



TRABAJO FIN DE GRADO DE TRABAJO SOCIAL "ESQUIZOFRENIA Y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL"

Autor/a:

Alba Pérez Peña

Tutor/a:

Pablo de la Rosa

FAULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURO 2016-2017

FECHA DE ENTREGA: 8 de julio de 2017

Resumen

A pesar de que se oye mucho hablar de la esquizofrenia, es un trastorno poco conocido en la sociedad actual.

Se debe tener en cuenta que la persona que padece esquizofrenia tiene una distorsión de la realidad, por lo que se verá afectado su tono afectivo, su conducta y su forma de comunicarse con los demás. Para ayudar a estas personas a que logren un desarrollo o una recuperación de sus habilidades y capacidades, y con ello, su reintegración en la sociedad, se ponen a su disposición unos centros de días denominados Centros de Rehabilitación Psicosocial (en adelante CRPS).

En ellos, un equipo multidisciplinar, entre los que se encuentra un trabajador social, trabajarán junto con el usuario y, en la medida de lo posible, con su familia, en la consecución de los objetivos descritos con anterioridad.

Teniendo en cuenta lo dicho, durante la elaboración del presente documento, se desarrollará la labor que llevan a cabo tanto los CRPS como los trabajadores sociales junto con los usuarios y su familia para lograr la rehabilitación del paciente con esquizofrenia.

Palabras clave: esquizofrenia, distorsión de la realidad, desarrollo, capacidades, Rehabilitación Psicosocial, CRPS.

Abstract

Although we hear a lot about schizophrenia, it is a little known disorder in today's society.

It has to be taken into account that the person suffering from schizophrenia has a distortion of reality, so it has affected his affective tone, his behavior and his way of communicating with others. To help these people achieve a development or recovery of their abilities and capacities, and with that, their reintegration into society, they put at their disposal days centers called Centers for Psychosocial Rehabilitation (CRPS)

In them, a multidisciplinary team, among which is a social worker, will work together with the user and, as far as possible, with his family, in achieving the objectives described above.

Taking into account what has been said, during the preparation of this document, the work carried out by both CRPS and social workers together with the users and their family will be developed to achieve the rehabilitation of the patient with schizophrenia.

Key words: schizophrenia, distortion of reality, development, capacities, Psychosocial Rehabilitation, CRPS.

INDICE

1. JUSTIFICACIÓN.....	PÁG.6
2. LA ESQUIZOFRENIA.....	PÁG.10
2.1. DELIMITACIÓN.....	PÁG.10
2.2. CARACTERÍSTICAS Y TIPOS.....	PÁG.12
2.3. CAUSAS.....	PÁG.14
2.4. CONSECUENCIAS.....	PÁG.16
2.5. IMPORTANCIA DE LA RED FAMILIA.....	PÁG.19
3. LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.....	PÁG.22
3.1. CARACTERÍSTICAS.....	PÁG.25
3.2. PRINCIPIOS.....	PÁG.26
3.3. OBJETIVOS.....	PÁG.28
3.4. METODOLOGÍA.....	PÁG.30
4. EL TRABAJO SOCIAL EN ESTOS CENTROS.....	PÁG.35
4.1. PAPEL DE LOS TRABAJADORES SOCIALES.....	PÁG.36
4.2. FUNCIONES DE LOS TRABAJADORES SOCIALES.....	PÁG.38
5. CONCLUSIONES.....	PÁG.41
6. BIBLIOGRAFÍA.....	PÁG.42

ÍNDICE DE SIGLAS

OMS - Organización Mundial de la Salud

CRPS - Centros de Rehabilitación Psicosocial

PIR - Plan Individualizado de Rehabilitación

AVD -Actividades de la vida diaria

1. JUSTIFICACIÓN

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2004), en la actualidad más de 450 millones de personas en el mundo padecen algún tipo de trastorno mental. Más de 150 millones de ellos sufren depresión; más de 90 millones sufren trastornos provocados por el abuso de alcohol o drogas; alrededor de 25 millones sufren esquizofrenia; 38 millones están afectados por epilepsia y 1 millón de personas se suicidan cada año. Pero el número de personas afectadas por algún trastorno mental seguramente irá aumentando, provocado por el envejecimiento de la población y los conflictos sociales. Lo que logrará un gran costo en cuanto al sufrimiento, discapacidad y miseria.

De acuerdo a Moller y Lobato (2005), cerca del 1% de la población desarrollará un trastorno esquizofrénico a lo largo de su vida. Por lo que se calcula que cada año habrá entre 15 y 30 casos nuevos por cada 100.000 habitantes.

Centrándonos en el trastorno de la esquizofrenia, según la OMS (2016), se puede decir que supone una discapacidad considerable que puede afectar tanto al desempeño educativo como laboral, provocando una gran desestructuración tanto en el propio enfermo como en la familia. Se considera que es más frecuente en hombres, 12 millones, que en mujeres, 9 millones. También, los hombres desarrollan esquizofrenia por lo general a una edad más temprana.

Según los datos del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), en España la esquizofrenia afecta a más de 400.000 personas y establece que la esperanza de vida en personas que padecen esquizofrenia se reduce en casi 20 años. Ello se debe a un aumento de los problemas en la salud física y por el aumento de la tasa de suicidios.

Moller y Lobato (2015), establecen que la población afectada triplica el de enfermedades como la esclerosis múltiple o la distrofia muscular.

La OMS (2004) explica que los esquizofrénicos suelen sufrir estigmatización, discriminación y la violación de sus derechos humanos, tanto en las instituciones de salud mental como en las comunidades. Se puede decir que la enfermedad está muy estigmatizada, lo que genera discriminación que a su vez produce una limitación en el acceso a la atención sanitaria general, la educación, la vivienda y el empleo.

En cuanto a la atención de los trastornos mentales (OMS, 2004), en países desarrollados, entre el 44% y el 70% de las personas que cuentan con esta problemática, no reciben tratamiento. Pero en países en desarrollo empeora, ya que la cifra asciende, llegando casi al 90% de la población. La falta de acceso a servicios de salud mental es un problema importante. Por otro lado, las personas con esquizofrenia son menos propensas a solicitar asistencia que el resto de la población.

Pero la esquizofrenia es un trastorno tratable, con ayuda de los fármacos y del apoyo psicosocial se puede conseguir una estabilidad y aprender a vivir con la enfermedad. Pero la mayoría de las personas que la padecen no tienen acceso al tratamiento.

El Programa de Acción de la OMS (2006) puesto en marcha en el año 2008, pretende superar esta brecha con instrumentos y métodos de capacitación basados en datos científicos para ampliar los servicios en los diferentes países, sobre todo en aquellos con recursos escasos. Actualmente el programa mhGAP se ejecuta en más de 80 estados miembros, y consiste en el fortalecimiento de las capacidades hacia los proveedores de atención de la salud no especializados, para promover la salud mental en todos los niveles de asistencia. El proyecto QualityRights de la OMS tiene como objetivos mejorar la calidad y el respeto por los derechos humanos. Y en el Plan de acción de la OMS sobre salud mental 2013-2020, frenado por la Asamblea Mundial de la Salud en el 2013, se pone intensidad en las medidas que son necesarias para llevar a cabo los servicios adecuados a las personas con trastornos mentales.

Entre los diversos dispositivos o recursos de los que disponen las personas que padecen algún trastorno mental grave, se encuentran los Centros de Rehabilitación Psicosocial. Estos centros (AMRP et al, 2007) se consideran un servicio de día, el cual cuenta con diversos programas estructurados de rehabilitación psicosocial destinados

para personas con enfermedad mental grave. El objetivo de los CRPS es ayudar a las personas con enfermedad mental grave y crónica a que recuperen el máximo grado de autonomía personal y social y mejoren tanto su funcionamiento psicosocial como su calidad de vida. También ofrecen apoyo y asesoramiento a los familiares. Es necesaria una coordinación en este tratamiento, tanto de los profesionales que trabajan en el centro, como de los familiares y el propio usuario. Y se ofrecen programas tanto individualizados, de apoyo a la rehabilitación psicosocial, como grupales para la promoción de la integración social.

Mi experiencia como alumna de prácticas en el Grado en Trabajo Social en el ámbito de la Salud Mental me permitió conocer estos CRPS desde cerca. Al estar en una Unidad de Rehabilitación Psicosocial, localizada en el hospital asistencial Doctor Villacian, pude trabajar directamente con personas con enfermedad mental. Tanto en la unidad como en el CRPS, se realizan actividades parecidas para conseguir el empoderamiento del usuario. La diferencia que se puede apreciar es que el CRPS es un centro de día, en el que los pacientes acuden algunos días de la semana para llevar a cabo las actividades programadas y relacionarse con otras personas que sufren su problemática. En cambio la unidad es de estancia, en la que los pacientes también van a dormir.

En la unidad se trabaja junto a ellos para lograr que recuperen las capacidades y habilidades necesarias para llevar una vida normalizada, dentro siempre de las limitaciones de cada persona, y de esta manera pudieran llevar a cabo una reinserción en la sociedad.

Se realizan actividades de apoyo para la vida diaria (AVD), como cocinar, limpiar, asearse... para que lo fueran tomando como un hábito de vida y siguieran con ello a su salida de la unidad.

También participé en el desarrollo de algún Plan Individualizado de Inserción (PIR) mediante reuniones con los diferentes profesionales de la unidad.

Acudí al CRPS gestionado por INTRAS, donde pude comprobar la dinámica que seguían. Participé en reuniones de equipo en el que se reunían profesionales de los distintos dispositivos a los que acudían los pacientes.

En definitiva, tuve la suerte de participar en el proceso de recuperación de algunos pacientes, trabajando junto a ellos, y de comprobar que con un poco de paciencia y comprensión, puedes llegar a conocer a gente maravillosa, que en la calle, con todos los prejuicios que hay en la sociedad y que nosotros mismos tenemos de la enfermedad mental, no hubiera sido posible.

2. LA ESQUIZOFRENIA

2.1. DELIMITACIÓN

"La esquizofrenia es un trastorno mental que interfiere con la capacidad para reconocer lo que es real, controlar las emociones, pensar con claridad, emitir juicios y comunicarse. La estigmatización es uno de los principales problemas para conseguir el éxito del tratamiento, controlar la enfermedad o poder alcanzar la reintegración de las personas que padecen esta enfermedad en nuestra sociedad."

González, et al (2009).

En todo el mundo, la esquizofrenia se asocia a una discapacidad considerable y puede afectar al desempeño educativo y laboral. Las personas con esquizofrenia tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana que el conjunto de la población. Esto se debe por lo general a enfermedades físicas, como enfermedades cardiovasculares, metabólicas e infecciosas (OMS, 2016).

Su aparición está comprendida entre los 15 y los 45 años. Lo más probable es que aparezca al final de la adolescencia, pero se dan casos en que aparece durante la infancia pero se enmarca con problemas escolares o mal comportamiento. Por lo general esta enfermedad se hace crónica y produce un grado considerable de discapacidad. *"Por su gravedad, es un problema de importancia para la salud, significando una carga tanto para las familias de los enfermos, como para los propios enfermos"*. De acuerdo con lo dicho hasta ahora, se podría calificar la esquizofrenia como una enfermedad mental grave, y *"uno de los mayores problemas de salud a los que la sociedad se enfrenta"*. (Salavera, Gost y Antoñanzas, 2010).

El concepto de esquizofrenia ha sufrido diversos cambios a lo largo del tiempo, a pesar de ello sigue siendo un concepto desconocido, o mejor dicho, lo son quienes la padecen.

Moller y Lobato (2005) describen las diversas formas de referirse a dicha enfermedad a lo largo de la historia con otras palabras, por lo que se podría dar diversas reseñas.

Para no hacer demasiado extensa su delimitación, se tomará como punto de partida el final del siglo XIX, cuando el psiquiatra alemán Kraepelin, en 1896, le da el nombre de "demencia precoz", lo cual se conoce en la actualidad como la psiquiatría moderna. Hasta ese momento se consideraba que las enfermedades mentales eran castigos divinos, posesiones demoniacas y otras alteraciones que tenían que ver con entes divinos.

En el momento que se calificó este trastorno como "demencia precoz", se consideró que las personas que lo sufrían tenían graves deterioros cognitivos y de comportamiento similares a la demencia que experimentaban personas ancianas, pero dada en personas con edades juveniles.

Posteriormente, el psiquiatra suizo Bleuler, en 1911, introdujo el término de esquizofrenia al observar que no era así en todos los casos, ya que no siempre había un deterioro definitivo, sino que si se trataba a tiempo podía curarse. Lo calificó con el término de esquizofrenia ya que este significa "mente partida", y suponía la ruptura de la asociación de ideas o retirada de la realidad y la vida social.

A posteriori, muchos otros autores siguieron investigando sobre este trastorno, sus causas, sus síntomas, su clasificación, etc. Pero es imposible una definición exacta de este trastorno ya que no se han podido identificar de manera clara las causas que lo provocan. Por lo que solo se puede describir la enfermedad por sus síntomas (Moller y Lobato, 2005).

2.2. CARACTERÍSTICAS Y TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

La edad en la que se produce la aparición de este trastorno está comprendida entre los 15 y los 45 años. A pesar de que suele dar sus primeros comienzos al final de la adolescencia, ocurre que en varios casos se dan en la infancia, enmascarados con problemas escolares o mal comportamiento.

Las personas que sufren de esquizofrenia tienen afectado su tono afectivo, su conducta y su manera de comunicarse con otras personas, por lo que experimentan una distorsión de los pensamientos y sentimientos (OMS, 2016).

Hay que comprender que a quien padece dicha enfermedad le afecta de una forma total, es decir, la persona comienza a comportarse, a sentir, pensar y hablar de forma diferente a como lo hacía antes (Moreno, 2014). Se puede observar que la persona está más aislada, evita salir o quedar con amigos, duerme poco o, al contrario, pasa el día encerrada durmiendo, habla solo, se ríe sin motivo aparente...

En cada persona se puede dar síntomas diferentes, al igual que las causas. En diversos casos no hay una causa o causas conocidas o que sean fáciles de reconocer, de ahí que el tratamiento sea más o menos confuso.

Ocurre que en muchos casos la persona que sufre esquizofrenia lo sufre en silencio, ya que no es capaz de pedir ayuda, bien porque no entiende o no puede explicar lo que está sucediendo, por temor o por que le califiquen como enfermo. Al comienzo de la enfermedad sobre todo, los pacientes se niegan a tomar medicación o a acudir a un especialista.

Hay que determinar, aunque sea brevemente, que dentro de la esquizofrenia hay diversos tipos. Esta clasificación está realizada por el DSM-IV de la American Psychiatric Association (APA) (Frances, Alen y B.First, 1995):

- **Paranoide:** Hay abundancia de ideas delirantes y alucinaciones auditivas. El resto de sintomatología no es tan abundante. Es la más frecuente, surgiendo entre los 20 y 30 años, y es la que mejor evoluciona.

- **Catatónica:** trastorno del movimiento o movimientos motores. Los enfermos tienen la conciencia despierta pero no reaccionan a los intentos de entrar en contacto con él. El rostro de la persona permanece inmóvil, sin dar apariencia de movimientos interiores o reacciones de algún tipo. En diversos casos, tachados de gravedad, pueden llegar a no hablar, ni comer, ni beber durante largos periodos de tiempo peligrando su vida. Pero en el interior de la persona puede que haya una tormenta de sentimientos que se manifiesten solamente por una aceleración del pulso. El pronóstico de este tipo suele ser muy malo.
- **Desorganizada:** Predomina un repertorio de conductas caóticas, ya que no sabe cómo actuar de forma adecuada en el mundo que le rodea. Los comportamientos suelen ser extraños, como por ejemplo reír sin motivo aparente. Muestran falta de interés y participación. Se suelen dar en edades tempranas como es la pubertad, incluso se han llegado a dar casos en los que la enfermedad viene de la infancia. Los síntomas de este tipo de esquizofrenia son muy simples, por lo que puede ser muy difícil su identificación. El pronóstico suele ser desfavorable en comparación con las otras esquizofrenias, debido a la personalidad inmadura del enfermo.
- **Indiferenciada:** Está reservado para aquellas esquizofrenias que no entran en ninguna de las tres categorías mencionadas anteriormente. No predomina ningún síntoma concreto para su diagnóstico.
- **Residual:** Ausencia de sintomatología de las esquizofrenias descritas antes, pero debió haber un episodio de esquizofrenia anteriormente o su aparición es de forma tenue, ya que en el momento del diagnóstico no se encuentran síntomas psicóticos importantes.

2.3. CAUSAS

Las causas de la esquizofrenia no están aún claras, pero hay diversas teorías que afirman que en las causas de esta enfermedad influyen la genética, la biología y/o las posibles infecciones variables y trastornos del sistema inmune. Por lo tanto, supone que es el resultado de un conjunto de factores que predisponen en mayor o menor medida al paciente en el desarrollo de la enfermedad. En algunos casos es todo un misterio el porqué no se manifiesta la enfermedad, aunque tenga todos los indicios de ella.

Los principales factores implicados en la aparición de la esquizofrenia son (González, 2016):

- **Genética:** los científicos demuestran que la presencia de la enfermedad en los padres o familiares cercanos, ya sean tíos, abuelos, primos... es un factor que puede incrementar la posibilidad de que esta aparezca en los hijos. Por esta razón, se observa una mayor prevalencia en padres, hijos o hermanos de esquizofrénicos con respecto a la población general.
- También puede ser causada por eventos ambientales, como las infecciones virales o situaciones que presenten gran tensión, o bien una combinación de ambas cosas. Al igual que otras enfermedades que puedan estar relacionadas a la genética, la esquizofrenia aparece cuando el cuerpo experimenta cambios hormonales y físicos, como por ejemplo los cambios que se dan durante la pubertad en los adolescentes y los jóvenes adultos.
- **Alteraciones durante el embarazo o nacimiento:** como podrían ser las infecciones víricas, traumatismos o la anoxia, que supone la falta de oxígeno en el feto durante el embarazo o parto.
- **Alteraciones morfológicas, funcionales o bioquímicas en el cerebro:** el consumo habitual de sustancias tóxicas y la exposición a determinados tóxicos y estresantes ambientales juegan un papel muy importante dentro de las causas de esta enfermedad. Dos son las sustancias que están especialmente involucradas en la comunicación entre neuronas a nivel del cerebro, tratándose de la dopamina y la serotonina.

- Factores familiares y sociales: no están aceptados universalmente, ni se tienen datos científicos de estos factores, pero en varias ocasiones se hace referencia como posibles elementos influyentes en el desarrollo de la enfermedad o más bien como desencadenantes de brotes.
- Incumplimiento del tratamiento: una vez diagnosticada la enfermedad supone un alto riesgo de que aparezcan recaídas si no se cumple de manera adecuada el tratamiento, o que se agrave la situación.

La esquizofrenia no está relacionada con situaciones de baja escolarización o traumas infantiles, y desde luego no existen culpables de su aparición.

2.4. CONSECUENCIAS

En este apartado nos centraremos en las consecuencias sociales que sufren las personas con esquizofrenia. Las consecuencias sociales dependerán en gran medida de las capacidades de la persona, del historial personal, de su entorno, sus características orgánicas, sus circunstancias...

Pero antes de centrarnos en las consecuencias de la enfermedad, resulta interesante hacer una referencia de los síntomas que se pueden ocasionar.

Moller y Lobato (2015) explican que dentro de los síntomas de una persona con esquizofrenia se puede hacer una división entre síntomas positivos y síntomas negativos. *"No todas las personas afectadas presentan los mismo, e incluso estos varían a través del tiempo en una misma persona"*.

González (2016) establece que los síntomas positivos *"son los comportamientos, percepciones e ideas patológicas presentes en el enfermo que no aparecen en la población general"*. Es decir, son síntomas que añaden algo nuevo a la vida del paciente, haciendo que viva en su nueva y propia realidad. El paciente no es consciente de su enfermedad. Dentro de estos síntomas se pueden encontrar: **las** ideas delirantes, refiriéndose a cosas que en realidad no están ocurriendo; alucinaciones sensoriales, alteración de la percepción sin un estímulo externo como voces, sonidos, por la vista... ; conducta extravagante, provocada por las ideas delirantes y alteraciones sensoriales; y pensamiento desorganizado, o siendo capaz la persona enferma de expresarse de forma organizada. Estos síntomas hacen que el paciente comience a sentirse vulnerable y, por lo tanto, hacen que pierda la autoestima. Se siente humillado ante otros y piensa que no puede recuperar el control de su vida (Maller y Lobato, 2015).

Siguiendo con la diferenciación de González (2016), establece que los síntomas negativos *"son actitudes disminuidas, o totalmente ausentes, en el paciente, que son habituales en la población general. Son más difíciles de detectar al no ser llamativos"*. Se puede encontrar la anhedonia, que consiste en la pérdida de interés en cosas que antes sí que mostraba interés; apatoabulia, se trata de la pérdida o ausencia de

iniciativa al llevar a cabo una tarea; aislamiento social, realizando tareas de forma solitaria, ya que no quiere relacionarse con el resto de personas; y afectividad aplanada, se produce la reducción o la pérdida de expresión y de respuesta emocional. Cuando una persona muestra diversos síntomas negativos se puede producir la pérdida de neuronas (Maller y Lobato, 2015).

Cuando una persona acude a un servicio de Rehabilitación Psicosocial tiene las siguientes necesidades sociales:

- Aislamiento social: implica la evitación de los otros buscando la soledad, ansiedad ante el contacto con los demás, déficit en habilidades sociales... lo que conlleva a tener una red social más pequeña y menos eficaz, por lo que no se logra una integración social suficiente para su recuperación.
- Alta emoción expresada en la familia: debido a la enfermedad, tanto la persona que lo padece como los familiares, se encierran más en casa lo que produce un desgaste ya que pasan demasiadas horas al día juntos sin relacionarse con otras personas. Los familiares quieren que vaya todo bien y quieren ayudar a la persona enferma en todo lo que puedan, pero al no conocer bien la enfermedad o no saber qué hacer en cada momento, hace que se cree un estrés crónico en la familia que conlleva recaídas en la persona que padece esquizofrenia. Debido a este estrés crónico, tanto de la familia como del enfermo, reinan más las críticas, la hostilidad y las malas conductas que los comentarios positivos y el afecto necesarios para superar la enfermedad.
- Falta de manejo de los recursos sociales: para lograr una autonomía y una integración plena es necesario manejar correctamente los recursos sociales, pero existe una falta de entrenamiento del uso de los diversos recursos que la sociedad pone a nuestra disposición ya que siempre hay alguien que está dispuesto a hacerlo por lo persona enferma. Pero esto en realidad no le hace bien, ya que le retrasa y le crea mayor dependencia.
- Formación: en varias ocasiones la enfermedad aparece durante la adolescencia o en la primera edad adulta, lo que supone un parón en su formación y una gran dificultad para continuarlas en el futuro. Esto supone el cierre de muchas puertas laborales.

- Empleo: está relacionado con lo anterior, ya que sin una formación adecuada es difícil encontrar un empleo, sin un empleo no hay experiencia y sin experiencia se vuelve al mismo punto, la dificultad para encontrar el empleo. De esta manera la persona va perdiendo motivación ya que no sabe por dónde empezar.
- Economía: al no tener un trabajo no disponen de ingresos, por lo que van a depender de la familia y/o de sus pensiones. Al no haber cotización, la pensión será no contributiva (menos de 400 euros). Muchos tienen dificultad para manejar su dinero, provocando que la familia sea quien se lo administre. Pero esto puede traer consecuencias negativas para la persona con esquizofrenia, ya que podría provocar que no sea capaz de administrar mayores cantidades que para un café y tabaco. De esta manera le crea mayor dependencia. Se agrava la situación cuando la persona sufre otro trastorno como consumo de tóxicos o ludopatía.
- Vivienda: al no disponer ni de dinero ni de trabajo, no se puede lograr tener una vivienda. Sin red social, no hay amigos con los que convivir y es muy difícil encontrar una pareja. Se debe entrenar en autonomía a la persona con esquizofrenia antes de que los padres o familiares que se hagan cargo de la persona enferma no puedan cuidar más de ella. Tiene que tener responsabilidades y lograr que exista un rol importante que cumplir en la familia y en el hogar, ya que esto a su vez hará que se activen otras áreas de la persona.

Una vez analizadas las diferentes necesidades o consecuencias sociales de la enfermedad se puede comprobar que unas están relacionadas con otras, de manera que si una mejora las demás también lo harán.

2.5. IMPORTANCIA DE LA RED FAMILIAR

Se considera que la familia debe ser la fuente principal de los cuidados de un paciente con esquizofrenia. Esto supone repercusiones tanto emocionales como económicas, ya que los familiares deben satisfacer las necesidades básicas de los pacientes. Según datos de la OMS (2004), se cree que 1 de cada 4 familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental. Esto hace que la familia quede expuesta al estigma y a la discriminación por parte de amigos, vecinos y de la comunidad en general. Por esto, los cuidados de los familiares, denominados no formales, requieren de un mayor apoyo.

El cuidador principal de la familia es aquel que se encarga habitualmente de los cuidados del paciente y deberá tener en cuenta que puede sufrir diversos síntomas tras permanecer tanto tiempo pendiente del enfermo, como por ejemplo alucinaciones, ideas delirantes, disminución de la autoestima, riesgo de autolesiones... (Casa de Salud, 2013).

La familia debe hacerse cargo de los gastos, ya que el Estado o los seguros no cubren esa atención totalmente. También supone una gran inversión de tiempo en la atención al enfermo, lo que provoca, en muchos casos, la pérdida del trabajo o que no encuentren uno por no poder compaginar el cuidado con la vida laboral. A su vez se produce una pérdida de ingresos, lo que agrava la situación (OMS, 2004). Durante su recuperación, el paciente va a pasar por diversas dificultades, por lo que es de gran interés resaltar la importancia del rol de la familia, pues son un medio facilitador para poder ofrecer al paciente la mejor ayuda según su experiencia y necesidades.

El ambiente familiar ejerce mucha influencia sobre los pacientes con enfermedad mental grave y crónica, ya que es ahí donde estos depositan su confianza, creando una gran dependencia familiar. Dependiendo del comportamiento de la familia puede ayudar o empeorar el estado de la familia. En varias ocasiones ocurre que el proceso les ha ido deteriorando de tal manera que no son capaces de ofrecer ese apoyo que el paciente necesita, por lo que sus actuaciones solo sirven para perjudicarlo.

Por un lado, es importante que la familia se informe sobre la enfermedad, sus consecuencias y el tratamiento necesario, ya que deben estar preparados para posibles brotes psicóticos o recaídas. De esta manera sabrán qué hacer en el momento que ocurra e incluso poder identificar los factores que anuncian un brote e intentar anticiparse.

Por otro lado, la participación positiva de la familia en el proceso terapéutico ayudará al terapeuta, ya que la familia podrá informarle de la evolución y de los diversos cambios en el paciente, así como ayudarle a cumplir su tratamiento y que no lo abandone.

Dicho esto, se entiende que es de gran importancia que, tanto el terapeuta como la familia, trabajen juntos para lograr una pronta recuperación o estabilidad del paciente.

Dentro de las atenciones que debe realizar la persona encargada del cuidado del se encuentran (Casa de Salud, 2013):

- Cuidados a corto plazo: asegurarse de la alimentación y seguridad del paciente, crear una confianza y generar comunicación, intentar reducir las ideas delirantes, el riesgo a autolesionarse y aumentar su autoestima, entre otra.
- Cuidados a largo plazo: conseguir que el paciente acepte su enfermedad y sus limitaciones, mejorar su aseo, ayudarle a entender y diferenciar lo que es real de lo que no lo es, estar con él cuando tenga miedo...

En diversas ocasiones el enfermo puede presentar un ataque psicótico de manera que los familiares deben estar preparados. Las personas cercanas al paciente deberán saber o conocer los síntomas de un posible ataque, como la desconfianza, falta de sueño o explosiones inesperadas de mal humor. Al conocer estas fases o síntomas la familia podrá prevenir el ataque. Pero hay ocasiones que el ataque es inminente. En estos casos la familia deberá recordar que el paciente se encuentra en un estado de terror en el que ha perdido el control de lo que es real y lo que no, por lo que la persona que se encuentre a su cuidado deberá mantener la calma, sin gritar y llamar a un profesional.

En conclusión, la esquizofrenia es una enfermedad que afecta a un nivel emocional, económico y social, por lo que la familia debe asumir el rol tan importante que tiene en su recuperación durante el proceso terapéutico, participando en el proceso de estabilización como en la prevención de recaídas.

3. LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Los CRPS se consideran un recurso específicamente diseñado para facilitar los programas de rehabilitación psicosocial y dar el soporte necesario a la población diagnosticada de una enfermedad mental grave crónica, de manera que puedan tener una adecuada integración social. Esta población presenta graves dificultades en su funcionamiento personal, familiar, laboral y de socialización.

El CRPS consiste en un servicio de día que cuenta con programas estructurados de rehabilitación psicosocial destinados a personas con trastornos mentales graves. Con estos programas lo que se quiere conseguir es dotar a los usuarios de las habilidades y competencias necesarias que les permita vivir, aprender, relacionarse y trabajar con las mejores condiciones de normalización con el fin de potenciar su nivel de autonomía e integración social.

Cuenta con un piso de apoyo a la rehabilitación que consiste en un programa específico de alojamiento que ofrece distintos tipos y tiempos de estancia según las necesidades de los usuarios. Su objetivo fundamental es ofrecer residencia a personas que no puedan desarrollar un programa intensivo y continuado en el CRPS y que tienen dificultades para el acceso a estos centros por lo que no pueden desarrollar un plan de rehabilitación adecuado a sus necesidades.

También cuenta con diversos programas y actividades, de los cuales enumero alguno a continuación:

- Psicoeducación.
- Habilidades Sociales.
- Programa de actividades para la vida diaria (AVD).
- Autoestima y Autocontrol.
- Rehabilitación Cognitiva.
- Deporte/Piscina/Psicomotricidad.
- Técnicas de Relajación y Autocontrol.
- Escuela de familias.
- Integración y soporte en la comunidad.

- Taller de cocina.
- Video forum.
- Taller de prensa.
- Taller de informática.
- Taller de ocio y tiempo libre.
- Taller didáctico sobre enfermedad mental para maratón de cuentos.
- Taller de elaboración de adornos.
- Evaluación y registro de actividades diarias.

El equipo terapéutico de los CRPS estará integrado por diferentes profesionales especializados en: Psiquiatría, Psicología clínica, Terapia ocupacional, Enfermería y Trabajo social. Todos ellos contarán con una gran formación y experiencia en el campo de la atención a personas con trastornos mentales graves y crónicos.

El CRPS forma parte de la red de dispositivos de salud mental, encontrándose entre el Equipo de Salud Mental y los recursos de apoyo social destinados a esta población.

Las personas que acuden a los CRPS son diagnosticadas en su mayor parte de esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo, trastornos de personalidad, psicosis paranoides, etc. y que suelen tener un severo déficit en su desempeño social. Pero este déficit no está provocado únicamente como resultado del proceso psicopatológico, sino que también influyen en él las características personales y las del medio en el que vive la persona, los apoyos externos que pueda tener, etc. Es decir, los déficit en el funcionamiento psicosocial no se deben en exclusiva a la enfermedad mental, por lo que, unido a un tratamiento psicoterapéutico adecuado, la respuesta social y el apoyo profesional pueden solventar o paliar estas dificultades. Por tanto, el enfoque técnico en rehabilitación debe basarse en minimizar las discapacidades y variar la respuesta social que provoca la minusvalía, bien capacitando al usuario mediante entrenamientos específicos, instauración de hábitos, etc., o bien ofertando directamente el soporte social necesario para lograr un funcionamiento mínimamente aceptable.

En definitiva, el objetivo es posibilitar la integración social de las personas con enfermedad mental grave, y para ello es necesario contar con el soporte residencial, laboral-económico y relacional que permita hablar de dicha integración como cierta. El Centro de Rehabilitación se encamina fundamentalmente a favorecer y posibilitar los contextos relacionales y de utilización del tiempo libre, así como a asesorar y apoyar a las familias cuidadoras.

3.1. CARACTERÍSTICAS

Una vez realizada una pequeña definición de qué son los centros de rehabilitación psicosocial, se pueden dar a conocer una serie de características que deben ser inherentes a los CRPS:

- Se debe considerar, en primer lugar, al paciente como persona, primando el respeto por sus derechos. En segundo lugar, se debe realizar una implicación activa y responsable en el control de su proceso de rehabilitación.
- El centro debe estar, todo lo posible, incluido en el tejido de la comunidad. De manera que el centro esté localizado cerca de los lugares comunes de convivencia para que los usuarios puedan utilizar de una manera más fácil y eficaz los recursos socio-comunitarios del entorno.
- No debe ser un dispositivo diseñado hacia adentro, sino que sus actuaciones y actividades se deben, en la medida de lo posible, externalizar. Es decir, no solo se quiere que el centro sea un lugar donde los usuarios acudan a las instalaciones, si no que sea un lugar donde trabajar la normalización e integración y posteriormente utilizar esas actuaciones en el entorno.
- El centro no es un distribuidor de prestaciones, si no que es un activador de los recursos necesarios para la integración de los usuarios que necesiten de su ayuda.
- Es necesaria la coordinación con los diversos dispositivos o sistemas que forman parte del sistema sanitario y social para poder llevar a cabo una gran red de atención, e intervenir de manera adecuada con los usuarios derivados.
- Se deben individualizar las actuaciones en función de las necesidades, los intereses y las expectativas del paciente, ya que no todos los pacientes van a tener el mismo diagnóstico ni la misma evolución.
- Normalización en la medida de lo posible de las actuaciones, ya que no deben crearse programas, servicios o actividades exclusivas para cada paciente, sino que se pretende que se logren los objetivos utilizando los recursos existentes para el resto de los ciudadanos.

3.2. PRINCIPIOS ORIENTADORES

La práctica de la Rehabilitación Psicosocial promueve el reconocimiento de las personas con enfermedad mental grave y crónica como ciudadanos de pleno derecho. Por eso para llevar a cabo una adecuada atención, esta se debe sustentar en una serie de principios orientadores (Alonso, et al. 2016):

- Principio de normalización

La normalización consiste en poner a disposición de los usuarios los dispositivos, apoyos, actividades y recursos necesarios para que la persona con enfermedad mental crónica pueda tener un estilo de vida similar al del resto de la sociedad, sintiéndose integrado en ella.

Se necesita de la intervención del profesional del CRPS para determinar las necesidades, capacidades, objetivos y expectativas, tanto personales como familiares, necesarias para determinar el tipo de normalización, ya que cada persona tiene un estilo de vida diferentes.

También es necesaria una evaluación continua para comprobar el estado de la persona y si está consiguiendo los objetivos planeados con anterioridad.

- Principio de igualdad

Los Derechos Humanos enmarcan la ideología de la Rehabilitación Psicosocial, por lo que se considera que todas las personas deben disponer de las medidas necesarias para hacer efectivo su derecho a una ciudadanía plena. Significa que se debe capacitar a las personas con enfermedad mental crónica con las medidas necesarias para ejercer sus derechos en igualdad de condiciones.

- Principio de desinstitucionalización

Se busca que la persona enferma consiga cumplir con el desarrollo de sus habilidades y competencias utilizando el menor apoyo posible por parte de los profesionales, es decir, con la intervención mínima necesaria.

De esta manera, el paciente creará mayor autonomía y podrá desarrollar la posibilidad de satisfacer sus necesidades con éxito dentro de la comunidad.

En definitiva, lo que se quiere conseguir es que el usuario sea el que logre su propio proceso, por sus propios medios, y que la institución le brinde ayuda para establecer un equilibrio. Se le tiene que dar las armas necesarias para promover su independencia y autogestión.

- Principio de integración y participación ciudadana

Es necesario para la rehabilitación conocer y usar tanto los recursos comunitarios como el ambiente del usuario.

Para poder llevar a cabo un proceso adecuado, el profesional debe conocer las características, posibilidades y dificultades del lugar donde vive el usuario, ya que es ahí donde se quiere llevar a cabo su integración.

También consiste en utilizar los recursos que te da la comunidad, el ambiente, de manera que los usuarios gestionen su vida cotidiana, y se creen grupos de autoayuda entre usuarios y familias.

- Principio de autonomía e independencia

Exige el respeto a la capacidad que tienen las personas de decisión y el derecho a que se respete su voluntad en cuestiones que se refieren a ellos mismos. Lo que quiere decir que la práctica en Rehabilitación deberá ir orientado hacia la capacitación a las personas a tomar sus propias decisiones sobre su vida.

Se le acompañará y valorará sobre las ventajas e inconvenientes que trae la toma de decisiones, y se le capacitará para enfrentar los resultados. En definitiva, supone devolver, en la medida de lo posible, el control de su vida.

3.3. OBJETIVOS

El objetivo general y fundamental de los CRPS es conseguir que las personas con dificultades derivadas de un trastorno mental, recuperen o desarrollen aquellas habilidades y competencias necesarias para poder trabajar y vivir en el medio social. De esta manera, se pretende que el paciente pueda integrarse todo lo máximo posible en la sociedad y pueda llevar una vida de forma autónoma, mejorando su funcionamiento psicosocial, su red de apoyo socio-afectivo y dando un adecuado soporte social a las necesidades individuales.

"La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, en su artículo 3, al enunciar sus principios inspiradores en los apartados f) y g), respalda con fuerza de ley la razón de ser de los Centros de rehabilitación, propugnando: "la personalización de la atención teniendo en cuenta de manera especial la situación de quienes requieren de mayor acción positiva como consecuencia de tener mayor grado de discriminación o menor grado de oportunidades". Asimismo el apartado g) establece la necesidad de disponer medidas de prevención, rehabilitación, estímulo social y mental. [...] Los objetivos específicos del Centro son, por tanto, los asociados a una mejora del funcionamiento psicosocial, de la red de apoyo socio-afectivo y al ofrecimiento de un soporte social adecuado a las necesidades individuales."

AMRP (2007, pág. 29)

Dicho esto, se pueden detallar los objetivos específicos de los CRPS a continuación (Alonso, et al. 2016):

- Promover la recuperación o adquisición de las habilidades y competencias necesarias que permitan al paciente llevar una vida lo más autónoma posible, logrando una normalización e integración dentro de su contexto social y familiar.

- Asesoramiento, apoyo y educación para las familias de los pacientes, de manera que así puedan comprender mejor la enfermedad y puedan ser más competentes a la hora de ayudarlo.
- Potenciar la integración social de los pacientes, mediante el desarrollo de acciones que eviten el aislamiento.
- Contribuir en el mantenimiento del paciente en su entorno, potenciando su integración familiar y social, el uso de recursos normalizados y evitando el riesgo de recaídas.
- Proporcionar soporte y apoyo comunitario destinados a la población enferma mental crónica, creando actividades que sirvan para estructurar una rutina diaria.
- Colaborar en el apoyo y formación de otros profesionales, entidades, asociaciones y voluntarios que colaboren en la atención a los pacientes.
- Dirigir una constante coordinación con el sistema sanitario de salud mental y el de servicios sociales, para ofrecer un mejor acceso a las ayudas y prestaciones de ambos servicios.
- Ser participe en el desarrollo de actividades de investigación y formación para la mejora constante de la atención prestada por el servicio.

En resumen, se puede decir que la rehabilitación de personas con enfermedad mental grave y crónica tiene como metas, por un lado, el ajuste a la vida diaria del usuario y, por otro la mejora de la calidad de vida, ayudando a estas personas a asumir las responsabilidades sobre sus vidas y a funcionar en la sociedad que le rodea tan activa e independientemente como sea posible

3.4. METODOLOGÍA

La atención que presta el CRPS se centra en una serie de fases secuenciales que parten del establecimiento de diversos objetivos o metas que se quieren lograr con los pacientes mediante los programas de intervención (AMRP et al, 2007):

- En primer lugar se encuentra la derivación, en la cual las personas con enfermedad mental pueden ser derivadas o informadas por los servicios de salud mental. También pueden llegar al centro por los servicios sociales u otras entidades públicas o privadas, o por iniciativa propia. Los Servicios de Salud Mental se consideran el eje que articula la atención a las personas con enfermedad mental grave, por lo que son los primeros y últimos responsables de los tratamientos y de asegurarse de la continuidad de cuidados. Los programas de Continuidad de Cuidados de los Servicios de Salud Mental están destinados a facilitar a la persona las prestaciones que incluya el servicio, rehabilitación, cuidados y apoyo comunitario que más se le adecue a su patología y momento vital.

Una vez que el usuario se encuentre en el Centro de Rehabilitación Psicosocial, se asegurará de que este cuente con un profesional de referencia, que será el encargado de realizar la derivación en coordinación con los Equipos de valoración. La derivación deberá ir acompañada de toda la información posible del usuario, tanto desde la perspectiva clínico-psiquiátrica, como desde el funcionamiento psicosocial y entorno social.

La introducción al CRPS deberá ser de forma progresiva y lo menos traumática posible para el paciente. La recepción debe ser llevada a cabo por la persona que se determine anteriormente. En este primer contacto entre el usuario y el equipo de trabajo se tiene que lograr que se conozca un poco el espacio físico y las actividades y programas del centro, y conocer las expectativas que tienen tanto el usuario como la familia.

- En segundo lugar, se encuentra la evaluación o valoración previa: consiste en una fase muy importante y determinando para el desarrollo posterior del programa. Se realiza una valoración previa tanto a la persona con enfermedad mental como a su familia sobre las habilidades, capacidades y limitaciones que

poseen. La evaluación se realiza a través de citas sucesivas con el tutor y el trabajador social, ya sea en el centro o con visitas domiciliarias. Se alarga en el tiempo a través de un grupo de acogida y de las actividades de apoyo y soporte social en las que el usuario quiera participar durante el proceso.

La evaluación consta de dos partes diferenciales: usuario y familia, intentando dar un marco global de valoración del grupo familiar.

La evaluación inicial se realiza atendiendo a cuatro fuentes: usuario, familia, observación directa de los profesionales del CRPS e información enviada por los servicios implicados en la derivación. La información que se recoge es sobre los autocuidados denominados actividades de la vida diaria básica, autonomía personal denominados actividades de la vida diaria avanzadas, integración social, aspectos cognitivo, autocontrol, habilidades sociales, medicación y tratamiento, familia, psicopatología y aspectos laborales.

- En tercer lugar, se encuentra el Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR): se trata de un contrato activo y consensuado entre la familia, el usuario y los profesionales del CRPS. La participación de la unidad familiar y de propio usuario en el proceso de rehabilitación se hace imprescindible.

Es necesario que se lleve a cabo una metodología de trabajo y con secuencias determinadas si se quieren lograr los objetivos señaladas en el PIR.

Las características del Plan Individualizado de Rehabilitación se resumen en:

- × Evaluación de déficit y capacidades: ya que interesan tanto sus dificultades o carencias, como sus capacidades o potencialidades.
- × Delimitación clara de objetivos: lo más convenientes en este apartado es desglosar los objetivos, es decir, colocar los objetivos principales, asociados a cada una de las áreas de evaluación, y los objetivos urgentes, aquellos encaminados a posibilitar los procesos de rehabilitación.
- × Realizar un plan estructurado, secuencial e individualizado. Los objetivos no se pueden alcanzar todos a la vez, por lo que hay que trabajar en unos antes que en otros.

- × Delimitación en el tiempo: se deben marcar unos tiempos determinados para favorecer la motivación e implicación de los usuarios. De esta manera se impide que se entre en una dinámica de cronicidad.
- × Adecuación al contexto del usuario: teniendo en cuenta las características de su entorno, sus apoyos o falta de ellos, las facilitaciones...
- × Adecuación a las expectativas del usuario: las actuaciones deben ir encaminadas a las expectativas y necesidades de los usuarios ya que la relación entre profesional y paciente podría dañarse de no ser así.
- × Implicación del usuario y de la familia en la confección y desarrollo del PIR: si no se cuenta con esta implicación el plan no podría ser desarrollado.
- × Salida real de reinserción: se tiene que prever la salida del Centro de Rehabilitación en el PIR.
- × Evaluación continua del desarrollo del plan de sus resultados: y a su vez una adecuación del mismo.

A partir de este momento el usuario comienza los programas y actividades acordadas, haciéndose una evaluación pre y post de cada uno de ellos, con el objeto de valorar su eficacia.

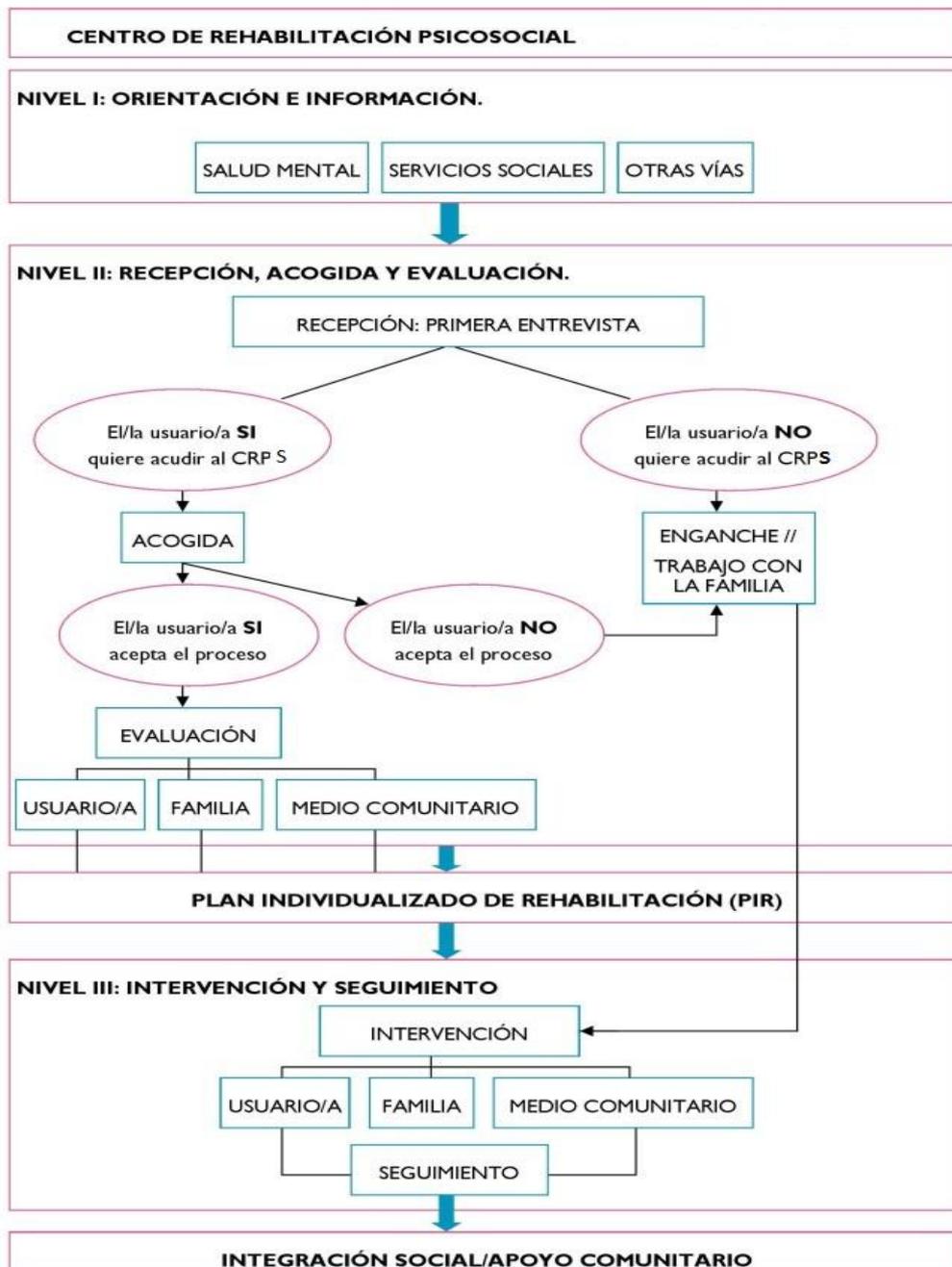
- En cuarto lugar, se encuentra la intervención: se trata de poner en marcha las actividades establecidas para lograr los objetivos marcados en el Plan Individualizado de Rehabilitación. La metodología fundamental de intervención se realiza a través de la entrada en los diferentes programas de trabajo del Centro de Rehabilitación Psicosocial. Aunque reina el modelo de trabajo grupo, en diversas ocasiones es necesario una intervención individual. El trabajo grupal se desempeña con el propósito de crear una resocialización, para que los usuarios logren el mayor número posible de roles sociales y aumenten y mejoren sus capacidades relacionales.

Es necesario un control por parte del centro de la idea de trabajo grupal, ya que se pueden dar aspectos relacionales no formalizados en las actividades estructuradas, es decir, aspectos que no están bien visto en la sociedad y que por tanto no les serviría para su rehabilitación.

- En quinto y último lugar, se encuentra el seguimiento y apoyo comunitario: es la actuación final dentro del proceso de intervención. Una vez que se han logrado los objetivos recogidos y definidos en el PIR, se procede al alta del centro y a la incorporación social y comunitaria del usuario. Todo ello llevando a cabo un seguimiento y mantenimiento de todo lo logrado durante el proceso. Este seguimiento se lleva a cabo a través de contactos periódicos con citas programadas, visitas al domicilio o por contacto telefónico. Y poco a poco se va procesando la separación progresiva del CRPS, y en los casos que sea necesario y posible un seguimiento posterior a través de los Servicios de Salud Mental de referencia del usuario.

ESQUIZOFRENIA Y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Gráfico número 1 : Esquema de la atención que ofrece los CRPS por niveles:



Fuente: Centro de Rehabilitación Psicosocial e Investigación (asaenec).

4. EL TRABAJO SOCIAL EN ESTOS CENTROS

"La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia incluye, dentro de los colectivos beneficiarios de las prestaciones propuestas en la misma, a las personas con enfermedad mental grave. Esta Ley ha dado un paso decisivo para rescatar a este conjunto de personas, tradicionalmente marginadas o excluidas de actuaciones específicas desde los sistemas sanitarios y sociales del Estado"

AMRP et al (2007)

Este cambio positivo hace que se lleven a cabo diversos recursos específicos para personas con trastorno mental grave y persistente. De esta manera, se asegurará una adecuada intervención desde el ámbito sanitario, la oferta de prestaciones para su reintegración social y la mejora de sus capacidades personales y sociales.

Con estos dispositivos se quiere cubrir tres facetas básicas de los usuarios para lograr su reintegración: residencial, económica y red social.

Tal y como viene redactado en el Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial (2007), *"la propia Ley General de Sanidad [...] explicita que se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales"*

4.1. PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL

El trabajador social atenderá a la población inscrita al dispositivo de atención de salud mental, que en este caso se trata de los CRPS. Trabajaré con el paciente para adaptarlo al entorno social sirviéndose de los recursos que la propia comunidad ofrece. Se trata de pacientes con trastorno mental grave, mayores de 18 años y que han sido diagnosticados de esquizofrenia u otro trastorno psicótico. Presentan déficits que tienen que ver con la autonomía personal, baja autoestima, dificultades de competencia social, problemática familiar... (Aroca, et al. 2012).

El proceso de atención de pacientes psiquiátricos tiende a estabilizar o mejorar el funcionamiento del mismo con respecto a su adaptación social, de manera que el trabajador social deberá colaborar con el paciente en la identificación de su problemática, tratando de motivar el cambio.

Supone un mediador entre la institución psiquiátrica y las demandas de los pacientes y sus familiares. Debe conocer todo del paciente, su problemática, su entorno, sus familiares... para poder encaminar un modelo de atención sanitario adecuado y que responda a sus demandas.

El trabajador social debe fomentar que el usuario tenga un papel activo y se involucre en su proceso de atención. Para ello, será necesario que el paciente encuentre causas, razones y motivos que den sentido a los objetivos de intervención mediante el diseño de estrategias específicas de motivación.

Realizaré, junto al paciente, diversas actividades con el objetivo de que este vaya ganando independencia y pueda ir recuperando o desarrollando las habilidades y competencias necesarias para poder llevar una vida autónoma e independiente. Es decir, se quiere lograr el empoderamiento de la persona con enfermedad mental crónica para que pueda lograr una integración social y familiar.

En estos centros interviene un equipo variado de profesionales con un marco de carácter socio-sanitario, por lo que el trabajador social deberá trabajar de forma coordinada con ellos en sus actuaciones para lograr una atención integral y de calidad.

También el propio trabajador social deberá tener una formación continua y una especialización, que le permitirá realizar su actuación con mejores resultados.

Servirá de apoyo y acompañamiento en todo momento tanto al paciente como a los familiares durante el proceso de rehabilitación, creando una relación de confianza y dando seguridad a todas las partes. De esta manera la comunicación será más fluida y se verán mejores resultados.

Es muy importante que el trabajador social tenga una buena motivación, actitud, compromiso, formación y expectativas para alcanzar los objetivos establecidos. Deberán estar comprometidos activamente con la rehabilitación y tener una actitud de respeto hacia el enfermo mental como ciudadano, y unas expectativas positivas en sus posibilidades y potencialidades de mejora y de integración.

En definitiva, el trabajador social, en coordinación con los demás profesionales del CRPS, debe trabajar con el paciente tratando de que la persona comprenda a que obedecen sus conductas y como todo ello incide en las personas que lo rodean, superando las crisis, dificultades, carencias y pérdidas que se encuentran durante el proceso de rehabilitación, implicando a la persona y a los familiares, en la medida de lo posible, en la resolución de sus problemas y la gestión de los recursos sociales, dando pie a que surjan alternativas en lo personal, familiar o social durante lo que dura la relación terapéutica.

4.3. FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL

El Equipo de los CRPS deberá estar formado por el Director o la Directora, uno o dos psicólogos, un trabajador social, un terapeuta ocupacional y un auxiliar administrativo. Cada uno contará de unas funciones bien detalladas y organizadas, pero yo me centraré en las funciones del trabajador social, contándole como un elemento más dentro del equipo, el cual desde su disciplina aportará los instrumentos necesarios para alcanzar los objetivos para los que se creó el recurso: contenido, rehabilitación y reinserción comunitario del trastorno mental severo.

Según el documento elaborado por el Grupo de Trabajo de Salud Mental del Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya (2014), las funciones se pueden dividir en: atención directa; atención indirecta y formación, docencia e investigación.

En primer lugar, se hace referencia a la atención directa en la que se encontraría:

- Un trabajo individual y familiar, basado en la realización de entrevistas de acogida con el usuario y la familia, explorando y evaluando sus situaciones y recogiendo toda la información posible para hallar las situaciones de riesgo y las necesidades sociales individuales, grupales y familiares.
- Un trabajo del caso en el equipo interdisciplinar, participando en la elaboración del Plan Individualizado de Reinserción.
- Una intervención social, mediante un trabajo directo con el usuario, creando una relación de trabajo con el usuario y la familia en función de sus necesidades. Ayudando al individuo a afrontar los cambios, favorecer los procesos de sociabilización y apoyar los procesos formativos y laborales para lograr una reinserción. Prevenir las recaídas mediante un seguimiento y evaluación del proceso de intervención. Asesorar sobre los recursos existentes, y sobre su mejor utilización. Darles contenido y apoyo.
- Un trabajo grupal, mediante la detención de dificultades colectivas. Este trabajo grupal permite que las personas se interrelacionen entre ellas, que aprendan unas de otras, que eviten el aislamiento, que tengan un espacio para contar sus angustias, que se potencie la comunicación, etc. Complementa la

intervención individual, de manera que pone en contacto tanto los recursos como las potencialidades de cada uno. Esto hará que su integración en la sociedad sea más fácil. Pero este trabajo grupal también se orienta hacia las familias, para promover la autoayuda, se potencia la comunicación y se comparten historias con otras familias que sufren la misma problemática y se aclaren procesos de ayuda.

En segundo lugar, se hace referencia a la atención indirecta, en la que se encontraría:

- Una coordinación interna, mediante reuniones de equipo para plantear diferentes programas y elaborar los objetivos de cada PIR. Y una coordinación externa, para establecer una relación con los servicios que intervienen con el usuario, y que se consideran básicos para su rehabilitación.
- Un trabajo comunitario, en el que sería básico la sensibilización del entorno social y la concienciación de la población sobre la enfermedad. Pero no solo es necesario hacerlo con la población, también es importante concienciar a las diferentes administraciones, para que colaboren en la creación de proyectos de inserción social y laboral para personas con enfermedad mentales. Hay que fomentar la participación de los usuarios en los recursos del entorno.
- Unas gestiones dirigidas a recursos específicos que solucionen las problemáticas de los usuarios.
- Una elaboración de documentación en la que vengán recogidos los recursos comunitarios existentes, y como poder acceder a ellos.
- Una planificación y evaluación, en la cual se elaboren programas propios del trabajador social. Realizando el seguimiento de las actividades llevadas a cabo y su posterior evaluación.

Y en tercer, y último lugar, se encontraría la formación, docencia e investigación, en la que se hace referencia a:

- Una formación continua por parte del trabajador social en la oferta formativa que ofrece el centro: jornadas, seminarios...
- Una colaboración como docente como jefe de prácticas en las escuelas y facultades universitarias de Trabajo Social.

- Una investigación, en la que se lleve a cabo un estudio de la realidad social y elaborando programas de actuación

5. CONCLUSIONES

Se puede determinar que el trabajo social en salud va a depender de cómo lo quieran afrontar los propios trabajadores sociales para llevar a cabo una atención integral a los pacientes con enfermedad mental grave. Se deben atender sus necesidades y las de su entorno, adaptándonos a las circunstancias sociales, culturales y políticas del momento, con una actitud de motivación y de respeto por los usuarios.

Los trabajadores sociales deben apoyar y acompañar al usuario en todo el proceso, poniendo a su disposición los recursos de los que se dispone. Pero hay que tener en cuenta que no solo deben actuar como gestores de recursos, sino que son activadores de los recursos necesarios para la integración de los usuarios que necesiten la ayuda.

El trabajador social debe tener una formación continua, ya que trabaja con personas con unas necesidades que van cambiando, y más en salud mental. De esta manera el profesional tendrá mayor facilidad para enfrentarse a las demandas que los usuarios con enfermedad mental grave pueda presentarle.

Es muy importante que haya una prevención y una sensibilización de toda la sociedad sobre la salud mental, ya que sobre los enfermos mentales se conoce muy poco, y la mayoría de lo que se conoce son mitos, prejuicios y estereotipos. Por esto los enfermos mentales están muy estigmatizados y tienen diversas dificultades a la hora de integrarse en la sociedad, por lo que son más vulnerables.

También es necesario, por parte de los trabajadores sociales, que se reconozca la labor de la profesión, ya que solo se reconoce por parte de otros profesionales. Se necesita una reorganización para situarse en el nivel profesional que le corresponde, buscando una identidad especializada.

Dentro de la Salud Mental, el Trabajo Social es una profesión que tiene muchas metas que alcanzar, por lo que va a necesitar de tiempo, espacio, recursos, creatividad y muchas ganas de trabajar en ello.

Lo importante aquí son las personas y conseguir motivar un cambio en ellas para que puedan llevar una vida lo más normal que se pueda dentro de la sociedad.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Abeleira Padín, German (2012): "*Esquizofrenia*". Universidad de Salamanca.
- Alonso Martos et al., (2016): "*Guía de funcionamiento y calidad de los centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)*". Comunidad de Madrid, Consejería de Políticas Sociales y Familia.
- Aroca, Fons, Lucía; et al. (2012): "*Intervención del/a trabajador/a social en las unidades de apoyo a la Salud Mental*". Equipo Trabajadores Sociales USM, USMI, UME, HD y UR.
- Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMRP). Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales (INTRESS). Asociación Guipuzcoana de Familiares de Enfermos Psíquicos (AGIFES) (2007): "*Modelo de centro de rehabilitación psicosocial*". Colección Documentos Serie Documentos Técnicos, N.º 21016. Madrid. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Ballesterio Izquierdo, Alberto; Viscarret Garro, Juan Jesús; Úriz Pemán, María Jesús (2013). "*Funciones profesionales de los trabajadores sociales en España*". España, Universidad Pública de Navarra.
- Blanco de la Calle, Andrés y Pastor Martínez, Ananías, (1997). Area I: Marco General, Punto I: Las personas con enfermedades mentales crónicas: delimitación, problemática y necesidades. "*Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*", Rodríguez González, Abelardo (director y coordinador). Madrid. Editorial Pirámide.
- Casa de Salud (2013). "*Cuidados de un paciente con esquizofrenia y como actuar ante un ataque*". Recuperado de:
<http://www.casadesalud.com.mx/articulos/cuidados-de-un-paciente-con-esquizofrenia-y-como-actuar-ante-un-ataque/>>
- Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM) (2017): "*Esquizofrenia*". Recuperado de:
<http://www.cibersam.es/programas-de-investigacion/esquizofrenia>
- Frances, Allen; Alan, Pinous, Haarlid; B. First, Michael (1995). "*DSM - IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*". Barcelona, España. Masson, S.A.

- Garcés Trullenque, E.M^a. (2010) "*El trabajo social en salud mental.*" Cuadernos de Trabajo Social, (23), 333-352. Universidad de Zaragoza.
- González, González, L., et al. (2009): "*Estudio del estigma de la esquizofrenia en los estudios de enfermería*". XXVI Congreso Nacional de enfermería de Salud Mental.
- González, Núñez, Hugo (2016): "*Esquizofrenia*". Recuperado de: <http://www.webconsultas.com/esquizofrenia/causas-de-la-esquizofrenia-528>
- Grupo de Trabajo de Salud Mental del Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya (2014): "*Funciones del Trabajador Social en el campo de la salud mental*"
- Guimón Ugartechea, J., (2002). "*Los profesionales de la Salud Mental: actividades, vicisitudes y formación*". Ginebra, Madrid, Nueva Cork: Core Academia.
- Jamil, El Bahi, Mohammed(2011): "*Papel De La Familia En Pacientes Con Trastornos Psicóticos.*" Averroes. Recuperado de: <http://averroespsicologos.blogspot.com.es/2011/05/papel-de-la-familia-en-pacientes-con.html>
- Moreno, Cidoncha, Esther (2014): "*Esquizofrenia*". Psicología online. Recuperado de: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/esther/esquizofrenia1/>
- Organización Mundial de la Salud (2004). "*Invertir en Salud Mental*". Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud (2016): "*Nota descriptiva N°397*". Recuperado de : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
- Rebolledo, Moller, Sergio; Lobato, Rodrigues, María José (2005). "*Como afrontar la esquizofrenia. Una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas*". Madrid. Grupo Aula Médico.
- Rodríguez González, Abelardo (director y coordinador), (1997). "*Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*". Madrid. Editorial Pirámide.

- Salovera, Bordás, Carlos; Gast i Ballester, Margalida; Antoñanzas, Lobarda, José Luis (2010). *"Habilidades sociales en la esquizofrenia. Trabajo social vs psicología"* Documento de trabajo social nº48, ISSN 1133-6552/ ISSN Electrónico 2173-8246.
- Valencia Collazos, Marcelo (2007): *"Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día mundial de la Salud Mental de 2007"*. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.