se considerará **retraso mental** cuando el grado de coeficiente intelectual sea inferior a 70. La **hiperactividad** la consideramos como un desorden que parte de un déficit de atención y de la concentración, y se caracteriza en el individuo por una inquietud constante y patológica. Otros retrasos mentales en el niño, como el autismo, se caracterizan por el desinterés que muestra el niño hacia el mundo que lo rodea, con una distorsión simultánea y no en todos casos progresiva de varias funciones psíquicas, como la atención, la percepción, la evaluación de la realidad y la motricidad. También pueden aparecer en estas edades problemas de comportamiento como la tartamudez, trastornos en el desarrollo del lenguaje, del habla y enuresis, entre otros.

Los **trastornos mentales orgánicos** tienen como característica la anormalidad psíquica y conductual asociada a deterioros en el funcionamiento del cerebro. Los problemas conductuales hacen referencia a la zona del cerebro en la que se localice la lesión, y por lo tanto los síntomas también serán diferentes según la zona afectada. El daño cerebral puede deberse a una enfermedad orgánica o al consumo de tóxicos. Los síntomas asociados a estos trastornos mentales serán el resultado de un daño orgánico o la reacción de la persona a la pérdida de capacidades mentales. Las características principales, como la pérdida de memoria, falta de respuesta a pequeños problemas cotidianos, capacidad

de juicio reducida, errores perceptivos y pensamiento desordenado que no se corresponde con la realidad, es decir, un deterioro cognitivo progresivo, nos están señalando la posible aparición de una demencia.

La esquizofrenia hace referencia a la disociación entre las emociones y la cognición; aparece de forma habitual en la adolescencia, con una pérdida del sentido de la realidad; la percepción de uno mismo también está distorsionada, con un deterioro de la capacidad de adaptación e integración social.

En la actualidad existen dos grandes clasificaciones de enfermedades mentales:

- **CIE-10**, establecida por la Organización Mundial de la Salud, OMS.
- **DSM-V-TR**, publicada por la Sociedad Americana de Psiquiatría, APA (en 2013).

Las dos clasificaciones coinciden en la existencia de cinco tipos diferentes de esquizofrenia, según los síntomas:

- **Esquizofrenia paranoide.** Si el paciente presenta predominio de síntomas positivos. Es la más frecuente, de inicio más tardío y la que presenta un mejor pronóstico y una mayor adaptación posterior.
- **Esquizofrenia hebefrénica o desorganizada.** Predominan los síntomas negativos, de predominio emocional, se presenta más precoz y de peor pronóstico.
- **Esquizofrenia catatónica.** Predominan las alteraciones motoras y una marcada inhibición. Sus síntomas principales son mutismo y rigidez muscular.
- **Esquizofrenia indiferenciada.** Si los síntomas están mezclados y no hay predominio de unos sobre otros.
- **Esquizofrenia residual.** Cualquier esquizofrenia puede evolucionar a este tipo de esquizofrenia. Se caracteriza por síntomas como la desmotivación, el deterioro emocional y síntomas cognitivos o deterioro intelectual.

Los **trastornos de la afectividad** más frecuentes son los estados graves de ansiedad, trastornos paranoides, neuróticos y de la personalidad. En las *alteraciones del estado de ánimo*, como la *depresión*, aparecen síntomas como gran tristeza, culpa, desesperanza, sentimientos de inutilidad, y su opuesto, la *manía*, con estado emocional exaltado, expansivo. Los trastornos paranoides cursan con ideas delirantes, de persecución, de grandeza; otra forma serían las celotipias, los *celos enfermizos*.

En los **trastornos de ansiedad**, la ansiedad es el síntoma predominante, que aparece ante situaciones o estímulos concretos. En las fobias, la neurosis obsesiva-compulsiva, el pánico aparece cuando el individuo intenta dominar otro

síntoma, es el miedo irracional ante una situación concreta, que además dificulta y mediatiza al individuo en su vida; ejemplos, la agorafobia, miedo a los espacios abiertos, y claustrofobia, miedo y sensación de ahogo en espacios cerrados.

Las **obsesiones** consisten en pensamientos repetidos, imágenes e incluso impulsos muy repetidos e imposibles de controlar por el individuo, que se ve sometido a ellos.

En los **trastornos psicósomáticos** aparecen síntomas físicos que no concurren con causas físicas aparentes. Es muy habitual en patologías de la piel, como por ejemplo el herpes, al igual que el lugar o la localización de la lesión en el cuerpo.

A individuos con rasgos de **personalidad muy rígida** e incapaces de adaptarse a situaciones nuevas se les diagnostica **trastornos de la personalidad**; estos individuos, por su rigidez, pueden llegar a tener problemas sociales y causarse daño a sí mismos y a los demás. En la personalidad paranoide hay un gran sufrimiento de la persona, por su desconfianza hacia el exterior; en la personalidad narcisista, en cambio, se precisa la constante atención y admiración de los otros. Las personalidades antisociales se caracterizan por violar los derechos de los demás y no respetar las normas sociales.

Los evitadores son muy sensibles al rechazo, la humillación o la vergüenza. La personalidad dependiente es pasiva, la persona no es capaz de tomar decisiones propias; los compulsivos son perfeccionistas hasta el extremo. Las personas con rasgos de personalidad pasiva-agresiva se resisten a las exigencias de los otros, mediante maniobras indirectas, como la dilación o la holgazanería.

Es muy difícil saber la incidencia y distribución de la patología mental en la población, ya que hay un gran número de personas que no son atendidas en las consultas y, por lo tanto, no se puede elaborar una estadística que refleje la realidad. La OMS, en un informe que publicó en el año 2001 al respecto, declaró que en el mundo hay 450 millones de personas que sufren algún tipo de trastorno mental o neurológico. El riesgo de sufrir esquizofrenia es de un 1 %, el de depresión, un 10 %; la OMS mostró igualmente gran preocupación por el aumento de los trastornos mentales orgánicos en los mayores.

Existen diferentes clasificaciones de las enfermedades mentales. Haré referencia a la clasificación **CIE-10**, propuesta por la OMS y que reúne las patologías en diferentes grupos:

a) Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos:

- Demencia en la enfermedad de Alzheimer.
- Demencia vascular.

- Demencia en la enfermedad de Pick, de Huntington, de Parkinson, VIH y de Creutzfeldt-Jakob.
- Síndrome amnésico orgánico.
- *Delirium*.
- Alucinaciones.
- Ideas delirantes.
- Trastornos de la personalidad.

b) Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas:

- Esquizofrenias:
 - Esquizofrenia paranoide.
 - Esquizofrenia hebefrénica.
 - Esquizofrenia catatónica.
 - Esquizofrenia indiferenciada.
 - Postesquizofrenia.
 - Esquizofrenia residual.
 - Esquizofrenia simple.
 - Trastorno esquizotípico.
 - Ideas delirantes persistentes.
 - Trastornos psicóticos.

c) Trastornos del humor / afectivos:

- Episodio maniaco / hipomanía.
- Trastorno bipolar.
- Episodios depresivos.
- Trastornos del humor (afectivos).

d) Trastornos neuróticos:

- Ansiedad fóbica.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos obsesivo-compulsivos.
- Reacciones de estrés grave y trastornos de adaptación.
- Trastornos disociativos.
- Trastornos somatomorfos
- Trastornos de somatización.
- Neurastenia.

e) Trastornos del comportamiento:

- De conducta alimentaria.
- No orgánicos del sueño.
- Disfunción sexual no orgánica.

- Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio.
- Abusos de sustancias que no producen dependencia.

f) Trastornos de la personalidad:

- Trastornos de los hábitos y del control de impulsos.
- Trastornos de identidad sexual e inclinación sexual.
- Retraso mental.
- Retraso mental leve.
- Retraso mental moderado.
- Retraso mental grave.
- Retraso mental profundo.

g) Trastornos del desarrollo psicológico:

- Retraso del habla / lenguaje.
- Retraso del aprendizaje / escolar.

h) Trastornos del comportamiento:

- Hipercinéticos.
- Disociales.
- De las emociones.
- Trastornos de comportamiento social.
- Tics.
- Trastornos emocionales, como la enuresis, encopresis.

5. Escalas de valoración para la detección de malestar mental

5.1. La demencia

Es interesante prestar una especial atención a las **demencias**, ya que un gran número de pacientes que atenderemos estarán relacionados con esta patología, por lo que será preciso una valoración integral de esta para contemplar los aspectos sociales en el estudio de la demencia, en el tratamiento del paciente, y sin olvidar la figura del cuidador.

5.1.1. Valoración de la esfera clínica

Debe incluir la entrevista psiquiátrica, la cual la llevará a cabo el médico especialista, y la **entrevista social en salud mental**, a cargo de la trabajadora social sanitaria. También es interesante conocer los aspectos clínicos y de las enfermedades en psiquiatría:

«Dentro de los aspectos clínicos destacar: los efectos del envejecimiento fisiológico, la elevada incidencia de pluripatología, la tendencia de la enfermedad a producir incapacidad funcional o incluso a debutar como tal, la forma de presentación atípica como uno de los grandes síndromes geriátricos. Todo esto conduce a un reconocimiento tardío de la enfermedad, a un manejo complicado, generándose a menudo conflictos éticos. De ahí deriva la necesidad de una valoración (geriátrica e integral) por un equipo multidisciplinar que conlleva la participación de diferentes profesionales de salud».

A. C. Sanjoaquín. *Valoración geriátrica integral*.

En cuanto a los aspectos sociales, no podemos olvidar la repercusión de la enfermedad en ellos, tanto en el entorno más próximo del anciano como en la necesidad de recursos.

5.1.2. Valoración de la esfera funcional

La valoración funcional es el proceso dirigido a recoger información sobre la capacidad del anciano para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra.

Las actividades de la vida diaria se clasifican en actividades **básicas** (ABVD), **instrumentales** (AIVD) y **avanzadas** (AAVD).

En las ABVD incluimos aquellas tareas que la persona debe realizar a diario para su autocuidado, aseo, vestido, alimentación. Las AIVD hacen referencia a aquellas tareas en las que la persona interacciona con el medio para mante-

ner su independencia, como cocinar, comprar, uso del teléfono... y las AAVD incluyen aquellas que permiten al individuo su colaboración en actividades sociales, actividades recreativas, trabajo, viajes y ejercicio físico intenso.

Conforme avanza el grado de deterioro funcional aumentan el riesgo de mortalidad, el número de ingresos hospitalarios y la estancia media, las visitas médicas, el consumo de fármacos, el riesgo de institucionalización y la necesidad de recursos sociales.

En el momento de explorar la esfera funcional es imprescindible interrogar acerca de la dependencia física.

Las escalas más utilizadas para evaluar las actividades básicas de la vida diaria son:

a) Índice de actividades de la vida diaria (índice de Katz):

- Baño.
- Vestirse/desvestirse.
- Uso del retrete.
- Movilidad.
- Continencia.
- Alimentación.

b) Índice de Barthel. Publicado en 1965 por Mahoney y Barthel –*Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* (1965, n.º 14, págs. 61-65)–, es el instrumento recomendado por la Sociedad Británica de Geriátrica para evaluar las ABVD en el anciano. Es la escala más conocida a nivel internacional para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda. Su aplicación es fundamental en unidades de rehabilitación y en unidades de salud mental de media estancia:

- Baño.
- Vestido.
- Aseo personal.
- Uso del retrete.
- Transferencias (traslado cama-sillón).
- Subir/bajar escalones.
- Continencia urinaria.
- Continencia fecal.
- Alimentación.

Se valorará de la siguiente manera, en una escala de 0 a 100 puntos:

- Dependencia total, puntuación menor de 20.
- Dependencia grave, puntuación de 20 a 35.
- Dependencia moderada, puntuación de 40 a 55.

- Dependencia leve, puntuación igual o mayor de 60.

Presenta un gran valor predictivo sobre mortalidad, ingreso hospitalario, duración de estancia en unidades de rehabilitación y ubicación al alta de pacientes con accidente cerebrovascular.

c) Escala de incapacidad física de la Cruz Roja. Creada por el equipo del Servicio de Geriátrica de Cruz Roja de Madrid en 1972, se trata de una escala muy difundida en nuestro país –*Revista Española de Geriátrica y Gerontología* (1972, n.º 7, págs. 339-46. Permite obtener una impresión rápida y cuantificada del grado de incapacidad. Se evalúan los siguientes aspectos:

- AVD (actividades de la vida diaria).
- Ayuda instrumental para caminar.
- Nivel de restricción de movilidad.
- Continencia de esfínteres.

d) Escala Plutchik. Diseñada por Plutchik y colaboradores del Hospital Bronx de Nueva York en 1970 para distinguir pacientes poco dependientes de los independientes en un medio hospitalario para enfermos mentales:

- Alimentación.
- Incontinencia.
- Lavarse y vestirse.
- Caerse de la cama o sillón sin protecciones.
- Deambulación.
- Visión.
- Confusión.

e) La escala más utilizada para evaluar las AIVD es el índice de Lawton y Brody. Se trata de un instrumento publicado en 1969 y construido para su uso específico con población anciana:

- Usar el teléfono.
- Ir de compras.
- Preparar la comida.
- Hacer tareas del hogar.
- Lavar la ropa.
- Utilizar transportes.
- Controlar la medicación.
- Manejar el dinero.

5.1.3. Valoración de la esfera mental

En la valoración del estado mental es importante atender al estudio tanto de la esfera cognitiva como afectiva y tener en cuenta las variables implicadas en la fragilidad de ambas áreas.

La fragilidad cognitiva depende de:

- Variables orgánicas.
- Factores psicosociales.
- Entidades clínicas, como hipertensión arterial, *diabetes mellitus*, accidente cerebrovascular, insuficiencia respiratoria.

La fragilidad afectiva del anciano dependerá fundamentalmente de trastornos psíquicos, trastornos de ansiedad y depresión.

La entrevista clínica se puede complementar de forma estructurada mediante test breves de cribado, y recomendamos, siempre que sea posible, poner en práctica ambos procedimientos. Los test aportan objetividad, facilitan la comunicación entre los diversos profesionales y permiten, además, cuantificar los cambios en el tiempo y la respuesta al tratamiento. Sin embargo, los test han de valorarse en el contexto clínico del paciente y considerar aquellos factores que pueden afectar a su puntuación (nivel cultural, déficit sensorial).

No deberemos olvidar nunca que un test es un buen complemento de la historia clínica, pero nunca diagnóstica por sí solo una demencia.

5.1.4. Valoración de la esfera cognitiva

Contamos con múltiples test, de los que destacamos los siguientes:

- **Cuestionario de Pfeiffer (Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ)**. Explora la orientación temporo-espacial, la memoria reciente y remota, la capacidad de concentración y cálculo.
- **Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE)**. Detecta el deterioro cognitivo moderado.
- **Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC)**. Se utiliza también en personas con deterioro cognitivo grave.
- **Test del reloj**. También detecta cuadros confusionales.
- **Set-tests**. Explora la fluencia verbal, la denominación por categorías y la memoria semántica.
- **Test de los siete minutos**. Consta de cuatro pruebas simples:

- La primera consiste en evaluar la orientación temporal (preguntas sobre el día de la semana, el mes y el año).
- En la segunda parte se hace un análisis de la memoria.
- La tercera y la cuarta se relacionan con pruebas de fluidez del lenguaje.

¿Cómo repercute el deterioro cognitivo en la funcionalidad del paciente y en la esfera familiar y social?

La alta prevalencia de síntomas conductuales y psíquicos en la demencia, así como las implicaciones sobre la calidad de vida, tanto del paciente como de su cuidador principal, hacen indispensable la valoración en busca de síntomas de sobrecarga. Se puede realizar de forma libre, con entrevista clínica o dirigida mediante el empleo de escalas. Una de las escalas utilizadas con este fin es la *escala de Zarit* de sobrecarga del cuidador, que explicaremos en la valoración social.

5.1.5. Valoración de la esfera afectiva

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en los ancianos. Tiene importantes repercusiones sobre la calidad de vida, la situación funcional y cognitiva. Prolonga las estancias hospitalarias y es fuente de numerosas consultas, ingresos y tratamientos. Pese a que sigue siendo más frecuente entre las mujeres, con la edad esta diferencia se reduce.

La ansiedad es, junto con la depresión, uno de los principales síntomas afectivos en la tercera edad. Tiene repercusiones sobre la calidad de vida, el rendimiento en funciones cognoscitivas, agrava los cuadros depresivos y las molestias físicas. En el anciano es más frecuente la ansiedad como síntoma que como enfermedad. Al igual que los síndromes depresivos, la ansiedad es difícil de detectar en el anciano, dado que se puede presentar mediante síntomas localizados en cualquier órgano o sistema, lo que plantea un amplio abanico de diagnósticos diferenciales, como la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardíaca, el hipertiroidismo, etc.

A la hora de explorar la esfera afectiva, debemos interrogar sobre estado anímico, labilidad emocional, apetito, trastorno del sueño, signos de ansiedad, ideación de muerte, ideación o tentativas autolíticas y quejas somáticas.

Para valorar la esfera afectiva, contamos con el apoyo de las siguientes escalas:

- Escala de depresión geriátrica de Yesavage.
- *Geriatric Depression Scale* (GDS).
- Inventario de depresión de Hamilton.
- Inventario de depresión de Beck.
- Escala de Zung.

- Escala de Cornell de depresión en la demencia.
- Escala de depresión y ansiedad de Goldberg.

Podríamos utilizar estas escalas en personas mayores con factores de riesgo que pueden desencadenar una depresión.

La escala de depresión y ansiedad de Goldberg, breve, sencilla y de fácil manejo, se desarrolló en 1988 con la finalidad de lograr una entrevista de cribaje de los trastornos psicopatológicos más frecuentes, la ansiedad y la depresión.

Material de apoyo

Encontraréis material anexo en los recursos del aula.

5.1.6. Escalas de valoración social

Las escalas de valoración de recursos son las siguientes:

- **Escala OARS de recursos sociales.** Es una herramienta diagnóstica multidimensional adaptada por Grau en población anciana española, donde se ha comprobado su fiabilidad y viabilidad. Proporciona información acerca de cinco áreas: estructura familiar y recursos sociales, recursos económicos, salud mental, salud física y capacidades para la realización de AVD (Duke University, 1978). Evalúa las respuestas en una escala de 6 puntos, que van desde excelentes recursos sociales (1 punto) hasta el deterioro social total (6 puntos).
- **Escala de valoración sociofamiliar de Gijón.** Creada a finales de los años noventa, se emplea para valorar la situación social y familiar de las personas mayores que viven en domicilio. Su objetivo es detectar situaciones de riesgo y problemas sociales para la puesta en marcha de intervenciones sociales.
- **Escala de Filadelfia.** Desarrollada en 1975 por Lawton (*Gerontol*, 1975), es la escala recomendada por grupos de expertos de la British Geriatrics Society y el American National Institute of Aging para la medición o cuantificación de la calidad de vida. Evalúa la actitud frente al envejecimiento, la insatisfacción con la soledad y la ansiedad con un objetivo claro, el de medir el grado subjetivo de satisfacción del anciano. Su aplicabilidad es excelente y solo se ve limitada o interferida por la presencia de trastornos del lenguaje (afasias) y deterioro cognitivo. Al realizar la valoración social, no debemos olvidarnos del cuidador principal, pieza clave en el entramado de la atención en el día a día del anciano. En la sobrecarga de los cuidadores pueden influir los siguientes factores, la gravedad de la demencia, los problemas de comportamiento que mostraba el paciente, el tipo de relación entre el cuidador y el paciente; los mecanismos de enfrentamiento utilizados por los cuidadores y la accesibilidad a los recursos sociales.
- **Escala de Zarit.** La escala más utilizada para valorar la sobrecarga del cuidador principal de pacientes con demencia es la escala de Zarit. Explora el sufrimiento del cuidador principal en áreas de salud física, psíquica, activi-

dad social y recursos económicos. La escala desarrolla las siguientes áreas: integración social, ocupación y orientación, e independencia física.

Existen otras escalas de valoración social, como la escala de evaluación de la capacidad adaptativa (EVALCAD), la escala de intensidad de soporte (SIS), la escala de Kuntzman y la escala de AVD de grupos de utilización de recursos.

En algunas unidades de psiquiatría de diferentes comunidades autónomas se utiliza la escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales), instrumento de evaluación desarrollado por la unidad de investigación del Royal College of Psychiatrists británico en el marco del *Proyecto Health of the Nation* del departamento de salud británico. Se utiliza para medir todo el rango de problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental, utilizables por profesionales de la salud mental de forma rutinaria y en un contexto clínico.

Material apoyo

Encontraréis material anexo en los recursos del aula.

6. Estructuras de salud mental y el equipo de salud mental

La atención a la salud mental comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares, así como la hospitalización, e incluye los siguientes puntos:

«El diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de procesos crónicos, comprendiendo las intervenciones individuales y/o familiares, el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día y la hospitalización de corta estancia cuando se precise.

La atención a las personas con trastorno mental grave.

El diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.

El diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos el alcoholismo y las ludopatías.

El diagnóstico y tratamiento de trastornos de la infancia y adolescencia, incluida la atención a niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta general alimentaria (anorexia / bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en el hospital de día, la hospitalización de corta estancia y el refuerzo de las conductas saludables.

La atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.

Actuaciones preventivas y de promoción de la salud, en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.

Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador principal».

Cartera de servicios sanitarios de atención a la salud mental en Aragón.

Las estructuras de salud mental que integran el modelo asistencial de psiquiatría comunitaria son las que exponemos a continuación, aunque obviamente, se diferenciarán y se cumplirán según lo estructure cada comunidad autónoma.

6.1. Los centros de salud mental

Constituyen el eje central de la red asistencial de salud mental, están habitualmente ubicados en centros de salud de atención primaria y se dividen en:

- Centros de salud mental para adultos.
- Centros de salud mental infanto-juveniles.

Sus funciones básicas son las siguientes:

- Ofrecer tratamiento a todas las personas afectadas y sus familias de forma ambulatoria, tanto en el centro, como en el domicilio y explorar la consulta virtual.
- Coordinarse con los equipos de atención primaria, así como con otros dispositivos asistenciales, servicios sociales y educativos de la zona sanitaria que les corresponda.
- Elaborar programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades. Para ello, debemos basarnos en evidencias y estas varían de un territorio a otro y de un área a otra; incluso distintos distritos de una ciudad pueden presentar diferencias, lo cual implica acciones o programas diferentes.

Ilustra el argumento anterior la tabla 2, donde se presenta el «Porcentaje de población adulta en riesgo de mala salud mental», siempre de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud.

Tabla 2. Distribución por sexo y comunidad autónoma del porcentaje de población adulta en riesgo de mala salud mental

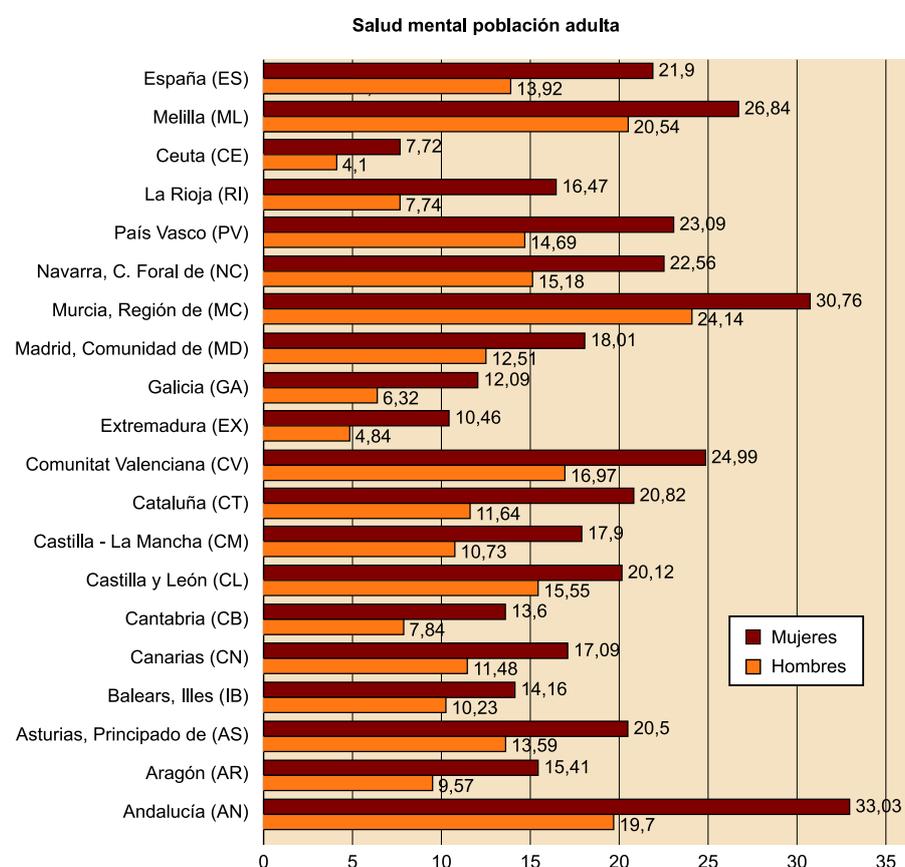
Comunidad autónoma	Años		
	2017		
	Hombres	Mujeres	Total
Andalucía (AN)	19,7	33,03	26,5
Aragón (AR)	9,57	15,41	12,54
Asturias, Principado de (AS)	13,59	20,5	17,23
Baleares, Illes (IB)	10,23	14,16	12,2
Canarias (CN)	11,48	17,09	14,33
Cantabria (CB)	7,84	13,6	10,8
Castilla y León (CL)	15,55	20,12	17,86
Castilla - La Mancha (CM)	10,73	17,9	14,3
Cataluña (CT)	11,64	20,82	16,36
Comunitat Valenciana (VC)	16,97	24,99	21,07
Extremadura (EX)	4,84	10,46	7,68
Galicia (GA)	6,32	12,09	9,32
Madrid, Comunidad de (MD)	12,51	18,01	15,4
Murcia, Región de (MC)	24,14	30,76	27,45
Navarra, C. Foral de (NC)	15,18	22,56	18,92
País Vasco (PV)	14,69	23,09	19,04

Comunidad autónoma	Años		
	2017		
	Hombres	Mujeres	Total
La Rioja (RI)	7,74	16,47	12,16
Ceuta (CE)	4,1	7,72	5,88
Melilla (ML)	20,54	26,84	23,7
España (ES)	13,92	21,9	18,01

A la luz de los resultados, vemos que los porcentajes más altos relacionados con el riesgo de mala salud mental, si tomamos la población general de España, los tienen las mujeres, con un riesgo del 21,9 %, frente al 13,92 % de los hombres.

La figura 2 muestra las diferencias que se dan entre comunidades autónomas y, a la vez, entre las mujeres y los hombres. Pone de manifiesto las diferencias entre ambos sexos y entre comunidades, lo cual obliga a profundizar en el estudio de cada una para que las propuestas de acciones preventivas se ajusten a los datos y las evidencias obtenidas.

Figura 2. Distribución por sexo y comunidad autónoma del porcentaje de población adulta en riesgo de mala salud mental



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. MSSSI/INE. Periodicidad: Quinquenal.

Si bien los resultados se pueden analizar comunidad por comunidad, vemos que la población femenina de Andalucía presenta un riesgo de padecer problemas de salud mental de un 33,03 %. En el otro extremo, el menor riesgo lo presentan las mujeres de Ceuta, con un 7,72 %. En el caso de la población masculina, los que presentan mayor riesgo de padecer problemas mentales son los habitantes de la Región de Murcia, con el 24,14 %, y en el extremo opuesto, el menor riesgo también lo presentan los hombres de Ceuta, con el 4,1 %.

Los colectivos profesionales de las unidades de salud mental son psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería, personal auxiliar administrativo y, en algunas, una trabajadora social sanitaria. El número de psiquiatras y psicólogos estará en función del tamaño de la población a la que se debe atender.

6.2. Las unidades de hospitalización psiquiátrica

Son los servicios de ingreso en hospitales generales; en estos se atienden las urgencias y los ingresos en caso de psicopatología aguda. Cuando hay una descompensación grave de la enfermedad, un episodio psicótico por ejemplo, con distorsión de la realidad, suele venir acompañado de abandono de la medicación y ausencia de conciencia de enfermedad y necesidad de tratamiento. En estos casos el ingreso suele ser necesario y puede ser voluntario, es decir, contando con la aceptación del paciente, o involuntario, con intervención de la justicia para decretar el ingreso. Los colectivos profesionales que ocupan la unidad son psiquiatras, personal de enfermería y auxiliares de clínica. En hospitales de dimensiones importantes, de grandes ciudades, suele haber una o varias trabajadoras sociales para la atención psiquiátrica de forma específica, tanto en la unidad de ingreso como en consultas externas o ambulatorias.

Una vez que se ha dado de alta al paciente, si este ha recuperado un estado adecuado de conciencia de la enfermedad y los síntomas han remitido, se suele optar por el seguimiento ambulatorio, con visitas inicialmente frecuentes. Hay otras alternativas para el seguimiento de las personas afectadas, como la hospitalización parcial y los centros de día. Si su estado no remite, se puede optar por la hospitalización en un centro de media y larga estancia, la institucionalización.

6.3. Unidades de psicogeriatría

Dedicadas a la atención de trastornos específicos como demencias y trastornos conductuales en pacientes con demencia, depresiones en el anciano, procesos de duelo, psicosis y delirios tardíos, o trastornos psiquiátricos con alteraciones del comportamiento.

Hay unidades monográficas: de trastorno de la personalidad, de trastornos de la conducta alimentaria de adultos y adolescentes, de trastornos graves refractarios y unidades de psicósomática.

Presencia del trabajador social

Desafortunadamente no todas las unidades de salud mental cuentan con nuestra presencia, este puesto se comparte con mucha regularidad con la trabajadora social sanitaria de atención primaria.

Estas unidades específicas, y la de psicogeriatría, cumplen funciones de enlace con atención primaria y con las especialidades que se consideren precisas. En el caso de la unidad de psicogeriatría, se coordina la actuación con el servicio de geriatría, neurología o neuropsicología. Además llevan a cabo funciones de coordinación con la red de apoyo social comunitario público y el tercer sector, y puede incluir la valoración en domicilio.

6.4. Centros de rehabilitación

Los centros de rehabilitación son los siguientes:

a) Hospitales de día

Son dispositivos asistenciales en régimen de hospitalización parcial diurna. En ellos se abordan aspectos relacionados con el tratamiento y la rehabilitación. El paciente suele acudir desde la mañana a media tarde, durante un tiempo variable que fluctúa entre uno y seis meses. Los objetivos que se trabajan en estos centros son varios: monitorizar y asegurar el tratamiento farmacológico y sobre todo focalizar el esfuerzo de la reintegración, mediante entrenamiento de habilidades sociales y el establecimiento de programas psicoeducativos que contribuyan a la concienciación de la enfermedad.

Las personas afectadas que acceden a estos programas son aquellas en remisión total o parcial de los síntomas. Se suelen formar grupos que desarrollan actividades formativas o talleres de expresión emocional para la concienciación de la enfermedad en grupo o la adquisición de hábitos. También se aplica un trabajo con las familias, para lo que se promueve un espacio donde compartir experiencias y aumentar el conocimiento de la enfermedad gracias a la transferencia de información.

El hospital de día está integrado por profesionales de la psiquiatría, la psicología, la enfermería (incluye auxiliares de clínica) y el trabajo social sanitario.

b) Unidades de rehabilitación

Acostumbran a estructurarse en unidades de media o larga estancia, estructura especializada en régimen de internado, con actividades rehabilitadoras, que intenta reparar las limitaciones propias de la enfermedad. Su objetivo es la resocialización e integración del paciente en su medio natural.

c) Centros de día

Sus principales funciones son las de reinserción social y rehabilitación. Los colectivos profesionales son educadores, auxiliares de clínica, terapeutas ocupacionales y trabajadora social sanitaria.

d) Pisos protegidos, tutelados

Estos están insertos en la comunidad, en convivencia grupal, pero siempre con apoyo y supervisión de terapeutas; habitualmente son profesionales del trabajo social sanitario y auxiliares de clínica quienes supervisan y controlan estas estructuras. Las personas afectadas pueden hacer vida totalmente autónoma. En situaciones donde no existe red de apoyo informal o ante situaciones de claudicación familiar, este puede ser un recurso definitivo.

«Darán cobertura a las necesidades básicas para la vida diaria.
Supervisión del auto cuidado.
Organización y desarrollo de las tareas domésticas y de la convivencia.
Actividades instrumentales.
Seguimiento de la medicación.
Desarrollo de actividades y gestiones externas.
Integración comunitaria.
Ocio y tiempo libre.
Coordinación con dispositivos sanitarios, sociales y comunitarios».

Cartera de servicios de atención a la salud mental del Sistema de Salud de Aragón

e) Pequeñas residencias

Dan el apoyo habitual de un centro residencial. Cubren, por tanto, las necesidades básicas de la vida diaria, como son aseo personal, higiene, alimentación y cuidados generales, y la supervisión de la toma de medicación y adhesión al tratamiento. Además de estas actividades se acompaña a las personas afectadas a las gestiones que precisen, con trato individualizado, es decir, la atención en el centro se ajusta a las necesidades que cada cual plantee.

Por otra parte, el tratamiento en las residencias será integral y contemplará también los aspectos sociales, incluyendo actividades como apoyo en recuperación de habilidades sociales, potenciando la autonomía personal y fomentando el autocuidado; psicoeducación, integración en la comunidad y dedicación a actividades para la ocupación del ocio y el tiempo libre.

f) Talleres ocupacionales y centros especiales de empleo

Son dispositivos comunitarios, pueden estar o no vinculados a los servicios de salud mental. Están orientados a la reinserción social y laboral del paciente. Los equipos profesionales de estos dispositivos los conforman profesionales de la terapia ocupacional, de la educación social y, habitualmente, profesionales del trabajo social sanitario. Mediante un trabajo en equipo dirigen estos servicios, siempre que sean específicos de salud mental.

Los equipos de trabajo social sanitario han llevado a cabo un análisis de sus funciones y actividades en su intervención profesional en salud mental que ha dado lugar a la elaboración de diferentes **programas de trabajo**, con las

personas afectadas, con sus familias y con la comunidad en general, para contribuir con todos ellos a la comprensión de las enfermedades mentales y por lo tanto a su aceptación.

Existe un gran número de pacientes que atendemos en las consultas de salud mental de atención primaria en los que vemos prioritario la práctica de alguna actividad o taller, como **terapia ocupacional**, promoción de la salud e integración en el medio. Son pacientes que no tienen el perfil adecuado, por patología e intensidad de esta, para participar en los recursos dirigidos a enfermos mentales, por lo que tenemos que utilizar la red de apoyo ordinaria que se oferta a la población general, es decir, a cualquier otra persona que, aunque esté enferma, no padezca enfermedad mental.

Hay experiencias de grupos para pacientes, fuera de los dispositivos específicos de salud mental, para enfermos diagnosticados de alguna patología psiquiátrica. Estos participan en **grupos terapéuticos** para trabajar aspectos sobre la salud y no sobre la enfermedad; estos grupos siempre están dirigidos por un terapeuta.

Dado que los dispositivos comunitarios no responden a las necesidades de detección, diagnóstico, valoración y atención a la psicosis temprana, en algunas comunidades autónomas se están implantando de forma progresiva los equipos de intervención precoz y los equipos de tratamiento asertivo comunitario, como dispositivos de intervención y seguimiento de pacientes con trastorno mental grave. De esta manera se pretende atender tanto a las personas afectadas que no llegan a las unidades de salud mental por problemas en la no aceptación de la enfermedad, como a las personas afectadas que por problemas propios de la enfermedad, circunstancias sociales, familiares o por los insuficientes recursos de salud mental, se encuentren en riesgo de abandono del tratamiento o de exclusión social. Estos equipos serán interdisciplinarios e intentarán acercar a las personas afectadas al tratamiento sanitario adecuado en la comunidad, garantizarán la continuidad de cuidados y la coordinación con los equipos de salud mental y sociosanitarios que se precisen.

7. El trabajador social sanitario en salud mental. Especificidad

Los cambios que ha ido experimentando el concepto de salud han sido determinantes para el crecimiento de la profesión de trabajo social en el ámbito sanitario. El médico ya no es la única autoridad sobre los asuntos de salud.

Este cambio sobre el concepto de salud se acompaña de cambios en todo el sistema, que se ve obligado a reconocer que las enfermedades pueden estar determinadas por muchos factores, entre ellas las características psicosociales, las emocionales y las de su entorno. El sistema sanitario está modificando sus objetivos hacia la detección de riesgos físicos, sociales y psicológicos, centrándose cada vez más en programas de prevención y promoción de la salud. Esto mismo está ocurriendo con la salud mental.

Los cambios no solo se dan en el concepto de salud, sino también en la forma de tratamiento, en el que se incluyen la prevención, promoción, rehabilitación y reinserción social. Este tipo de atención no parece tener respuesta en la formación tradicional de los colectivos profesionales del sistema sanitario. Como trabajadores sociales sanitarios, por nuestra formación y enfoque multidisciplinar y por nuestro concepto de atención a la persona, sí, somos profesionales con preparación para atender las exigencias del sistema sanitario y del sistema social imperante.

En el sistema de salud mental, nuestro trabajo consiste en dar apoyo a las personas con problemas mentales, mejorando con nuestra intervención su calidad de vida y su grado de autonomía personal, familiar y social.

«La filosofía que anima los principios del trabajo social pone en el centro de la práctica valores que típicamente dan el primado a la autonomía de los clientes: derechos de ciudadanía, dignidad de las personas, autodeterminación, colaboración como iguales y devolución de poder.

Todos estos valores crean un estilo de pensamiento y de comportamiento profesional al que repugna cualquier tipo de actuación benevolente «por el propio bien del cliente», la cual se percibe como caritativa y paternalista. La doctrina predominante dentro del trabajo social con relación a los dilemas que presenta el paternalismo consiste en negar que las intervenciones paternalistas estén justificadas y adopta la regla general de respetar y tutelar las decisiones autónomas de los clientes. No obstante, esta regla general sobre la buena práctica profesional admite dos excepciones en las que el trabajador social estaría autorizado a actuar de forma paternalista:

Aquellas situaciones en la que exista un mandato institucional claro e ineludible para el trabajador social de proteger al cliente.

Aquellas en las que la disminución de competencia del cliente para realizar elecciones sobre su propio bien le hiciera incurrir en decisiones o acciones perjudiciales para su propia persona.

Pero, al considerarse estas situaciones como excepcionales, el principio general que se considera que debe regular toda práctica profesional es contrario a cualquier violación del derecho de autodeterminación de los clientes».

P. Rubí. [documento en línea]
<<http://monografias.com/trabajos11/hispsiq/hispsiq.shtml>>

Como comenta igualmente el autor en este texto, estas dos situaciones excepcionales son más bien la norma en el campo de la salud mental.

En el ámbito de la salud mental, los equipos de trabajo social sanitario tienen que proteger a las personas afectadas, que en la mayoría de las ocasiones no tienen capacidad suficiente, ni capacidad de juicio para poder tomar sus propias decisiones, o al menos las más adecuadas para proteger y preservar su salud, la de su familia y entorno.

Son muchas las situaciones en las que debemos proteger a las personas afectadas e incluso instar a que se les retiren los derechos, como es la propia incapacitación judicial, pero no sin antes dar la oportunidad al paciente de mejorar su salud y su capacidad de decidir él solo, de forma saludable, sobre su vida y sus bienes.

El trabajo social sanitario en salud mental tiene como objeto, al igual que otras especialidades, potenciar el grado de autonomía de la persona, aunque en ocasiones –sin intentar estigmatizar, sino proteger– la desproveamos de derechos.

Por otra parte, para poder desarrollar nuestro desempeño profesional de forma adecuada, es fundamental tener un conocimiento, básico y previo al trabajo con enfermos de salud mental, de psicología y psiquiatría.

Una característica distintiva del trabajador social sanitario en salud mental es el interés por el contexto social dentro del cual se producen las modificaciones de los problemas individuales o familiares de la persona afectada.

Por otro lado, hablar de la especificidad del trabajador social en salud mental es hablar de sus funciones, de las actividades que desempeñamos en los diferentes dispositivos de salud mental, y de cómo desempeñamos nuestras funciones de manera diferenciada con respecto al resto del equipo tanto sanitario como en los diferentes dispositivos de servicios sociales.

Las funciones básicas son las siguientes:

a) Atención directa. La prestaremos a las personas afectadas, familias y grupos que presentan un problema social en relación con su enfermedad mental:

- Analizaremos la demanda, procederemos a la valoración social y familiar, elaboraremos el diagnóstico social sanitario (en este mismo semestre se cursa un módulo íntegro sobre el diagnóstico social sanitario), planificaremos nuestra intervención y coordinaremos con el equipo de salud mental nuestras intervenciones.
- El profesional debe identificar los problemas, evaluar riesgos a corto, medio y largo plazo, así como identificar las capacidades conservadas de la persona afectada y potenciarlas.
- Aplicaremos tratamientos individuales o de grupo, que tengan como objetivo la contención, la socialización, la rehabilitación, el soporte, la orientación familiar, la inserción laboral, la generación de recursos, además de la potenciación y/o definición del proyecto vital de la persona afectada.

Más tarde desarrollaremos y desglosaremos de forma más detallada las funciones.

b) Función preventiva.

- De promoción e inserción social. Intentaremos conseguir la integración social de la persona afectada mediante la información y tramitación de los recursos normalizados o específicos de salud mental. Y fomentaremos y potenciaremos la creación de grupos de autoayuda, grupos terapéuticos, asociaciones de afectados y familiares de enfermos mentales.

c) Formación, docencia e investigación.

d) Coordinación mediante reuniones con el equipo sanitario y servicios sociales.

Bibliografía

Dolors Colom Masfret (2012). *El diagnóstico social sanitario*. Barcelona: Editorial UOC.

8. Funciones y actividades de la unidad de trabajo social sanitario en los equipos de salud mental

Dentro de la Ley de ordenación de profesiones sanitarias², se infiere que los diferentes colectivos de profesionales del sistema sanitario tienen competencias sobre las funciones: asistencial-educativa, preventiva, docente, investigadora, gestión clínica y promoción de la salud.

⁽²⁾Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

Si bien las funciones son las mismas, las actividades que les dan contenido difieren de un colectivo a otro. Las funciones y actividades de las unidades de trabajo social sanitario son las siguientes:

a) Función asistencial. Estará determinada por la atención a personas que por su enfermedad acudan al sistema sanitario y presenten una demanda de atención sociosanitaria. La asistencia se realizará en el centro sanitario o en el domicilio de la persona afectada y siempre se aplica el procedimiento básico o, en caso de que se haya definido, el protocolo de trabajo social sanitario correspondiente.

Como podemos ver en la asignatura *Herramientas del trabajo social sanitario*, tanto un procedimiento como un protocolo se compone de tres fases: estudio de trabajo social sanitario, diagnóstico social sanitario y tratamiento o intervención de trabajo social sanitario.

Actividades:

- Entrevista a la persona enferma afectada y a sus familiares.
- Siempre de acuerdo con el diagnóstico social sanitario y dentro de los servicios determinados, pueden realizarse actividades de:
 - Orientación, apoyo y asesoramiento a los individuos, la familia y los grupos.
 - Información de los derechos y deberes respecto a su salud y la asistencia sanitaria.
 - Colaboración y coordinación con el resto de profesionales del equipo de salud mental para la detección de pacientes de riesgo. Análisis de los factores sociales que inciden en el proceso de salud.
 - Potenciar los recursos personales de cada paciente y su familia, fomentando la autorresponsabilidad en la resolución de su problema.

b) Función educativa. Se pretende una modificación de los hábitos, comportamientos y actitudes en las personas afectadas y sus familiares.

Actividades:

- Desarrollo de actividades educativas dirigidas a que el usuario se responsabilice de su cuidado.
- Consejos terapéuticos.
- Movilización de recursos personales e institucionales.

c) Función preventiva. Entenderemos por prevención la práctica de actividades encaminadas a disminuir los riesgos de enfermar y a evitar posibles recaídas o las consecuencias que se pueden derivar de la enfermedad.

Actividades:

- Conocimiento y análisis de los factores socisanitarios que inciden en la persona enferma o en la salud de la población.
- Recepción y captación de las demandas surgidas en grupos, instituciones y asociaciones de la comunidad.
- Participación en la programación, ejecución y evaluación de las actividades del equipo de salud mental, aportando los contenidos psicosociales y aspectos metodológicos propios de trabajo social sanitario.

d) Función docente. Se participará en las unidades docentes de la zona, y se procurará una aportación de aspectos propios del trabajo social sanitario y de participación social y comunitaria.

Actividades:

- Participación en la formación continuada específica de los miembros de la unidad de trabajo social sanitario y de otros profesionales del equipo de salud mental.
- Colaboración con los diferentes programas formativos de pregrado y posgrado de los distintos profesionales del equipo.

e) Función investigadora. En esta función se explorarán las causas o factores psicosociales que tienen mayor relación en el proceso de salud-enfermedad, ya sea por incidencia o prevalencia, así como aquellas intervenciones sociales que son más eficaces en los diferentes procesos.

Si tomamos la «Prevalencia declarada de trastornos mentales en población adulta» de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud, encontramos los siguientes datos:

Tabla 3. Distribución por sexo y comunidad autónoma de la prevalencia declarada de trastornos mentales en población adulta

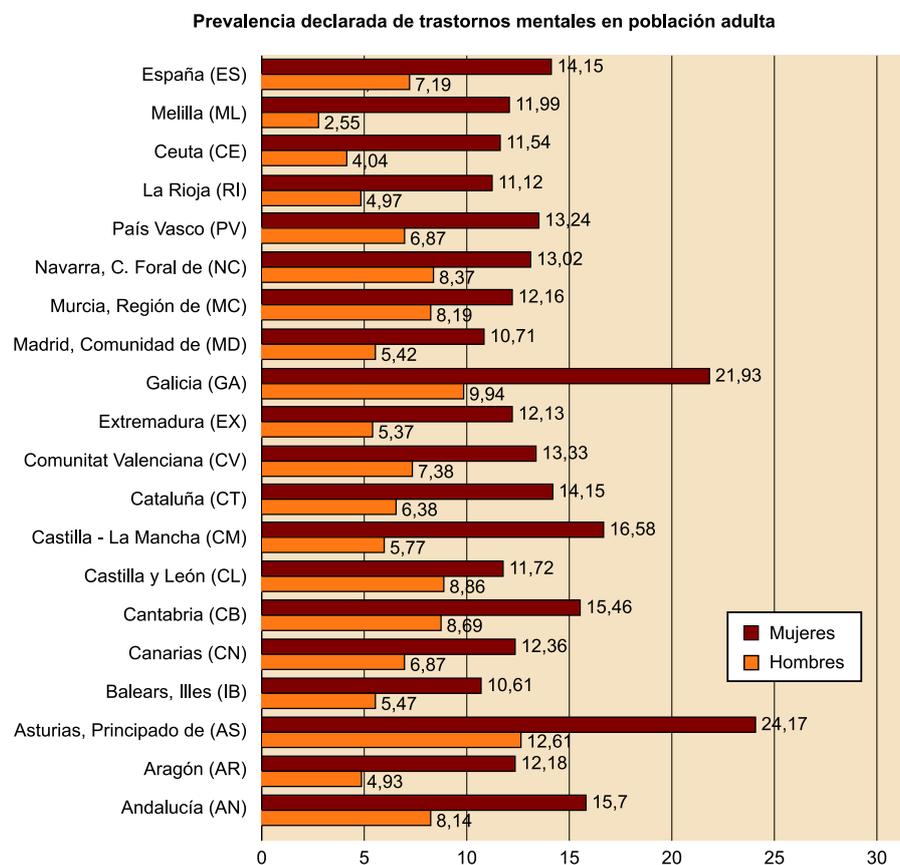
Comunidad autónoma	Año		
	2017		
	Hombres	Mujeres	Total
Andalucía (AN)	8,14	15,7	12
Aragón (AR)	4,93	12,18	8,62
Asturias, Principado de (AS)	12,61	24,17	18,68
Balears, Illes (IB)	5,47	10,61	8,07
Canarias (CN)	6,87	12,36	9,66
Cantabria (CB)	8,69	15,46	12,18
Castilla y León (CL)	8,86	11,72	10,31
Castilla - La Mancha (CM)	5,77	16,58	11,16
Cataluña (CT)	6,38	14,15	10,38
Comunitat Valenciana (VC)	7,38	13,33	10,42
Extremadura (EX)	5,37	12,13	8,78
Galicia (GA)	9,94	21,93	16,2
Madrid, Comunidad de (MD)	5,42	10,71	8,2
Murcia, Región de (MC)	8,19	12,16	10,18
Navarra, C. Foral de (NC)	8,37	13,02	10,72
País Vasco (PV)	6,87	13,24	10,18
La Rioja (RI)	4,97	11,12	8,11
Ceuta (CE)	4,04	11,54	7,76
Melilla (ML)	2,55	11,99	7,29
España (ES)	7,19	14,15	10,76

La prevalencia significa que el trastorno está diagnosticado. Como en indicadores anteriores, en este caso vemos que la prevalencia más alta relacionada con el trastorno mental, si tomamos la población general de España, se da en las mujeres, con un índice de afectadas del 14,15. Los hombres afectados se reducen a la mitad, con una prevalencia del 7,19.

La figura 3 muestra las diferencias que se dan entre comunidades autónomas y entre mujeres y hombres. De nuevo los datos son reveladores y obligan a profundizar entre las diferencias, que en algunos casos son abismales, por ejemplo, si se toma el Principado de Asturias, las mujeres presentan una prevalen-

cia del 24,17, frente a los hombres, con el 12,61, también el más alto de todas las comunidades autónomas. Le sigue Galicia: en el caso de las mujeres la prevalencia es del 21,93 y para los hombres, del 9,94.

Figura 3. Distribución por sexo y comunidad autónoma del porcentaje de población adulta en riesgo de mala salud mental



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. MSSSI/INE. Periodicidad: Dos/tres años.

La diferencia entre comunidades necesita una investigación en profundidad para poder comparar los planes de atención, prevención, la organización de la asistencia, etcétera. Una vez que las evidencias están presentes es responsabilidad de todos los agentes de la política y profesionales buscar acciones correctoras que permitan mejorar las estrategias de salud allá donde la prevalencia es más alta.

Actividades:

- Participación en la elaboración del diagnóstico de salud aportando el estudio de las condiciones sociosanitarias, medioambientales y culturales de la población adscrita a la zona básica de salud.
- Aportación a los programas de salud de los aspectos psicosociales que pueden influir en el proceso de la enfermedad.
- Colaboración en la programación, ejecución y evaluación de los programas de salud por medio del plan de trabajo.
- Elaboración de estudios sobre la prestación del servicio para mejorar su calidad y hacerlo más accesible. Los diferentes resultados que se vayan ob-

teniendo deberán difundirse por los canales habituales de literatura científica, revistas profesionales.

- Participación en los proyectos de investigación de tipo clínico, epidemiológico y social propuestos en el equipo.

f) Función de gestión clínica. Como se trata de una unidad inter- y multidisciplinaria, debe ser toda la unidad la que asuma esta función como parte del desarrollo y prestación de servicios de salud mental.

La coordinación como técnica transversal estará presente en todas y cada una de las funciones. Cada profesional del trabajo social sanitario será el enlace entre el equipo y la comunidad. Este es un aspecto importante para optimizar los recursos y desarrollar actuaciones que se lleven a cabo en función de la situación y problemática sociosanitaria de la población dentro de la misma institución, entre sectores y entre las diferentes instituciones.

Actividades:

- Información a los diferentes colectivos profesionales del equipo sanitario sobre los recursos sociales y sanitarios públicos y privados y su adecuada utilización.
- Establecimiento de canales de interconsulta permanente con el equipo y otros ámbitos.
- Participación en las reuniones periódicas de evaluación y coordinación del equipo.
- Establecer los procedimientos y los protocolos según corresponda y dentro de ellos definir los servicios de trabajo social sanitario que se deben prestar, incluyendo la definición de sus procesos, con el equipo sanitario y con instituciones, organizaciones y asociaciones de la zona que trabajen en la rehabilitación e inserción social de las personas afectadas con problemas de salud mental y sus familias. Recordemos que uno de los procedimientos por excelencia del trabajo social sanitario en general, y en salud mental en particular, es el de la planificación del alta.
- Reuniones de coordinación con otros equipos de trabajadores sociales sanitarios de la zona, tanto de atención primaria como de especializada, para seguimiento de casos.

g) Función de promoción de la salud. La promoción de la salud mental parte del principio de que todas las personas tienen necesidades de salud mental y no solo aquellas a las que han sido diagnosticadas condiciones de salud mental. La promoción de la salud mental concierne esencialmente a la realidad social en la que todos se sientan comprometidos con el bienestar mental.

Bibliografía recomendada

Dolors Colom Masfret (2011). *El trabajo social sanitario. Los procedimientos, los protocolos y los procesos*. Barcelona: Editorial UOC.

Bibliografía recomendada

Dolors Colom Masfret (2013). *La planificación del Alta. Programa multidisciplinar para la coordinación sociosanitaria*. Barcelona: Editorial UOC.

La psicología positiva se interesa también por la salud mental e incluso está más cercana a ella que los tratamientos psiquiátricos. La *promoción de salud mental* es un término que cubre una variedad de estrategias. Estas estrategias pueden ser vistas desde tres dimensiones:

- 1) **Dimensión individual.** Motivar los recursos propios de la persona por medio de estímulos en la autoestima, la resolución de los propios conflictos, la asertividad en áreas como la paternidad, el trabajo o las relaciones interpersonales.
- 2) **Dimensión comunitaria.** Una creciente y cohesionada inclusión social, desarrollando las estructuras de ayuda que promueven la salud mental en los lugares de trabajo, estudio y en la ciudad.
- 3) **Dimensión oficial.** El Estado de cada nación comprometido en planes que reduzcan las barreras socioeconómicas promoviendo oportunidades en igualdad de acceso a los servicios de salud pública por parte de los ciudadanos más vulnerables a este desorden.

9. La entrevista social en salud mental

La entrevista social en salud mental constituye una de las principales herramientas de nuestro trabajo. De esta entrevista obtendremos la mayor parte de la información necesaria para elaborar el diagnóstico social y para el posterior abordaje terapéutico.

Comentaremos aspectos que se deben tener en cuenta a la hora de realizar una entrevista:

- **Privacidad.** Procuraremos que la entrevista se realice en un despacho o en una habitación, esto dependerá del lugar donde se dé, pero siempre tendrá lugar en un espacio donde se garantice la confidencialidad.
- **Confidencialidad.** Solicitaremos a la persona afectada su opinión a la hora de mantener la entrevista, si prefiere estar sola o por el contrario prefiere que esté presente algún miembro de la familia. Aseguraremos a ambos que lo que en ese espacio se hable, se mantendrá en estricto «secreto profesional».
- **Comodidad.** Intentaremos que el espacio sea lo más cómodo posible, tanto para la persona afectada como para nosotros; procuraremos no tener objetos peligrosos al alcance de la persona afectada, como pueden ser unas tijeras o elementos punzantes.
- **Registro.** Los elementos claves de la entrevista, aquella información que pueda resultar relevante, se debe registrar garantizando tanto la confidencialidad y privacidad, como restringiendo el acceso a ella.

Se nos puede presentar la necesidad de valorar en su domicilio a una persona con un diagnóstico de enfermedad o trastorno psiquiátrico, en fase aguda de su enfermedad, no colaborador con el tratamiento y suspicaz ante nuestra intervención. En esas ocasiones siempre debemos ir acompañados de un profesional sanitario o social y, si se considera preciso, el internamiento; entonces, contando con la no voluntariedad de la persona afectada, solicitaremos la presencia de las fuerzas de orden público, policía o guardia civil.

La duración de la entrevista irá en función de la situación, pero intentaremos que no exceda de una hora.

Si nos excedemos en ese tiempo tanto el entrevistador como el entrevistado pueden cansarse y no ser operativa la entrevista.

La entrevista puede ser abierta y dirigida o cerrada, según la situación que se vaya a tratar, el espacio y el grado de colaboración de la persona afectada.

Es aconsejable tener preparada una entrevista semiestructurada, pero dejar abierta la posibilidad de que la persona afectada nos cuente. Será mucho más enriquecedor y nos aportará más datos.

Intentaremos tener una actitud de respeto hacia la persona afectada y su situación, mostrando **cordialidad, empatía³, disposición asertiva, orden, respeto y flexibilidad.**

⁽³⁾Intentar ponerse en el lugar del otro, pero con una distancia emocional y profesional que nos permita más tarde establecer con la persona afectada y su familia pautas para un tratamiento.

Tomaremos notas, siempre que la situación lo permita. No se puede escribir en situaciones que requieren estar atentos tanto al contenido verbal de la entrevista como a la actitud no verbal.

Si tenemos alumnos en prácticas, ya sean de grado de Trabajo Social, de posgrado de Trabajo social sanitario o residentes de Medicina, siempre preguntaremos al paciente si le importa que estén presentes durante la entrevista. Es recomendable que no haya más de dos terapeutas en la sala, es decir, no más de un acompañante/observador en la consulta.

10. Historia de trabajo social sanitario en salud mental

Es importante saber realizar una entrevista en salud mental y no es menos importante registrar los datos obtenidos, así como la elaboración del diagnóstico social y la planificación terapéutica. Registrar los datos no quiere decir que el dispositivo sanitario en el que desarrollemos nuestra labor profesional disponga de una historia social al margen de la historia clínica. Los miembros de los equipos de trabajo social sanitario debemos trabajar y por lo tanto registrar nuestro trabajo en el documento de historia clínica, que será el documento único de registro propio.

Es importante recoger los siguientes datos para una posterior interpretación y elaboración del diagnóstico social sanitario:

- ¿Quién ha enviado a la persona afectada a la consulta?
- ¿De quién parte la derivación?
- ¿Quién ha identificado el problema?
- ¿Quién nos pide ayuda?

Por diferentes programas de atención del centro sanitario, protocolo.

A solicitud de:

- La persona afectada
- La familia
- El sanitario, médico, enfermeras, etc.
- La red comunitaria informal, amigos, vecinos, etc.
- Organizaciones o servicios de la comunidad. Asociaciones de enfermos, etc.
- Los servicios sociales comunitarios.

Reflexión

Existen todavía centros sanitarios donde las unidades de trabajo social sanitario disponen de sus propias historias de trabajo social sanitario. De cara al desarrollo profesional, y como colectivo sanitario, no es aconsejable tener documentación paralela, perderíamos información de forma bilateral, tanto nosotros, como el resto de profesionales sanitarios que trabajan con la persona afectada.

10.1. Motivo de consulta

Es importante recoger el motivo tanto por parte de la persona que formula la demanda como de la persona afectada, es decir, debemos conocer el problema presentado y sentido. Para ello puede ser importante una interconsulta con el profesional sanitario que permita contrastar opiniones al respecto de la situación.

Hay que recoger los antecedentes sanitarios, recoger las enfermedades pasadas y presentes, además del tratamiento pautado, y contrastar esa información con los datos de la historia clínica y la información e informes que nos trae la persona afectada.

También se han de recoger los antecedentes sanitarios de su familia de origen y de su familia actual.

Es importante conocer las enfermedades más importantes en la familia, ya que el factor biológico está presente y, por otra parte, saber las dificultades que puede tener la persona afectada si hay otra persona enferma en su casa.

Ejemplo

En un paciente con problemas de salud mental, por ejemplo una esquizofrenia, es muy importante conocer sus antecedentes familiares, tío paterno o materno, madre, padre, algún otro hermano. Ya sabemos que la esquizofrenia es una enfermedad con un componente orgánico importante. Al mismo tiempo, también debemos saber si su pareja o hijos sufren alguna enfermedad, ya sea psíquica o física, que les pueda general pérdida de autonomía.

Se deben recoger los siguientes datos:

- Datos de la personalidad de la persona afectada:
 - Expresividad emocional.
 - Sociabilidad.
 - Rasgos obsesivos, etc.
 - Inquietud, temblor, rigidez.
 - Confianza en sí mismo.
 - Impulsividad.
 - Autonomía.
 - Altruismo.
 - Capacidad de juicio.
- Apariencia y conducta:
 - Contacto, colaboración.
 - Aspecto físico, higiene, ropa.
 - Cómo camina, se mueve, temblores, etc.
- Lenguaje:
 - Discurso muy rápido, lento, no habla.

Reflexión

No siempre el motivo de consulta coincidirá. En ocasiones, el motivo por el que se solicita nuestra intervención será diferente en función de cada profesional, quien puede tener un objetivo concreto con respecto a nuestra intervención y una visión determinada del problema de la persona afectada. Y, por otro lado, cómo ve la propia persona su problema o situación. Ambos motivos son importantes y los tendremos presentes.

- Pensamientos:
 - Sus ideas, si son repetidas, pobres, coherentes, obsesivas.

- Percepción:
 - Alucinaciones, ilusiones, despersonalización.
 - Afectividad.
 - Estado de ánimo.
 - Ansiedad.
 - Apetito.
 - Sueño.
 - Energía e interés por las cosas.
 - Ideas autolíticas, ideas suicidas.

- Estado cognitivo:
 - Memoria, atención y concentración y orientación en tiempo y espacio.

- Conciencia que tiene de la enfermedad.

- Valoración sobre la información que posee del funcionamiento de los servicios y sistemas públicos.

- Valoración de habilidades sociales.

- Valoración del grado de autonomía (limitaciones físicas y psíquicas para la realización de las AVD).

- Estudio de la unidad de convivencia.

- Genograma.

- Estudio de las relaciones convivenciales (pareja, mayores, menores).

- Estudio de los recursos económicos de la unidad familiar.

- Trabajo y ocupación.

- Educación y formación.

- Estudio de la situación de la vivienda.

- Nivel de participación social.

- Valoración del grado de aceptación social.

- Aceptación de la enfermedad de la persona afectada y de la unidad familiar (cuidadora).

- Adhesión al tratamiento.
- Afectación de la enfermedad en el estilo de vida.
- Valoración del consumo de tóxicos.
- Registro de los problemas sentidos por la persona afectada.
- Registro del grado de minusvalía.
- Registro de valoración de la dependencia.
- Registro de incapacidad laboral y grado.
- Registro de incapacidad judicial.
- Registro de voluntades anticipadas.
- Registro de problemas relacionados con la justicia.
- Registro de acontecimientos vitales estresantes.

Si la entrevista la realizamos en el domicilio, tendremos que incidir en los siguientes puntos:

- Análisis de la situación de dependencia físico-mental y social de la persona afectada.
- Análisis y estudio de las relaciones en su entorno familiar y social.
- Estudio del grado de autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria.
- Estudio de la situación de convivencia.
- Características del medio familiar.
- Rol de la persona afectada en el medio familiar.
- Estudio de las relaciones de la persona afectada con la familia y cuidadores (tipo, frecuencia, grado de satisfacción).
- Registro de la existencia de cuidador o cuidadores.
- Valoración y estudio de las características de la vivienda (barreras arquitectónicas, condiciones de habitabilidad, tenencia).
- Valoración del grado de angustia y estrés de los cuidadores.
- Elaboración de diagnóstico social.
- Elaboración de un plan de intervención social.
- Pautar visitas domiciliarias de seguimiento con el equipo sanitario y cuidadores.
- Pautar visitas a domicilio con instituciones de carácter social y tercer sector.
- Atención social a los problemas detectados.
- Fomentar la autoestima de la persona afectada y cuidadores.

- Ayuda para la aceptación de sus limitaciones.
- Apoyo emocional.
- Facilitar la comunicación entre la persona afectada y el medio familiar.
- Favorecer la colaboración de la familia, los vecinos y amigos.
- Movilización de recursos sociales y sanitarios a domicilio.
- Coordinación con los servicios sociales.
- Coordinación con los diferentes dispositivos sanitarios tanto de primaria como especializada y sociosanitarios.

Hemos estudiado las funciones y actividades del trabajador social sanitario en salud mental, sabemos cómo realizar una entrevista social en salud mental y la manera de registrarla. Pongámoslo en práctica.

Caso práctico A

Mujer de 52 años, alcohólica, vive con su pareja de 55 años en una pequeña aldea de unos sesenta habitantes. La relación de convivencia es insoportable, fallecimiento de su única hija a los 17 años. La derivación la realiza la trabajadora social de los servicios sociales de la comarca en la que vive y el motivo es la salida de la paciente del núcleo rural en el que vive con su pareja; ella tiene que salir de la casa, es de él. Demanda iniciar un estudio y tratamiento social para la deshabitación del alcohol de la paciente.

Derivación de: trabajadora social de los servicios sociales comunitarios.

Demanda: tratamiento de deshabitación de alcohol.

Tras la información que hasta ahora tenemos de cuáles son los datos importantes para registrar, elaboraríamos un estudio de los hábitos de alcohol en la familia de origen de la paciente, padre alcohólico y un hermano alcohólico. Su pareja no consume alcohol, pero hay una relación de pareja basada en dominio-sumisión, poder-control, por parte de este, es decir, hay una relación violenta entre ambos. Si lo consideramos preciso preguntaremos, con mucho tacto, sobre el fallecimiento de su hija. Por ahora disponemos de datos como son el alcoholismo de la paciente y sus familiares, la relación violenta con su pareja y el fallecimiento de forma traumática de su hija.

Planificación terapéutica I:

- Establecer el enlace terapéutico con Maribel.
- Psicobiografía.
- Historia psicosocial con el alcohol. Antecedentes de alcohol en la familia.
- Estudio de la relación de pareja.
- Búsqueda de vivienda protegida.
- Estudio de la situación laboral y económica.

Sabemos que la entrevista es complicada, no conocemos el estado de deterioro psicológico de la paciente.

En la primera entrevista con la paciente, esta se muestra expectante, a la defensiva, muy crítica con nuestra posible intervención, por lo que seremos amables y le ofreceremos ayuda para iniciar el apoyo psicosocial en la deshabitación de alcohol y le propondremos coordinarnos y apoyarla en la búsqueda de vivienda. Iniciamos la relación **terapeuta-paciente**, hay que trabajar constantemente ese vínculo. Le dejaremos contar, sin objetivo terapéutico, solo para afianzar la relación de confianza.

En la segunda entrevista, está más tranquila, hacemos su **psicobiografía**, los recuerdos que tenga desde su niñez, la relación con sus hermanos, amigas, parejas, hija y cómo el alcohol ha interferido y formado parte de su vida. Ella comenta durante la entrevista que su padre y su hermano son alcohólicos, ella ha convivido siempre con el alcohol; con su primera pareja, su marido, tenía un bar, ya entonces bebía, no como ahora; se separó de su marido y se fue a vivir con su actual pareja, lo conoció en el bar donde ella trabajaba, se fue con él y se llevó a su hija. Habla muy mal de su

pareja, le planteamos qué es lo que más le preocupa ahora, insiste en la relación con su pareja, es violenta en su expresividad hacia él, dice que le da asco.

En sucesivas entrevistas seguimos estableciendo con ella la relación de confianza, habla de la cantidad de alcohol y el tipo de alcohol que toma a diario, en una de las entrevistas ha bebido; cuenta que su hija no murió en accidente de tráfico como ella comentó, sino que se suicidó, se ahorcó en la casa en la que vive con su actual pareja, llora la muerte de su hija, ya hace cinco años; no soporta el dolor, nadie puede nombrar a su hija.

Añadiremos otros dos ítems más en nuestra **planificación terapéutica**:

- Apoyo en la resolución de duelo por el suicidio de su hija.
- Coordinación con psiquiatra.

Ella tiene una invalidez para trabajar por la Seguridad Social, es una invalidez total para su profesión habitual, es muy poco dinero el que tiene, dice que no puede vivir con esa cantidad, 400 euros. Desde los servicios sociales comunitarios se ayuda a encontrarle una vivienda en alquiler, es muy cómoda y económica; tan solo tienen que dejar que su propietaria pueda entrar durante un día o unas horas, cuando tenga que hacer algún recado en la ciudad; ella acepta y sale de la vivienda de su pareja; pasa el tiempo, pero ella, aunque más tranquila, no está mejor, no deja de tomar alcohol.

Intentamos en las siguientes entrevistas seguir escuchando, **escucha terapéutica**, e insistimos en el apoyo para el tratamiento de la deshabitación de alcohol, le proponemos junto con el psiquiatra el ingreso para comenzar un tratamiento. Acepta, después de unos meses.

Llega al hospital de referencia, se niega a ingresar cuando ve la planta de corta estancia, no acepta el ingreso, nos acusa (¡cómo hemos podido hacerle esto!). Le insistimos, tanto el psiquiatra como yo, que es el lugar del que disponemos para llevar a cabo la desintoxicación. Ella asiente y pide que nunca más le enviemos a ese lugar.

La paciente se sitúa en la comprensión rápida de la situación para no perder el **vínculo paciente-terapeuta** que tiene con nosotros, viene a consulta todas las semanas, es el único espacio del que dispone para hablar de su vida, el problema con su pareja, el alcohol, el fallecimiento de su hija.

Durante un año, permanece en el domicilio que le han alquilado, pero se enfada con las dueñas y la echan del piso; vuelve con su pareja, desde entonces el asunto ha empeorado, ya que existe una relación patológica de dependencia con este hombre y al mismo tiempo de maltrato. Ella sigue bebiendo.

Planificación terapéutica II:

- Apoyo psicosocial, emocional, escucha empática.
- Nuevo domicilio protegido.
- Trabajo o actividad para relacionarse.

Tras varias entrevistas con la paciente, esta sigue bebiendo. Trabajamos la importancia de que viva sola y tranquila si es que quiere poder abandonar el consumo del alcohol de forma ambulatoria. La relación con su pareja es muy violenta, con trato vejatorio, humillante, ella sufre. Él, militar retirado, viene a vernos y nos dice que Maribel está muy enferma y que la saquemos de su casa.

Le proponemos a la paciente solicitar una vivienda protegida por ser mujer víctima de violencia de género, por medio del Instituto de la Mujer. Le explico que para ello no es preciso poner denuncia a su pareja; ella no le quiere denunciar, acepta el acuerdo, pero pone límites en el tiempo, dice que no sabe qué hacer con sus muebles, ropas, etc., se evidencia la dependencia, **personalidad dependiente**.

Tampoco acude a ninguna actividad de las que se le ha informado y orientado; aislamiento social, no quiere relacionarse.

Por ahora seguimos manteniendo una relación terapéutica con la paciente, todavía no se ha alcanzado ningún objetivo terapéutico con ella, solo establecer relación terapéutica; por ahora tendremos que seguir así.

Son muchos los casos y situaciones con personas afectadas con las que conseguir un objetivo marcado es muy costoso en el tiempo, en ocasiones se consigue uno y más tarde se da marcha atrás, pero los equipos de trabajo social sanitario somos un recurso

más por la atención que podemos ofrecer a las personas afectadas que atendemos. Así es en este caso, apoyo emocional, escucha terapéutica, información y orientación de recursos, confrontación o en ocasiones apoyo o acompañamiento en su proyecto de vida, toma de decisiones.

Esta es una diferencia importante que nos sitúa en otra perspectiva respecto a los equipos de trabajo social de los recursos comunitarios, por nuestra parte no manejamos directamente los recursos sociales, sabemos con qué recursos contamos, conocemos su utilidad, cómo gestionarlos, pero el recurso social principal en salud mental somos los equipos de trabajo social sanitario.

11. Modelos aplicados al tratamiento social en la salud mental. El método básico en el trabajo social sanitario de caso, el *casework*

Partimos de una importante cantidad de información procedente de las respuestas a las entrevistas que hemos mantenido con la persona afectada, familiares y entorno. Es posible que incluso hayamos realizado una visita al domicilio, ahora debemos garantizar que esa información que tenemos es veraz para comenzar a elaborar el **diagnóstico social sanitario**.

Antes de la elaboración del diagnóstico tendremos que entender que cada persona presentará unas vivencias y una forma de sentir su enfermedad, y como ella, también su familia y entorno. El diagnóstico, y por lo tanto el plan de intervención que marquemos con la persona afectada, estará cargado de la particularidad de ella y de cada profesional. Intentaremos que cada intervención que marquemos y cada entrevista que hagamos no esté cargada de nuestras subjetividades y prejuicios.

¿Qué hacemos ahora con toda esta información? Primero debemos conocer cuál es el diagnóstico médico y su pronóstico, y con esta información estudiaremos y analizaremos cómo interfiere y afecta en el estilo de vida de la persona, en sus relaciones sociales, en su trabajo, con su pareja, es decir, en la vida.

Estudiaremos cómo le afecta la enfermedad, pero también cómo se siente, qué piensa, cuáles son sus miedos ante la enfermedad y cómo se sitúa con sus valores y creencias ante el hecho de enfermar, tanto él como su entorno. Hemos de pensar en la unicidad de la persona, teniendo en cuenta lo biológico, lo psicológico, lo social, pero no tenemos que olvidarnos de la espiritualidad. La manera de sentir y vivir el proceso de salud y enfermedad de cada persona va en función de sus creencias, valores, modos de pensar, de sentir y de afrontar en definitiva los acontecimientos vitales que se vayan desarrollando a lo largo de su vida.

Hemos hablado del estudio de la situación, la elaboración del diagnóstico social e incluso de la planificación de nuestra intervención, vamos construyendo el **método básico en trabajo social sanitario individual, el *casework***.

La interpretación que el trabajador social sanitario hace tras el estudio y el análisis de los datos obtenidos en las entrevistas y visitas es lo que llamamos **diagnóstico social**.

El diagnóstico social sanitario ha de ser firme, conciso y no dar lugar a otras interpretaciones. Deberemos poder justificar y defender el juicio emitido en cualquier momento, pero teniendo presente el concepto tiempo: cada acontecimiento vital y problema dependerá del momento en el tiempo en el que se desarrollen los hechos, esto es **temporalizar**. En el estudio, el diagnóstico y la planificación de nuestras intervenciones tendremos que marcar los diferentes objetivos en el tiempo. Deberemos contar con la **red de apoyo social, formal e informal**, con la que cuenta la persona afectada y la capacidad de respuesta del entorno para de esta manera pactar los objetivos y establecer el plan terapéutico. Los objetivos terapéuticos en el tiempo los marcaremos a corto, medio y largo plazo.

Reflexión

Tendremos en cuenta el medio en el que se encuentre el paciente. No es lo mismo atender a un paciente que vive en una ciudad grande donde haya servicios que den respuesta a las necesidades detectadas y planteadas por el individuo, que un caso que se desarrolle en el medio rural, donde con casi toda probabilidad, dependiendo de la distancia en kilómetros a que se encuentre del centro urbano y los medios para desplazarse, no dispondremos de recursos para resolver y orientar la situación en la misma medida.

Caso práctico B

Rachid, joven de 24 años, inmigrante, su país de origen es Marruecos; hace unos tres años vino a España, vive con su hermano, su cuñada y dos hijos de estos; no tiene pareja, su proyecto vital se centra en trabajar y mandar dinero a sus padres; trabaja en la construcción, ahora está de baja laboral, pero dentro de un mes se acaba su contrato de trabajo.

Hace unos meses comenzó a sentirse mal, oye ruidos, voces, no puede dormir, tiembla constantemente, no tiene hambre, come para sobrevivir, y porque le insiste su familia, fuma constantemente, se siente enfermo.

Su médica de familia lo ha derivado a su psiquiatra de referencia, quien tiene consulta dos días por semana en el centro de salud. Vive en un pueblo de unos 450 habitantes, el núcleo urbano más próximo dista cuarenta kilómetros del lugar donde reside. Apenas sale de casa, a veces pasea por el pueblo él solo, no habla con nadie.

Desarrollaremos las diferentes fases del método básico en el supuesto práctico:

- Abordaremos el estudio social para la identificación de los problemas y posterior emisión del diagnóstico social.
- Profesional que nos plantea la demanda: su médico de familia.
- Demanda que nos plantea: información y apoyo en el plano laboral.
- Citamos en la consulta de centro de atención primaria al paciente, entrevista.

Comenzaremos la entrevista presentándonos, ya hemos estudiado que el trato debe ser amable, de respeto, intentaremos mostrar empatía en la medida de lo posible con el paciente.

Podemos iniciar la entrevista con unas preguntas sencillas, abiertas y que dispongan al paciente a contarnos.

A modo de ejemplo:

- ¿Cómo te sientes?
- ¿Qué tal van las cosas por casa?
- ¿Cómo estás de ánimo?

En este caso, el paciente apenas cuenta, su mirada es fija, sonríe, se muestra amable.

Rachid: Me siento mal, no duermo.

Trabajadora social sanitaria (TSS): ¿Ha sucedido algo últimamente que te preocupe?

Rachid: No.

TSS: ¿Por qué te sientes mal?

Rachid: No sé.

TSS: ¿Qué es lo que más te preocupa en este momento?

Rachid: Los ruidos.

Muestra dificultad en el idioma, está rígido, sigue con la mirada fija en la entrevistadora.

TSS: Me ha comentado tu médica que vives con tu hermano.

Rachid: Sí.
 TSS: ¿Qué tal la relación con tu hermano y su familia?
 Rachid: Bien.
 TSS: ¿Y el trabajo?
 Rachid: No trabajo, los ruidos...
 TSS: ¿Se lo has comentado al psiquiatra?
 Rachid: Sí.
 TSS: ¿Te ha dado medicación?
 Rachid: Sí.
 TSS: ¿Te la tomas?
 Rachid: Sí.
 TSS: ¿Cómo te sienta?
 Rachid: Siguen los ruidos, más por la noche.
 TSS: ¿Tu hermano o tu cuñada hablan español?
 Rachid: Sí.
 TSS: ¿Te importaría que hable con ellos?
 Rachid: Claro que no.

Nos despedimos del paciente, le doy una nueva cita, pero antes compruebo su dirección y teléfono y le pido los teléfonos de sus familiares. Le comento que llamaré a su hermano para entrevistarle, le comento la importancia de que conozcamos la opinión de la familia. El paciente acepta.

¿Qué podemos valorar en la primera entrevista? Con los datos que tenemos, ¿qué pensamos de la situación?

- Identificación de problemas:
 - Paciente que sufre patología psicótica, con importante sufrimiento.
 - Dificultad en la comunicación por desconocimiento del idioma.
 - Escasa red de apoyo formal.
 - Paciente en riesgo de exclusión social.

Por ahora tenemos una primera impresión diagnóstica, conocemos la estigmatización de la enfermedad y cómo al paciente le está limitando en sus capacidades intelectuales y en sus habilidades sociales, además es una persona inmigrante con dificultad en el idioma, también sabemos que él se siente mal. Necesitamos más datos. A la demanda que nos han hecho, por ahora, no le podemos dar otra respuesta. Comenzaremos a planificar nuestra actuación con respecto al diagnóstico. Por ahora, entrevista con su familia y coordinación con su psiquiatra.

Segunda entrevista con Rachid:

En esta ocasión está acompañado de su hermano, quien habla español perfectamente. Saludo primero al paciente y después me presento a su hermano.

Comenzamos la entrevista:

TSS: ¿Qué tal van las cosas por casa?

Hermano: Las cosas van mal, Rachid no duerme por las noches, apenas habla, solo fuma, no hace nada ni en casa, ni fuera de casa, a veces sale a dar una vuelta por el pueblo, pero viene enseguida a casa.

TSS: ¿Y cómo están los ánimos de toda la familia en casa con este problema?

Hermano: Bastante intranquilos, mi mujer trabaja fuera de casa, cuida a un anciano en el pueblo y cuando vuelve a casa está todo por hacer y Rachid, fumando.

TSS: ¿Qué saben de la enfermedad de Rachid? ¿Han hablado con su psiquiatra? ¿En Marruecos ya estaba enfermo? y ¿alguien de la familia que esté enfermo como Rachid?

Hermano: Sí. He hablado con el psiquiatra, en Marruecos mi hermano estaba bien, era un chico normal, en mi familia no hay nadie enfermo.

TSS: ¿Cuál era su profesión? ¿A qué se dedicaba?

Hermano: Pintaba tablas doradas, escritos del Corán.

TSS: ¡Era artista! ¿Aquí a qué se dedica, cómo es su situación laboral?

Hermano: Vino hace unos tres años, yo le conseguí trabajo en la construcción, está trabajando conmigo. Él estaba bien antes, es ahora, todo va mal.

TSS: ¿Y su situación laboral?

Hermano: Dentro de un mes se acaba el contrato, ahora está de baja laboral, creo que no va a poder trabajar nunca.

TSS: La enfermedad de Rachid está en un momento de fase aguda, será bueno que hablemos con el psiquiatra.

Hermano: Bien, correcto, pero ¿qué va a pasar con Rachid?

TSS: A veces, la enfermedad nos limita y condiciona en la vida para trabajar, relacionarnos, es bueno que Rachid se relacione y esté cerca de terapeutas que le acompañen en su proceso de la enfermedad, no solo es la medicación la que va a ayudarle, el tratamiento tiene que completarse con la realización de alguna actividad.

Hermano: Pero en el pueblo no hay nada.

TSS: Sería bueno que Rachid acudiera a clases de aprendizaje de idioma, de español, ¿qué te parece Rachid?

Rachid: Bien, iré a clase.

La entrevista con su hermano nos confirma el grado de malestar del paciente y de la familia, y la ausencia de apoyo formal, a excepción de la que se le está dando desde el centro de salud.

Planificación terapéutica a corto y medio plazo I:

Coordinación con su psiquiatra:

- Estudio de la **situación laboral**, valorar la posibilidad de que pueda volver a trabajar, averiguación del tiempo trabajado.
- Estudio de la situación administrativa, permiso de residencia y de trabajo.
- Valorar la petición de centro de día psiquiátrico.

Tras coordinación con el psiquiatra, este nos comenta que ya en Marruecos estuvo enfermo, su cuñada le llevó un informe, aunque su hermano no acepta que Rachid esté enfermo. Sabemos que los síntomas de las diferentes enfermedades tienen diferente significado según la cultura de donde provengan. En Marruecos, el concepto de lo mágico es algo muy habitual. La familia y el hermano de Rachid piensan que este pasa por un estado mágico o de encantamiento y que es pasajero.

Durante la conversación con el psiquiatra comentamos que por ahora, y durante un largo periodo de tiempo, es bueno que el paciente siga con el tratamiento y acuda al centro de día como le planteo. Mientras, la familia solicita el informe de la vida laboral. Nueva cita. Como no acuden a dos citas, los llamo para acordar una visita a domicilio.

Tercera entrevista con el paciente y su cuñada:

TSS: Hola, Rachid ¿Cómo estás hoy? Tenéis una casa muy acogedora.

Rachid: No estoy bien. Estoy aprendiendo español.

TSS: ¡Qué bien! Yo también tengo noticias al respecto del transporte para que acudas al centro de día. Hay una plaza en el transporte colectivo de la comarca y podrás acudir diariamente para continuar con el tratamiento.

Rachid: Es muy pronto, no quiero salir.

Cuñada: Es necesario para todos que salgas de casa, que hagas alguna actividad, te irá bien, hemos comprobado su tiempo trabajado en España, son dos años y medio, el contrato se acabó ayer. ¿Y ahora? ¿Cómo comerá Rachid, si no tiene dinero?

TSS: Si Rachid inicia el tratamiento rehabilitador seguirá estando de baja laboral, además, tiene derecho a percibir prestación por desempleo; después, si continúa la baja él seguirá percibiendo su prestación económica. No tiene el tiempo suficiente trabajado como para poder solicitar una incapacidad laboral, por lo que, si están de acuer-

do, pediremos un informe a su psiquiatra y así poder solicitar el reconocimiento de minusvalía.

Rachid: Bien, lo que tú digas.

Cuñada: Bien, así lo haremos.

Por ahora se van cumpliendo los objetivos terapéuticos, el paciente acepta acudir a rehabilitación. Hay que tener en cuenta que la distancia es de unos cuarenta kilómetros, pero por ahora acepta.

El domicilio estaba cuidado, con decoración típica árabe, reúne condiciones de habitabilidad.

Sigue de baja laboral.

Planificación terapéutica, a medio y largo plazo II:

- Solicitud de centro de día psiquiátrico para favorecer la reinserción social.
- Elaboración del informe social para la solicitud de centro de día.
- Reconocimiento de minusvalía.
- Coordinación con el centro de día para informar y establecer pautas de intervención con el paciente.
- Seguimiento individual del caso, para apoyo emocional, orientación, información, apoyo en la resolución de conflictos.
- Reforzar el apoyo familiar, para evitar la claudicación familiar.

Diagnóstico social sanitario: «Paciente con importante pérdida de autonomía por déficit psíquico. Colaborador con el tratamiento. Adecuado soporte familiar. Paciente en riesgo de exclusión social por aislamiento social y dificultad con el idioma. Actuamos en las esferas de apoyo social, emocional y reconocimiento de déficits».

Tratamiento social sanitario: Con el tratamiento social, buscaremos disminuir las situaciones de desventaja o discapacidad detectadas, proporcionando los soportes y el apoyo social necesarios para mejorar su adaptación social y favorecer su reinserción en la comunidad. Así, gestionamos el apoyo social.

Apoyo social es la intervención que consiste en animar a las personas o grupos a vencer las dificultades, a mantener el equilibrio personal o familiar. Puede ser de varios tipos:

- Apoyo emocional. Mediante la escucha, empatía y disponibilidad intentaremos clarificar situaciones con el paciente en relación con él mismo, sus sentimientos y emociones y con el medio en el que vive.
- Apoyo instrumental. Ayudas en bienes y servicios.
- Apoyo informativo. Consiste en proporcionar información útil para mejorar la afrontación de los problemas que surjan durante el proceso de enfermedad.
- Apoyo evaluativo. Hacer repaso con el paciente de los cambios que se van produciendo en su proceso vital.

El apoyo puede realizarse mediante intervenciones directas, como:

- Clarificar.
- Informar.
- Persuadir.
- Poner límites.
- Creación de nuevas oportunidades.
- Estructuración de objetivos y tareas con el paciente, organizadas en el tiempo.

Seguimiento: Intentaremos asegurar la continuidad asistencial desde los servicios sanitarios y de los que utilice el paciente para cumplir los objetivos marcados en el plan terapéutico.

Evaluación: La reformulación diagnóstica y del plan de intervención se hará en cada fase cronológica sobre los objetivos marcados, revisando la documentación, el sistema de registro y aplicando los criterios de calidad del servicio.

Hemos visto las diferentes fases del método básico:

- Identificación de los problemas.
- Estudio social sanitario.
- Diagnóstico social sanitario.
- Planificación terapéutica.
- Tratamiento social.
- Seguimiento.
- Evaluación.

Podemos apoyar nuestro trabajo con diferentes **instrumentos y escalas**, que pueden utilizarse de modo transversal en todas sus fases:

- Historia de trabajo social sanitario.
- Escalas como GHQ, SPQ, Gijón, Lawtn y Brody, Zarit, Delta, Barber, Barthel, DAS.
- Solicitud de colaboración.
- Informes de trabajo social sanitario.
- Informe de coordinación y continuidad asistencial.
- Coordinación intersectorial entre los servicios sanitarios y sociales.

12. Los recursos de trabajo social sanitario en salud mental y su aplicación. Intervenciones psicológicas en el trabajo social sanitario en salud mental

Principalmente se pueden diferenciar dos tipos de intervenciones psicológicas: las individuales, con terapeuta y persona afectada; y las grupales, con terapeuta y varias personas afectadas. También se pueden distinguir por las técnicas u objetivos que se proponen. Los tratamientos psicosociales pueden ser dirigidos por diferentes profesionales de las ciencias de la salud, que pueden ser psiquiatras, psicólogos y por supuesto trabajadores sociales sanitarios formados para aplicar este tipo de tratamientos.

Es importante incidir en que estas técnicas psicosociales son complementarias a cualquier otra, incluida la terapia farmacológica. Es decir, forman parte del tratamiento integral y además su indicación debe individualizarse en cada caso y en cada momento evolutivo de la enfermedad.

Las terapias de rehabilitación psicosocial pretenden facilitar la reincorporación de cada paciente a su forma de vida, o ayudarle en la adaptación a su nueva situación en relación con el momento en que se halla en su proyecto vital. Pueden variar desde intervenciones no estructuradas, donde se reúna un grupo de personas afectadas para mejorar su grado de socialización, hasta técnicas protocolizadas en las que se trabajen aspectos concretos u objetivos terapéuticos que nos marcaremos.

Entre las modalidades de tratamientos psicosociales diferenciaremos los siguientes:

a) La **psicoeducación**. Consiste en una serie de principios como el de proporcionar la información estructurada y actualizada sobre la enfermedad, el asesoramiento y la mejora en la resolución de problemas, la mejoría en la comunicación familiar, la intervención sobre el cumplimiento terapéutico y los consejos sobre cómo convivir con la enfermedad y sus síntomas, tanto para las personas afectadas como para sus familiares. A continuación mencionaré alguna estrategia psicológica. Para afrontar alguna situación crítica o de tensión se les puede recomendar que practiquen su *hobby* favorito, que salgan a pasear o hablar con amigos, leer, utilizar alguna técnica de relajación, escuchar música, ver una película, etc.

b) La **terapia familiar**. Puede ayudar a reducir la llamada emoción expresada, comentarios críticos sobre involucración, hostilidad, ira, culpa, etc. y mejorar el funcionamiento social y familiar de la persona afectada. Propulsores de esta técnica, como el doctor Julian Leff, indican las bajas tasas de ingresos de las personas afectadas que viven en ambientes con baja intensidad de emoción

expresada. Los dos abordajes citados se han demostrado eficaces para disminuir el número de recaídas y por lo tanto de reingreso. También son válidos para disminuir el grado de emoción expresada y útiles para crear una alianza terapéutica entre persona afectada, familia y equipo asistencial.

c) El **entrenamiento en habilidades sociales**. Es básico. En enfermedades como la esquizofrenia, que suele iniciarse al final de la adolescencia o al inicio de la vida adulta, se produce una repercusión en todas las esferas de la vida en un momento clave de aprendizaje y asentamiento de los vínculos afectivos y profesionales. Parte del trabajo de la psicoterapia se debe centrar en entrenar las habilidades sociales interpersonales. Entre ellas destacan tres aspectos fundamentales:

- Habilidades en las actividades de la vida diaria, para ganar la máxima autonomía personal en las tareas básicas de la vida, como el manejo del tiempo libre, buscar trabajo, manejar el dinero, el aspecto personal, el aseo y la higiene, etc.
- Habilidades sociales y resolución de problemas, para mejorar el grado de interacción social, centrándose, entre otras, en la expresión y comprensión adecuada de las emociones, la mejora de la empatía, aprender a mirar a los ojos cuando se habla con alguien o a modular la gesticulación y la expresión facial.
- Percepción social, que recoge el interesante concepto de la teoría de la mente, propugnado por el doctor Frith, quien incide en el «reconocimiento del contenido emocional y afectivo en las relaciones interpersonales», en cierto modo de las intenciones de los otros, de lo que sentimos más allá de lo que se nos dice con las palabras.

El entrenamiento en habilidades sociales se ha mostrado eficaz en la resolución de síntomas negativos y en la mejora del funcionamiento psicosocial. Igual que en la calidad de vida, hay dudas acerca de su duración en el tiempo una vez cesadas las terapias.

d) La **rehabilitación vocacional**. Consiste en ayudar a interpretar y dirigir, si es preciso, la actividad laboral de la persona afectada. Se basa en la planificación optimizada de las actividades diarias personales y los proyectos vitales de acuerdo con las posibilidades reales de cada cual. Es intentar lograr un trabajo o una ocupación dentro de la red normalizada, es decir, no un trabajo protegido, sino con una dinámica laboral dentro del mercado de trabajo ordinario. Para esta técnica hay que saber de los gustos de la persona afectada, valorar los efectos negativos de la enfermedad y realizar un seguimiento terapéutico muy de cerca.

e) **La terapia cognitivo-conductual.** Centra su enfoque en la experiencia subjetiva de la persona afectada y en cómo intentar modificar sus creencias sobre la naturaleza de sus experiencias. Se identifican los problemas concretos y se plantean técnicas para afrontarlos y mejorar su comprensión. Se trabaja también la afectividad, la baja autoestima y la discapacidad social.

f) **La rehabilitación cognitiva o neuropsicología.** Es una técnica novedosa propugnada por el equipo del doctor Brenner, queda por determinar con estudios su eficacia. Se ha descubierto cómo alguno de los déficits cognitivos están relacionados con los periodos de psicosis o de distorsión de la realidad, mientras que otros no se relacionan con estos episodios y son permanentes en el individuo. Consiste en una terapia individualizada que se focaliza en las alteraciones cognitivas fundamentales. La base de esta técnica son programas ejercidos para mejorar las llamadas funciones ejecutivas, como alteraciones en la atención, capacidad de abstracción, la memoria, etc., y programas con ejercicios encaminados a la identificación y a la mejora de estas alteraciones.

Hay un amplio abanico de teorías y modelos de tratamiento en el trabajo social, y hay muchas superposiciones entre ellos, de hecho en la práctica no existen grandes diferencias entre unos y otros, pero sí en la teoría. Los modelos que aplicaremos estarán en función de la forma de trabajo y el punto de vista del profesional.

Lo importante no es el modelo de intervención que sigamos, lo realmente importante es efectuar un gran proceso de estudio y análisis de los casos.

Los diferentes modelos aplicados al trabajo social sanitario:

- Modelo de terapia familiar.
- Modelo de intervención en crisis.
- Modelo de planificación a corto plazo.
- Modelo de tareas orientadas al tratamiento.

Charlotte Towle, en 1969, definió cuatro modelos de trabajo social de caso:

- Modelo funcional.
- Modelo *problem-solving*.
- Modelo de modificación de conducta.
- Modelo psicosocial.

Hay otros modelos, como el sistémico, el de redes, centrado en la tarea, etc., pero lo común de todos ellos es el análisis pormenorizado de los casos y de los problemas.

Marco amplio para el desempeño

Limitarnos a un modelo o una técnica acotaría mucho nuestra intervención y por lo tanto nuestra eficacia profesional, considerarlas todas conforma un marco más amplio para desarrollar nuestro empeño profesional.

13. Aspectos jurídicos y legales en la enfermedad mental

Todas las personas tenemos derecho de ejercer nuestra libertad y por lo tanto somos libres de decidir si queremos ser tratados o no y de elegir el tipo de tratamiento en nuestro proceso de enfermedad. Pero existen situaciones, así lo recoge la ley, y algunos supuestos legales en los que se puede coartar ese derecho constitucional, cuando existe riesgo para la salud y la vida de la persona y de terceros, ya sea por salud física, por riesgo para la salud pública o por enfermedad psíquica.

El Consejo de Europa, en su *Libro blanco*, propone una serie de criterios de internamiento involuntario en los que dice que debe existir un trastorno mental grave y que este represente un serio peligro para la persona afectada u otras personas, sin que otras medidas menos traumáticas sean viables.

Desde su entrada en vigor en enero de 2001, este hecho está regulado en España por la Ley de enjuiciamiento civil, en el artículo 763. Siempre será preciso una autorización judicial previa para realizar un **internamiento involuntario**, salvo en los casos o situaciones de urgencia. En estas situaciones, siempre se debe dar cuenta al juzgado de guardia en las veinticuatro horas siguientes al ingreso. El juzgado ha de dar respuesta en el plazo máximo de setenta y dos horas después del internamiento. En este plazo de tiempo el juzgado, mediante el Ministerio Fiscal, podrá entrevistar al afectado y a cualquier otra persona que estime oportuno, así como asegurar el dictamen facultativo del psiquiatra responsable. Tras la ratificación del internamiento involuntario, los equipos de facultativos deberán informar periódicamente del estado de salud de la persona afectada y la necesidad de continuar con el ingreso, además de informar en el momento del alta hospitalaria.

Tras comprobar la necesidad de ingreso, por existir grave riesgo para su salud o de la de alguna otra persona, y la falta de colaboración de la persona afectada, se precisará un informe u orden médica y, ya que el ingreso sanitario es un acto médico, se solicitará una ambulancia para realizar el traslado, teniendo en cuenta que hay unidades especiales para realizar este tipo de ingresos, y si es preciso, se solicitará apoyo a las fuerzas de orden público y seguridad del estado, policía o guardia civil.

Si se considera que el estado de la persona afectada requiere valoración, pero no se trata de una urgencia y él no se muestra colaborador o se niega a acudir a la consulta, podemos preparar un informe y solicitar al juzgado correspondiente la orden de internamiento o autorización judicial.

Reflexión

Siempre intentaremos convencer y persuadir a la persona afectada para que acuda a urgencias de su centro de salud mental de referencia u hospital más cercano, ya que un ingreso de estas características es muy violento y traumático para la persona afectada.

Podemos elaborar un informe sociosanitario, en el que conste la necesidad de valoración de la persona afectada y remitirlo al juzgado, para lo que no es preciso un volante o un parte médico, pues como profesionales que somos podemos emitir estos informes, siempre bien documentados.

13.1. La incapacidad judicial

Ante determinadas situaciones y personas que no puedan gobernar su conducta hasta el punto de ponerse en peligro a sí mismos o sus bienes, se puede optar por solicitar una incapacidad judicial. Esta es **una medida de protección para la persona afectada** y no debe contemplarse como un castigo. Ha de haber una sentencia judicial al respecto, y nuestros informes son vinculantes para la petición de esta medida judicial. Se nombrará a un **tutor legal**, que puede ser un familiar o una persona jurídica, como puede ser la Administración o una fundación que contemple esta medida de protección, o incluso una asociación de afectados. Cada comunidad autónoma e incluso cada provincia tiene articulado el procedimiento y la organización o institución que desempeñará la función de tutoría.

Son el Código Civil, en sus artículos 199 y 200, y la Ley de enjuiciamiento civil, en los artículos 756 a 762, los que regulan este procedimiento.

Este es un procedimiento lento, pero en ocasiones necesario como medida de protección.

Existe la posibilidad de solicitar al sistema judicial una incapacidad judicial, con nombramiento de tutor legal, o una **curatela**, aunque esta representa una **incapacidad judicial parcial**, que habitualmente solo se solicitará cuando se tengan que proteger y administrar los bienes de la persona afectada, tanto bienes muebles como inmuebles, pensiones, pisos, tierras; en este caso, la figura de protección es la de **curador legal** y no el tutor.

La persona con responsabilidad de tutora legal deberá presentar anualmente al Ministerio Fiscal un balance de ingresos y gastos de los bienes y dinero de la persona afectada.

Hay otras medidas legales, en cuanto a la esterilización de mujeres, por ejemplo, en mujeres con discapacidad intelectual grave; también se puede solicitar una petición de ingreso en centros para personas mayores dependientes, por ejemplo en personas con demencia senil avanzada. Estas medidas suelen ser anteriores a la incapacidad judicial, además de ser procesos más rápidos en el tiempo.

En cuanto a la esterilización:

Recomendación

Se recomienda verificar siempre la legislación vigente debido a que el Código civil puede haber sido modificado.

«No será punible la esterilización de persona incapacitada que adolezca de grave deficiencia psíquica cuando aquella, tomándose como criterio rector el de mayor interés del incapaz haya sido autorizada por el juez, bien por el mismo procedimiento de incapacitación, bien en un expediente de jurisdicción voluntaria, tramitado con posterioridad al mismo, a petición del representante legal del incapaz, oído dictamen de dos especialistas, el Ministerio Fiscal y previa exploración del incapaz».

Artículo 156 del Código Civil.

Otras situaciones legales:

- El testamento. Regido por el artículo 45 del Código Civil, según el cual si una persona realiza un testamento sin comprender el alcance de sus actos, este no será válido.
- Igualmente, el matrimonio. El artículo 663 del Código Civil hace referencia a la nulidad: si la persona no es capaz de conocer el alcance de ese hecho, no será válido legalmente.
- Pueden surgir otros problemas que no se encuentran regulados legalmente, como la conducción de vehículos y maquinarias, o el permiso de armas. No existe jurisprudencia al respecto, pero pueden ser objeto de conflictos o peticiones judiciales mediante informes sociosanitarios.

Otro asunto legal, que sí está regulado y actualmente en proceso de cambio, es la **interrupción de embarazo**. Dentro de los supuestos legales, existe la posibilidad de la interrupción de embarazo cuando este pueda suponer un riesgo para la salud física o psíquica de la mujer. Al igual que en el resto de mujeres, la situación de afrontamiento de la maternidad debe incluir una comprensión clara de las responsabilidades y obligaciones que se contraen a la hora de tener un hijo y la previsión de cobertura de las necesidades que este precise. En mujeres enfermas, que sufren patologías psiquiátricas, deberíamos asegurarnos de que estas condiciones se cumplen mediante un estudio de su situación personal, afectiva y económica, saber con qué apoyos va a contar para el cuidado del menor y, por supuesto, si la mujer es consciente de lo que supone la maternidad y contar con su deseo o no de llevar a cabo tal propósito.

Por otro lado está el posible efecto secundario de los fármacos antipsicóticos durante el embarazo, efecto que todavía no está demostrado con estudios concluyentes que asocien la exposición del fármaco antipsicótico con defectos congénitos posteriores en el niño. Sin embargo, es conveniente recordar que la psicosis es una situación de riesgo para el feto, en el caso de que esta no esté controlada adecuadamente por un especialista y no se cuente con el apoyo adecuado de familiares u otro tipo de apoyos.

Reflexión

En cualquier caso, si una mujer nos solicita información al respecto de una interrupción de embarazo, ya que es su deseo interrumpirlo, nuestra obligación como trabajadoras sociales sanitarias es dar esa información solicitada de forma exhaustiva, proporcionarle los medios y el acompañamiento terapéutico que esté a nuestro alcance.

Caso práctico C

Carmen, mujer de 58 años, que acude a nuestra consulta acompañada de una amiga, solicita nuestra atención de forma urgente, está muy nerviosa, desesperada, cuenta; se trata de su hija de 25 años, ella cree que está embarazada, se ha enterado ya que desde hace unos dos meses no tiene la menstruación. Ellas son de Santo Domingo,

República Dominicana, hablan en español, hace unos diez años que viven en España; desde entonces, «la niña» no hace nada, está en casa, es su madre quien trabaja fuera de casa para mantener a la familia, trabaja en hostelería, dice: «es un trabajo duro y paso muchas horas fuera de casa». Se queja: «yo no puedo mantener a ese niño, ni tan siquiera sabemos quién es el padre, mi hija no está preparada para ser madre». Su amiga asiente.

Comprendemos su estado de intranquilidad y le proponemos pasar a la consulta y hablar con más calma de la situación.

Planificación terapéutica a corto plazo I:

- Estudio social del caso. Entrevista con la madre, su amiga y la paciente.
- Cita de la paciente con el equipo sanitario.
- Coordinación con enfermería para efectuar la prueba de embarazo.
- Información de la ley que contempla la interrupción voluntaria de embarazo y sus supuestos prácticos.

Hemos de ser rápidas en dar una solución al problema que presenta ya que, si el embarazo es positivo, será menos pernicioso para la salud física y psicológica una interrupción del embarazo lo más rápido posible.

Procedemos a la entrevista con la madre y su amiga, en ella hacemos la siguiente exploración:

- Valoración de las habilidades sociales de Carmen y su amiga.
- Valoración del grado de autonomía de ambas.
- Estudio de la unidad de convivencia.
- Realizaremos un genograma.
- Proyecto vital.
- Estudio de las relaciones convivenciales.
- Recursos económicos de la unidad familiar.
- Documentación legal, DNI o NIE, tarjeta sanitaria.
- Nivel de trabajo-ocupación, así como de la formación.
- Vivienda, habitabilidad, tenencia.
- Nivel de participación social de las dos.
- Nivel de conciencia de enfermedad, concepto de sexualidad.
- Afectación de la enfermedad a su estilo de vida.
- Consumo de tóxicos.
- Problemas sentidos por la paciente, la madre y la amiga.
- Preguntar sobre datos de minusvalía, etc.

Antes de comenzar la entrevista le informo sobre la legislación actual en torno a la interrupción de embarazo e intento tranquilizarla. Durante la entrevista va bajando el grado de estrés de Carmen.

En la entrevista observamos que tanto Carmen como su amiga se sitúan de la misma manera, ambas son de Santo Domingo, se conocen desde niñas. Comentan que Lola es muy niña, nunca ha madurado, no sabe hacer nada en casa, solo duerme, ve televisión y escucha música, sale poco a la calle y tienen miedo de que la engañen. Desde hace unas semanas su comportamiento ha cambiado, ya no se muestra dócil, está algo agresiva, nerviosa, sale fuera de casa durante horas, vuelve por la noche, ella nunca hizo eso, dice la madre. En Santo Domingo ella estaba mucho tiempo en la calle, allí las cosas son diferentes, dice, no temía por su seguridad.

Su amiga muestra gran preocupación ya que Lola no hace nada en todo el día. Pregunto sobre la actividad de la niña en Santo Domingo, ¿estudiaba?, ¿en qué curso abandonó los estudios? Lola no aprendió a leer ni a escribir, en el colegio le dijeron que no podría aprender. Es hija única, no tiene hermanos, nunca conoció a su padre. Comentan que Lola, desde hace ya un tiempo, se arregla mucho, se pinta y se pone tacones, es atractiva, dicen. No conocen que salga con chicos ni chicas de su edad. No participa en ningún grupo ni practica actividades, aunque últimamente la llaman por teléfono, ella dice que son amigas, pero no las conocen.

Les planteo que vengan hoy al centro de salud con Lola. Yo por mi parte hablaré con los sanitarios.

Vuelven a la consulta madre e hija. Lola está algo enfadada, no sabe por qué está en el centro.

Le comento que hay que hacer alguna prueba para conocer su estado de salud, ella contesta que se siente bien; insisto, siempre con trato amable, le comento la necesi-

dad de hacerle una prueba, no le hará daño, solo tiene que dar una muestra de orina, accede.

La prueba de orina es positiva, está embarazada. Le doy la noticia a Carmen y le explico el protocolo de actuación para la realización de una interrupción de embarazo.

Hablamos con la paciente, a ella no le importa estar embarazada, le da igual, no tiene una clara comprensión de lo que supone el embarazo ni de las obligaciones que tener un hijo le puede suponer. Habla de la relación con un chico, dice que la lleva a su casa, ella ríe, dice que quiere estar con él.

Es una persona mayor de edad, aunque durante la entrevista se observa claramente un retraso mental o déficit intelectual. No disponemos de ningún soporte legal o informe para incapacitarla legalmente, no conocemos la gravedad de su déficit. No obstante, este proceso sería muy largo en el tiempo y no disponemos de tanto tiempo.

Diagnóstico social sanitario: «Paciente con claro déficit intelectual, sin valoración médica, ni psicológica. Ausencia de responsabilidad ante futura maternidad. Ausencia de participación social. Se propone una valoración psiquiátrica para disponer de un diagnóstico clínico e iniciamos una intervención de caso para abordar las relaciones con los demás así como la cuestión de la continuidad de su embarazo».

Planificación terapéutica a corto plazo II:

- Entrevista con el psiquiatra de la unidad de salud mental.
- Petición de informe de especialista en el que se haga constancia del riesgo para su salud psíquica si prosigue con el embarazo.

Planificación terapéutica a medio-largo plazo III:

- Seguimiento sociosanitario de la paciente para la utilización de los métodos de planificación familiar más adecuados.
- Trabajar con la paciente las relaciones con los demás y el concepto de sexualidad.
- Valoración psicológica y psiquiátrica de su déficit intelectual.
- Reconocimiento legal de su discapacidad; minusvalía.
- Petición de centro de educación especial para discapacitados intelectuales.

Tras varias entrevistas con su médico, la enfermera, el psiquiatra y la trabajadora social sanitaria, Lola acepta la intervención para la interrupción de embarazo. Le explico la técnica para que no tenga miedo.

Más tarde se le da cita con el equipo de salud mental, para disponer de un diagnóstico claro y del informe para la solicitud de reconocimiento de discapacidad y petición de centro para discapacitados intelectuales.

14. Acontecimientos vitales estresantes

14.1. Estrategias de afrontamiento

Son muchos los problemas que vamos a atender en nuestras consultas y diferente el impacto que tendrán dependiendo de cada persona. Ya hemos estudiado que los acontecimientos vitales estresantes nos afectan en función de factores biológicos, es decir, predisposición genética, factores psicológicos, comportamiento, y que dependen de los sentimientos, pensamientos y emociones de la persona, teniendo presente los factores ambientales, lo social, las creencias, los valores, los apoyos, etc.

Ante un mismo factor potencialmente estresante las personas reaccionamos de maneras diferentes, aunque hay ciertas condiciones ambientales con capacidad de agotar la resistencia de cualquier organismo.

Cuando se da un acontecimiento vital estresante, la persona hace una valoración de este, primero analiza si el hecho es positivo o no y después valora las consecuencias inmediatas y futuras. Más tarde se hace una valoración secundaria en la que el objeto de análisis es la respuesta del organismo para afrontar el acontecimiento y es en esta valoración donde con toda probabilidad obtendremos la respuesta de estrés, que puede ser por malestar fisiológico, cognitivo, emocional y conductual.

Los acontecimientos vitales estresantes más habituales con los que acostumbramos a trabajar, y que pueden desencadenar problemas para nuestra salud mental, son los siguientes:

- Fallecimiento del cónyuge.
- Fallecimiento de un hijo.
- Enfermedad mental o enfermedad grave de un hijo.
- Enfermedad grave del cónyuge.
- Encarcelamiento.
- Alcoholismo.
- Acoso sexual.
- Ludopatías.
- Pérdida de trabajo, inexistencia de trabajo.
- Cambio de situación laboral y de trabajo. Peligrosidad laboral.
- Problemas relacionados con inmigración.
- Acoso laboral.
- Problemas económicos.
- Accidente laboral o de tráfico.
- Aparición de enfermedad incapacitante en la persona o en familiares.

- Cuidado de persona dependiente, con pérdida de autonomía.
- Claudicación familiar, por cuidado de enfermo mental.
- Embarazo no deseado.
- Ruptura sentimental.
- Malos tratos en la pareja, violencia de género.
- Dependencias a tóxicos.
- Abusos sexuales.
- Abusos económicos.

El impacto que tendrán estos acontecimientos estresantes en cada uno de nosotros estará en función de las habilidades que tengamos para afrontarlos, es decir, dependerá de las estrategias de afrontamiento.

El afrontamiento se refiere a la serie de pensamientos y acciones que cada persona tenga para manejar situaciones difíciles, con el objeto de reducir los daños colaterales en el individuo.

«El afrontamiento lo definiremos como aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo».

Lazarus y Folkman (1986).

Según los mismos investigadores, Lazarus y Folkman, se distinguen dos tipos generales de estrategias:

- Estrategias de resolución de problemas, dirigidas a manejar o alterar el problema que genera el malestar.
- Estrategias de regulación emocional, que son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema.

El manejo de una de las estrategias para la resolución de los problemas tiene repercusión en la otra, tanto de manera favorable como desfavorable.

Ante un problema como el de una colisión entre dos vehículos, uno puede salir del coche y gritar al otro conductor, dejando salir su ira; o, por el contrario, puede salir del vehículo, ver que ninguno de los dos se ha hecho daño y arreglar inmediatamente los papeles de los seguros.

Si gritamos al conductor del otro vehículo, no solo no cambiamos la situación, sino que, además, podemos empeorarla, pues, al enfadarse el otro conductor alimentamos nuestra ira y el estrés; de la otra forma, si nos damos cuenta de que no hay ninguna lesión física por parte de los dos conductores y arreglamos adecuadamente la documentación precisa, estamos solventando la situación, es decir, esta estrategia es eficaz para solucionar el problema y al mismo tiempo reduce la respuesta emocional.

En el manejo de una situación estresante cada persona tiene unas estrategias o habilidades para enfrentarse a la situación problemática; esto se denomina estilo de afrontamiento.

14.2. Los diferentes estilos de afrontamiento

Los diferentes estilos de afrontamiento son los siguientes:

- Hay personas evitadoras y personas confrontativas. El estilo evitador es más útil para sucesos amenazantes a corto plazo, pero bastante ineficaz para dar solución a problemas o conflictos continuados en el tiempo o situaciones vitales muy complejas.
- Catarsis. Expresar los sentimientos y estados emocionales intensos puede ser eficaz para afrontar situaciones difíciles. Comunicarnos y expresar nuestras preocupaciones reduce los daños, tanto en el estado fisiológico como en las ideaciones obsesivas. Solo el poner en palabras nuestros pensamientos hace que coloquemos las cosas de diferente manera y nos ayude a afrontarlas; la escucha terapéutica es una de las estrategias en el trabajo social sanitario.
- Uso de estrategias múltiples. Hay acontecimientos vitales que conllevan varios problemas y todos ellos de diferente naturaleza por lo que requieren varias estrategias de afrontamiento diferentes. Tener capacidad personal y habilidades adecuadas influirá en la resolución más o menos adecuada de los problemas. El trabajador social sanitario deberá capacitar al paciente o a la familia –es decir, enseñar, informar, apoyar y dirigir las diferentes estrategias– para manejar de la manera más apropiada los problemas derivados de los acontecimientos vitales, como, por ejemplo, ante la aparición de una enfermedad crónica.

Por otra parte, el patrón de **personalidad de cada paciente** es proclive a una buena o mala salud, ya sea la persona optimista, con gran capacidad de adaptación y sensación de control, o bien pesimista, con tendencia a la tristeza o con poco sentido del humor. Estas últimas tienen mayores factores de riesgo para la no resolución de los problemas.

Hay otros **factores externos**, no de capacidad personal, que influyen de manera determinante en la resolución de los problemas y que pueden afectar de forma directa o servir de soporte para afrontar los efectos estresantes, como el apoyo social recibido, la educación o los ingresos económicos.

El **apoyo social** puede considerarse como una estrategia para afrontar los factores estresantes, es un recurso más eficaz como apoyo a situaciones emocionales difíciles, además de entenderse como un amortiguador del propio estrés. El apoyo social puede ser informal, es decir, la red de amistades, la familia, el vecindario, o formal, a cargo de las instituciones, las asociaciones de personas afectadas y, por supuesto, de profesionales, en este caso del trabajo social sanitario.

Hay estudios que demuestran que la existencia de apoyo social y psicosocial tiene repercusiones beneficiosas en la salud de los individuos y que por lo tanto disminuye la probabilidad general de presentar enfermedades, acelera la recuperación y reduce las tasas de mortalidad (House y cols., 1988).

15. El tratamiento psicosocial con personas que sufren enfermedad mental

El tratamiento se pondrá en marcha en función del medio en que tengamos que trabajar, es decir, en equipos de salud mental ubicados en atención primaria o en el medio hospitalario, atención especializada, con las estructuras específicas de tratamiento y rehabilitación en salud mental. Por supuesto, y ante todo, serán el paciente, su enfermedad, el impacto de esta en él y en sus familiares, los apoyos con los que cuente y su grado de colaboración, lo que nos permitirá establecer el plan terapéutico más adecuado, el tratamiento óptimo para el objeto de nuestra labor profesional: conseguir aumentar el grado de autonomía del paciente.

Una vez elaborado el estudio pormenorizado del caso y con nuestra valoración, es decir, nuestro diagnóstico social sanitario, nos marcaremos los objetivos de nuestra intervención con el paciente, a corto, medio y largo plazo. Son los siguientes:

- Información de la red de apoyo social formal. Informaremos sobre prestaciones, su acceso y su utilización.
- Información al paciente de los derechos y deberes respecto a su salud y asistencia sanitaria.
- Fomentar la autorresponsabilidad en la resolución de su problema de salud mediante actividades educativas, **psicoeducación**. Daremos información estructurada sobre la enfermedad y sus síntomas.
- Intervención con la familia con el objetivo de mejorar el funcionamiento familiar y social del paciente. Terapia familiar.
- Entrenamiento en habilidades sociales. Se puede abordar mediante técnicas para la resolución de conflictos y también con estrategias para ganar autonomía en actividades básicas de la vida diaria.
- Apoyo emocional mediante la escucha, disponibilidad, la mejora de la empatía. Trabajar las relaciones interpersonales con los otros.
- Ayuda en la tramitación de bienes o servicios. En ocasiones el paciente precisará solicitar alguna prestación para la cual precise nuestro informe; ayuda en la tramitación y/o acompañamiento.

- Clarificar problemas o situaciones que generen problemas de salud, ayudar en la reinterpretación de los problemas que siente y tiene el paciente, darles otra visión.
- Persuadir o influir en el paciente mediante consejo terapéutico.
- Confrontación.
- Mediación familiar, laboral, educacional.
- Seguimiento y control terapéutico.
- Estructurar una relación de trabajo con el paciente en tiempo y espacio.
- Apoyo en la toma de decisiones.
- Reformulación diagnóstica y del plan de intervención con respecto a la fase cronológica que nos hayamos marcado.
- Elaboración del informe de trabajo social sanitario.
- Elaboración de solicitud de colaboración a otras entidades/instituciones de carácter sanitario y/o social.

Hemos estudiado las diferentes patologías psiquiátricas, las funciones de un trabajador sanitario en salud mental, cómo realizar el estudio social del caso, los recursos con los que contamos, los métodos y las diferentes técnicas de tratamiento. Pongámoslo en práctica.

Reflexión

El tratamiento social estará en función de nuestra preparación académica y la formación posterior en cursos de posgrado y especialidades.

Caso práctico D

María, mujer de 72 años, casada con José de 73 años, no tienen hijos. Viven en un pueblo de colonización de unos cien habitantes desde hace ya unos treinta años. José trabaja en la recogida de caracoles, ninguno de los dos cobra pensión económica. Viven de las frutas y hortalizas que les dan los vecinos del pueblo y de los ingresos de los caracoles, siempre se ha dicho en el pueblo que María es «muy extraña», no sale de casa. José pasa muchas horas en el bar del pueblo, le invitan a vino, su médico dice que sufre alcoholismo. Ninguno de los dos va nunca a consulta médica, pero ahora José ha acudido por primera vez, tiene vómitos con sangre, está preocupado.

Estudio de la situación:

- Demanda por parte del médico de familia. Plantea una posible ayuda económica para esta familia.

Es importante conocer quién nos hace la demanda pues nos informa de que no son las personas afectadas quienes están demandando nuestra intervención.

Planificación terapéutica a corto plazo I:

- Visita a domicilio con el médico para conocer y entrevistar a las personas afectadas y el medio en el que viven, su salud, condiciones de la vivienda.
- Estudio de la situación laboral y económica.
- Estudio de las redes de apoyo, entrevista con vecinos.
- Estudio de los hábitos, en la alimentación, higiene, relaciones.

- Elaboración del diagnóstico social sanitario.

Nos presentamos en el domicilio, nos damos a conocer, trato amable. Tras la visita a domicilio: la entrevista fue difícil por la escasa colaboración de María, suspicaz, no colaboradora, discurso incoherente, conducta bizarra, mirada perdida, durante la entrevista se enfada, ella solo quiere hablar con gente de la «confederación». No permite hablar a José, dice que hemos ido a quitarles las tierras que les pertenecen y nos pide que le devolvamos a su hijo, al que raptamos, llora, muestra un gran sufrimiento.

Aunque José intenta decirnos algo, ella insiste en no dejarle hablar, está coaccionado, su actitud es de total sumisión a la esposa. Tienen verduras y caldo que le dan las vecinas, la vivienda no reúne condiciones de habitabilidad. Les ofrecemos ayuda para el estudio de la situación económica y citamos en la consulta a José, solo, para estudiar su estado de salud.

Acude José, acompañado de su vecino, para hacerse las pruebas médicas y a la consulta, no tienen la tarjeta sanitaria en regla, ni el carné de identidad en vigor. Informo al paciente y a su vecino de que necesitamos documentos actualizados, planteamos la renovación del carné de identidad y la solicitud del tiempo trabajado de los dos. Para ello pedimos nuevamente la colaboración de su vecino, él aprueba nuestra solicitud.

Tras tener actualizados los documentos, DNI, tarjeta sanitarias y conseguir el libro de familia y la certificación del INSS del tiempo cotizado, indicamos a José que puede solicitar su pensión de jubilación, le explicamos qué es una pensión y que es un derecho que tiene; él nos comenta que hace unos años una persona del Ayuntamiento pasó por su casa con unos documentos para firmar, su esposa no le permitió firmarlos, pensaron que les podían quitar las tierras; desde entonces siguen igual, pero nos cuenta que ya no puede más, él tiene dolor, sale muy temprano de casa por las mañanas y vuelve a casa para comer, vuelve a salir por la tarde al bar y no regresa hasta la noche, le gusta jugar a las cartas. Le planteamos qué hace su esposa durante el día, él dice «no sé», nunca sale de casa, está en el jardín, con los perros, antes tenían conejos, gallinas e incluso cerdos, desde hace unos años ya no es posible.

Durante este proceso llegan las analíticas de José, está muy enfermo, su enfermedad es grave y de mal pronóstico.

Planificación terapéutica II:

- Nueva visita a domicilio para informar de la situación médica de José y la necesidad de ingreso en el hospital.
- Solicitud de pensión de jubilación de ambos.
- Coordinación con servicios sociales municipales para planificar el apoyo en domicilio.
- Contactar e informar de la situación a sobrinos o familiares.

Nuevamente nos dirigimos al domicilio, médico y trabajadora social sanitaria. Insisto a María que somos de la «confederación» y me acompaña el médico, los informo de los documentos y les pido que firmen, parece que María confía, los firma y permite a José firmarlos; más tarde explicamos a las personas afectadas el estado de salud de José y la conveniencia de ingreso hospitalario. En ese momento, María pierde absolutamente el contacto con la realidad y nos dice que pertenecemos a otro planeta, ella solo hablará con gente de la «confederación». Insisto en que estamos para ayudarlos y lo mejor será que su esposo ingrese en el hospital, que es probable que su vida corra riesgo.

Les planteo que dentro de unos días acudiré de nuevo con una trabajadora social del Ayuntamiento que les prestará ayuda en casa y para la atención personal de los dos; María no quiere que nadie entre en su casa, José se sitúa de la misma manera, él ahora también insiste en que somos gente de otro planeta y queremos hacerles daño. Nos vamos del domicilio, ahora ya no es apropiado permanecer más tiempo, el discurso de ambos es enfermo.

Acudimos a casa de su vecino y le pedimos que acompañe a José a la consulta médica.

Con este estudio de la situación ya podemos hacer un diagnóstico social que refleje la situación.

Diagnóstico social sanitario: «Paciente, María, con problema de salud mental grave, sin diagnosticar. José, paciente que sufre carcinoma hepático en situación terminal y con problemas de salud psíquicos por situación ambiental. Ausencia de reconocimiento del problema de salud mental por ambos. Aislamiento social y afectivo. Au-

sencia de ingresos económicos por causa de enfermedad mental. Se trabajará la toma de conciencia de la enfermedad y se consensuarán apoyos externos para garantizarlos a cada uno».

Vamos dando forma al caso, aunque será difícil la colaboración de María por su problema de salud.

En la siguiente consulta médica se le expone a José la posibilidad del ingreso, ya que es preciso poner la medicación adecuada para que no tenga dolor. José, aislado del contacto de su esposa y fuera del ambiente patológico, acepta el ingreso siempre que cuidemos de su esposa, le aseguramos que así lo haremos.

Me dirijo nuevamente al domicilio junto con la trabajadora social de los servicios comunitarios. Le propongo apoyo en el domicilio para que la ayuden en casa y se sienta acompañada, ya que José ha ingresado en el hospital y nadie le traerá dinero ni comida. Ella se niega, no acepta que nadie entre a tocar sus cosas; insisto, pero ella se niega, le proponemos llevarle la comida a domicilio. Durante unos días una vecina le lleva comida, pero María no acepta, no quiere comer, se niega a aceptar la ayuda de nadie; tememos por su estado de salud físico, pues la delgadez de ambos ya era extrema y no podrá estar mucho más tiempo sin comer.

De nuevo voy al domicilio, solo me habla desde una ventana, no me deja entrar en casa, su aspecto es muy débil. Insisto y me deja pasar, su aspecto es mucho peor de lo que yo esperaba, discurso incoherente, repetido, fuera de la realidad, no come hace días, no duerme, corre riesgo su vida. Le invito a hacer una visita a su esposo al hospital y poderse quedar allí unos días, no acepta, ni tan siquiera se acuerda de José, al menos, no lo nombra.

Voy al consultorio local y me pongo en contacto con su médico para organizar un ingreso involuntario; llamo a una ambulancia para proceder al ingreso, el médico hace la solicitud de ingreso y el volante para la ambulancia; llamo a la trabajadora social sanitaria del hospital de referencia, le informo de la situación.

Mientras espero con la paciente que llegue la ambulancia, le voy insistiendo que va a ir a ver a su esposo y pasará unos días en el hospital con él. Llega la ambulancia y con mucha resistencia al final acepta subir, delante de ella cerramos la puerta de su casa y deposito las llaves a recaudo de su vecina; alguien tiene que dar de comer al perrito.

Sabemos que la paciente ingresa en la unidad de corta estancia, está más tranquila con la pauta de la medicación, come perfectamente, según los especialistas llegó en un estado de deterioro físico y mental grave; le han diagnosticado esquizofrenia paranoide residual, por lo que tendrá que recibir siempre un tratamiento para que no sufra tanto.

Nueva planificación terapéutica III:

- Solicitud de plaza en centro para mayores dependientes, para José, con el objeto de ayudarlo a morir dignamente.
- Coordinación con el equipo de salud mental para planificar a corto plazo la posibilidad de María de volver a su domicilio con ayuda, o ingresar en la unidad de larga estancia para pacientes con problemas de salud mental, o ingresar en un centro residencial para mayores.

Durante el ingreso de ambos, en colaboración con los servicios sociales comunitarios, se solicita una estancia temporal en un centro para mayores del Gobierno de la comunidad autónoma, como órgano competente en esta materia. Pretendemos que José muera dignamente, aunque no llegó a hacer uso del centro, pues falleció en el hospital.

Mientras, y tras coordinarnos con el equipo de salud mental de la unidad de corta estancia del hospital, decidimos informar al juez de la situación de María con informe médico e informe social, para iniciar un proceso de incapacidad judicial y una orden de ingreso en contra de su voluntad en una residencia privada, y entretanto solicitar un centro para mayores dependientes de forma pública. Esta decisión se toma, ya que durante el ingreso de María en el hospital, con la medicación y atención adecuada, se encuentra bien, adaptada y tranquila, por lo que esta medida se considera suficiente para garantizar a la paciente una calidad de vida adecuada a su enfermedad y nueva situación. De nuevo hacemos partícipes a los servicios sociales comunitarios para solicitar un centro para mayores, de carácter público, y conseguir financiación para el pago de una residencia privada durante unos meses hasta que le concedan el centro.

Nueva planificación terapéutica IV:

- Informe de trabajo social sanitario para promover la incapacidad judicial de María.
- Comunicar a familiares y vecinos la situación.
- Solicitud de valoración de la dependencia.
- Coordinación con los servicios sociales comunitarios para solicitar el ingreso en centro para personas mayores dependientes de carácter público.

En la actualidad, María sigue ingresada en una residencia privada, y tras la valoración de la dependencia para personas con discapacidad, es el Gobierno de la comunidad autónoma quien la está ayudando a costear el pago del centro para mayores. Esta decisión se tomó ya que consideramos que era mejor no cambiar a la paciente de ubicación, por encontrarse ya adaptada al centro.

Hemos visto en este caso que hay patologías psiquiátricas que conviven en la comunidad, sin precisar atención especializada mientras no surjan problemas que limiten gravemente a las personas afectadas para las actividades de la vida diaria. En esta ocasión ha sido la alarma social, por medio del vecindario, lo que ha hecho que se dé una salida a la situación de sufrimiento y abandono.

Por otro lado, comprobamos que los problemas de salud mental afectan en gran medida no solo a quien los sufre, sino que cuando una persona enferma en el seno de una familia, el resto de la unidad familiar corre grave riesgo de enfermar con el paciente –transferencia de la enfermedad.

En ocasiones, hay situaciones que requieren iniciar uno o varios procesos judiciales, como en este caso, ingreso involuntario e incapacidad judicial, pero siempre como medida de protección a la persona.

Resumen

Hemos visto en este módulo el perfil del trabajador social sanitario en salud mental, sus funciones y actividades y los recursos específicos en el ámbito de salud mental, y hemos explicado muy brevemente las patologías más graves y frecuentes que podemos encontrar en el enfermar psíquico.

Cada profesional del trabajo social sanitario en salud mental desempeña su labor profesional como terapeuta, es decir, con experiencia y pericia en la interacción humana, para la consecución de un objetivo muy concreto: capacitar a la persona para el logro de su autonomía personal y el desarrollo de sus capacidades en un sentido positivo. En ello juega un papel importante la personalidad de cada profesional, quien tendrá como principio el respeto y la aceptación de la persona enferma como persona, partiendo de la base de una relación de calidez y seguridad que le permita a este expresar sus dificultades, con la esperanza de encontrar ayuda para resolver sus dificultades dentro de unas perspectivas adecuadas.

Por otra parte, también hemos estudiado la posible pérdida de capacidad jurídica de la persona y nuestra implicación en ello, pero siempre como una medida de protección y no como medida estigmatizadora. No debemos dudar en consultar con los servicios jurídicos cuando así lo estimemos oportuno.

Bibliografía

- Brandt Guastav, A.** (1983). *Psicología y trabajo social*. Barcelona: Herder.
- Cabrera Forneiro, J.; Fuertes Rocañin, J. C.** (1994). *La enfermedad mental ante la ley*. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas.
- Desviat, M.** (1994). *La reforma psiquiátrica*. Madrid: Dor.
- Espinosa, J. y otros** (1986). *Cronicidad en psiquiatría*. Madrid: Mariar.
- García Castellar, A. y otros** (1995). *Estrategias para la salud mental en Aragón*. Zaragoza: D. G. A.
- González de Chávez, M.** (1985). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. Madrid: Editorial Mayoría.
- Iradeta Goldaracena, F.** (2018). *Trabajo social psiquiátrico. Reivindicación ética de la dimensión social en salud mental*. Valencia: Nau Llibres.
- Mateo Martí, I.** (1990). *Guía para la elaboración del programa de salud mental en Atención Primaria de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Ministerio de Sanidad y Consumo* (1985). Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Olivares, D. M.; Del Valle Barrera, M.** (2019). «Salud Mental Comunitaria: Equipos psicosociales y políticas públicas en la intervención de personas con adicciones». *Psicoperspectivas* (n.º 18, vol. 2). <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol18-issue2-fulltext-1602>
- Olmeda García, M.** (1998). *El duelo y el pensamiento mágico*. Madrid: Master Line.
- Parellada Rodón E.; Fernández-Egea, E.** (2004). *Esquizofrenia. Del caos mental a la esperanza*. Barcelona: Morales i Torres editores.
- Pérez de Ayala, E.** (1999). *Trabajando con familias*. Zaragoza: Certeza.
- Quemada Ubis, J. I.** (1994). *Manual de entrevista psiquiátrica*. Madrid: ELA.
- Roca, M.** (2002). *Trastornos de personalidad*. Barcelona: Ars XXI.
- Roca, M.** (2002). *Trastornos neuróticos*. Barcelona: Ars XXI.
- Roca, M.** (2007). *Trastornos psicóticos*. Barcelona: Ars XXI.
- Rubí González, P.** <http://www.monografias.com/trabajos11/hispsiq/hispsiq.shtml>
- Sánchez Echevarría, E.** (2018). «Trabajo social sanitario: Programa de Soporte Social en Salud Mental a la Primaria Social y Sanitaria (PSSMPSS)». *Agathos: Atención Sociosanitaria y Bienestar* (año 18, n.º 2, págs. 46-53).
- Sartre, J. P.** (1946). *El existencialismo es un humanismo*. Barcelona: Edhasa.
- Seva Díaz, A.** (2001). *Tratado de psiquiatría*. Zaragoza: INO.
- Seva Díaz, A. y otros** (1996). *La esquizofrenia*. Zaragoza: CAI.
- Seva Díaz, A. y otros** (1997). *Las demencias*. Zaragoza: CAI.
- Seva Díaz, A. y otros** (1998). *El alcoholismo*. Zaragoza: CAI.
- Seva Díaz, A. y otros** (1999). *La drogadicción*. Zaragoza: CAI.
- Seva Díaz, A. y otros** (2003). *Las neurosis*. Zaragoza: CAI.
- Tolosa, E. y otros** (1991). *Demencia senil*. Barcelona: Comgrafic.
- Valoración geriátrica integral. Escala HoNOS*. [documento en línea].
- Vallejo Ruiloba, J.** (2006). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson.

