



FACULTAD DE EDUCACIÓN DE PALENCIA
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

**"LA EXCLUSIÓN SOCIAL Y LOS TRASTORNOS
MENTALES. DE LA ENFERMEDAD A LA SALUD
MENTAL"**

**TRABAJO FIN DE GRADO
EDUCACIÓN SOCIAL**

AUTOR/A: VIRGINIA PÉREZ SAN JOSÉ

TUTOR/A: MARÍA CRUZ TEJEDOR MARDOMINGO

Palencia.

RESUMEN:

El siguiente trabajo fin de grado reflexiona sobre la exclusión social que padecen las personas que tienen una trastorno mental. Hace un recorrido histórico en la evolución de la enfermedad mental y de la situación socio-comunitaria del momento.

El TFG trata sobre conceptos como, estigma, autoestigma, enfermedad y salud mental, para explicar la exclusión social de personas con un trastorno mental y la estigmatización que sufre la propia enfermedad mental. El marco educativo donde se desarrolla un individuo, es la clave en una comunicación bidireccional entre personas que tienen un trastorno y su entorno comunitario.

En los últimos años, la figura del/la educador/a social se consolida en un marco socio-sanitario de recuperación de personas con enfermedad mental, siendo hasta entonces, únicamente, competencia de figuras sanitarias como psiquiatras y psicólogos/as entre otros/as.

El desarrollo del trabajo comprende cuatro partes: una introducción como justificación a los contenidos tratados, un desarrollo teórico con una lectura de una amplia bibliografía de distintos campos (educativa/social, psicológica y del campo de la psiquiatría entre otros), un caso práctico con un diario de campo donde los contenidos teóricos fundamentan el trabajo de campo y su metodología y por último, unas conclusiones que reflexionan sobre el proceso rehabilitador del caso práctico y sobre mi figura como educadora social dentro del recorrido profesional.

ABSTRACT :

The following end of degree paper reflects on the social exclusion that is experienced by people with mental disorders. It takes a historical route in the evolution of the mental illness, and the socio-community situation of the moment.

The TFG is about concepts like, stigma, self-stigma, illness and mental health, to explain the social exclusion of people with a mental disorder and stigmatization suffered mental illness itself. The educational framework where an individual develops is the key to a bidirectional communication between people who have a disorder and community environment.

In the last years the figure of the social educator has strengthened itself in a socio-sanitary frame of recuperating people with a mental illness, being until then, only, the responsibility of health figures such as psychiatrists and psychologists among others.

The development of the paper consists of four parts: an introduction as a justification of the contents addressed, a theoretical development with a reading of a broad bibliography of different fields (educational/social, psychological and of the field of psychiatry among others), a practical case with a field journal where the theoretical contents are based on field work and its methodology, and last the conclusions that reflect on the rehabilitative process of the practical case and my figure as a social worker inside of the professional journey.

PALABRAS CLAVE: Educación Social, Vínculo afectivo, Salud mental, Estigma, Exclusión social, Acompañamiento terapéutico, identidad social, Inclusión social, Trastornos, Competencias educador/a social, Comunidad.

KEYWORDS: Social Education, Affective bond, Mental health, Stigma, Social exclusion, Therapeutic accompaniment, Social identity, Social inclusion, Disorders, Social Educator responsibilities, Community.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	5
2. OBJETIVOS/RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS DEL TÍTULO.....	6
<u>METODOLOGÍA, DISEÑO Y APLICACIÓN PRÁCTICA:</u>	
3. CONCEPTOS BÁSICOS.	
3.1. Salud y Enfermedad Mental.....	8
3.1.1. Según la OMS.....	9
3.1.2. Otras definiciones de salud mental.....	10
3.2. Exclusión Social. La Importancia de lo Social.....	10
3.2.1. La identidad social.....	11
4. LA REFORMA PSIQUIÁTRICA.	
4.1. Los primeros movimientos de la Reforma Psiquiátrica.....	13
4.1.1. Francia.....	13
4.1.2. Gran Bretaña.....	13
4.1.3. Italia.....	14
4.1.4. España.....	14
5. ENFOQUE COMUNITARIO.....	15
6. ENCUADRE TEÓRICO: ESTIGMA, ENFERMEDAD MENTAL Y EXCLUSIÓN SOCIAL.....	17
7. EL VÍNCULO COMO HERRAMIENTA DE INCLUSIÓN.	20
8. LAS PSICOSIS Y EL ACTO EDUCATIVO COMO MODELO DE INCLUSIÓN.....	22
9. CASO PRÁCTICO.	
9.1. Justificación.....	24
9.2. Metodología.....	26
9.3. Desarrollo del caso.....	26
9.3.1. Datos Biográficos.....	26
9.3.2. Derivación al Centro de Día.....	28
9.4. Diario de Campo.....	31
<u>PARTE FINAL:</u>	
10. CONCLUSIONES.....	46
11. LISTA DE REFERENCIAS.....	52
12. LISTADO DE SIGLAS.....	54

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

Siempre me he considerado una persona de mente abierta, una profesional que sabía mantenerse dentro de los límites emocionales que la profesión de educadora social me ha exigido desde los inicios. Aún recuerdo la primera vez que atendí a una persona; teníamos una cita para hablar sobre el encuadre de su asistencia al Centro de Día pero vino un día antes y me dijo “*Virginia, lo siento, pero tenemos que posponer nuestra cita porque he de volar hasta Estados Unidos para apoyar a Obama; ayer me lo dijo y yo no quiero defraudarlo*”. No daba crédito a lo que estaba escuchando pero tampoco sabía qué palabras utilizar para decirle que era un delirio suyo, que la televisión era imposible que le hablase. No supe escuchar lo que me decía ya que estaba muy centrada en pensar que lo que me contaba no era real; sólo estaba en su mente y como tal, tendría que eliminar ese contenido para poder vivir dentro de la “Comunidad”. Estaba dando especial importancia al contenido, al lenguaje en sí, sin escuchar el cómo me lo decía, el porqué me lo estaba diciendo y la angustia que ello le provocaba.

He tenido una gran suerte al seguir trabajando en el campo de la Salud Mental; después de 6 años, puedo decir que he aprendido a escuchar aquello que me dicen de una manera diferente; hoy entiendo el sufrimiento que hay detrás del delirio, el lenguaje que utilizan y aquello que la persona quiere transmitir. Aún así, tengo mucho que aprender.

Las personas necesitamos crear nuestras propias herramientas para seguir adelante, para ir encajando todas aquellas situaciones que nos van sucediendo. El problema viene cuando nuestras herramientas son insuficientes o erróneas, porque este hecho nos irá conduciendo hacia la soledad de la incompreensión, hacia la exclusión. La exclusión social como resultado de un proceso en el que los propios síntomas pueden excluirte y si esta situación perdura en el tiempo, entonces estaríamos hablando de un problema de difícil solución.

Una persona no está loca porque sí, porque le ha tocado vivir eso y fin de su historia personal. Una persona nace y se desarrolla dentro de un entorno familiar y social; ambos influyen directamente sobre nosotros y hoy somos lo que hemos ido creando en relación con el mundo.

El trabajo más importante como profesional, es una implicación emocional apropiada, una adecuada puesta en práctica de las habilidades de comunicación y capacidad de trabajo en grupo. Todos tenemos prejuicios a cerca de la enfermedad mental y de la personas que padecen una trastorno, pero cuando vemos a la persona en su entorno, con su familia, con sus amistades (y todo esto, entendiendo que está dentro de una red social en el mejor de los casos), se puede entender más de los “porqués”.

A lo largo de mi vida el concepto de enfermedad mental ha ido cambiando, como minoría que son en relación a la población en general, pensaba fuesen ellos los que tenían que cambiar o modificar parte de su conducta (eliminando todo tipo de delirios, dejando de hablar solos, adecuando su manera de caminar, hablar, de relacionarse con el resto de la gente, ajustando todo tipo de conductas obsesivas,...)

En un principio, necesitaba saber cuál era su diagnóstico para saber a qué comportamientos, problemas y/o necesidades debía enfrentarme. No quería errar, decir una palabra de más o de menos, estaba concentrada en que el/la usuario/a me viera segura de mí misma en todo momento para que viera la mejor manera de relacionarse y no sólo eso, sino que estaba preocupada de que “ellos/as” no me notasen que no les creía y que les trataba como una persona “normal”. Menos mal que el factor “sentido común” empezó a llamar a mi cabeza. Pero no sólo el sentido común, también empecé a leer distintas maneras de entender la salud mental y a pasar más tiempo fuera del despacho para escuchar a la persona usuaria del Centro de Día.

El trabajo más arduo está justo antes de la exclusión social, antes de que la persona se sienta excluida de la sociedad, antes de que la sociedad piense que no hay un espacio para personas con una enfermedad mental; simplemente porque no lo hacemos con otros colectivos con otro tipo de enfermedades.

Las voces y las creencias extrañas no son el problema, es la relación de esa persona con las experiencias la que determinará su grado de malestar.

En el siguiente trabajo, he considerado importante encuadrar la locura, la exclusión social y sus orígenes ya que la locura no puede ser reducida a un hecho natural sino que constituye un acontecimiento histórico.

Después de trabajar en el día a día con profesionales de la psiquiatría y de la psicología, me doy cuenta que el papel de la educación ha sido secundario. La educación parte de las potencialidades para lograr el máximo de la persona, lo que no basta cuando se considera la realidad que rodea la psicosis. Después de reflexionar sobre esta idea, he entendido que debía relacionar el acto educativo con los trastornos y su evolución, encuadrándolo dentro de un marco común al individuo, se puede entender mejor en el proceso de las psicosis.

Para hablar de la reforma psiquiátrica he tomado como referente a Manuel Desviat; un icono y pieza clave para entender el proceso de desinstitucionalización psiquiátrica en España. Él se ha mostrado siempre colaborador para darme todo tipo de información sobre el tema y sobre su experiencia. A través de él se puede entender la confianza plena en la persona, en la recuperación y en todas sus posibilidades.

Desde 1985 es director de una red de atención alternativa de atención en la zona de Leganés-Fuenlabrada de Madrid. Esta red parte de los antiguos manicomios de la ciudad y él ha logrado dirigir junto con un extenso equipo multidisciplinar, dicho proyecto.

2. OBJETIVOS Y RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS DEL TÍTULO.

Los objetivos propuestos con el presente trabajo son los siguientes

- Definir un recorrido histórico de la enfermedad mental para entender el momento actual en el que se desarrolla la rehabilitación psicosocial.
- Reflejar la importancia del papel que juega el entorno comunitario y la red social de una persona como aspecto rehabilitador.
- Exponer mediante un diario de campo, el papel del/la educador/a social dentro del ámbito de la salud mental y dentro de un equipo multiprofesional.
- Explicar la importancia que tiene la educación en el proceso de inclusión social de personas con enfermedad mental.

Con el TFG he querido reflejar la evolución de la educación social en un contexto de intervención socioeducativa de la salud mental ya que desde sus inicios hasta el momento ha pasado por distintos estadios; en sus inicios era entendida desde el buen hacer y la beneficencia, en la actualidad la educación social se desarrolla en una estructura organizada de intervención adecuada al contexto social del momento. El caso práctico está directamente relacionado con la parte teórica ya que aquellas técnicas que se emplean en el seguimiento de una intervención tienen su origen en los fundamentos teóricos de la educación social, aplicando las estrategias socioeducativas en los distintos contextos. Ser competente para diseñar los medios didácticos adecuados a las personas, situaciones y contextos, evaluar por su naturaleza y por su aplicación didáctica en la intervención socioeducativa son las líneas de trabajo del/la educador/a social.

Toda actuación debe mantener una coherencia con las políticas de bienestar existentes del momento ya que de ellas depende la inclusión de personas con un trastorno. Por lo que estar en conocimiento de los planteamientos políticos es realizar y poner en práctica líneas de intervención social factibles y acordes a dicha realidad.

En el TFG se refleja cómo el/la educador/a social debe adaptarse a los cambios sociales y a las diferentes etapas por las que pasa una sociedad. De igual manera, dentro de una mismo campo de actuación (salud mental, drogas, violencia de género,...) hay que distinguir las diferentes etapas evolutivas del ser humano para adecuar la intervención. El presente trabajo se basa en la etapa adulta de la enfermedad mental, en el caso de encontrarnos en otra etapa evolutiva, estaríamos hablando de otros métodos de actuación.

En todo proceso socioeducativo, los factores biológicos y ambientales son un elemento de cambio, por ello, deberíamos utilizarlo como un instrumento de intervención ya que la persona se encuentra dentro de un marco de relaciones socioambientales en movimiento.

Porque la educación social no tiene sentido por sí sola (como ninguna otra especialidad que trabaja con personas), en el TFG he aludido continuamente a las bases psicológicas acompañadas de teorías de la psiquiatría. Los equipos multidisciplinares se basan en la variedad ya que la propia persona no existe por sí sola, sino dentro de un contexto socio-psico-educativo con necesidades distintas.

El trabajo del/la educador/a social se desarrolla principalmente en la comunidad; en el trabajo explico cómo en el proceso rehabilitador de una persona con enfermedad mental debe ser dentro de su red socio comunitaria, siendo este entorno favorecedor de su proceso.

3. CONCEPTOS BÁSICOS:

3.1. SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL.

El concepto de “salud mental” es de difícil definición. Varias son las causas. La primera es que se trata de un concepto cuyo contenido es, mayormente, valorativo. De acuerdo a Desviat (2007) en *De Locos a Enfermos*, las distintas evaluaciones de los síntomas y procesos tanto afectivos como cognitivos y comportamentales que se utilizan para designar a una persona o grupo social como sano o enfermo, varían según las representaciones sociales dominantes en cada cultura y período histórico. El que una persona sea considerada como enferma, no sólo depende de las transformaciones que pueda tener su personalidad sino de las actitudes de la sociedad con relación a este tipo de transformaciones. Este hecho demuestra la importancia de los valores sociales en la definición de la salud o la enfermedad mental. Así, en todas las sociedades se realiza una distinción entre la persona que tiene una alteración de su conducta y la que muestra dichas alteraciones en situaciones socialmente aceptadas y normativamente sancionadas como pueden ser los ritos o los actos religiosos. Un mismo comportamiento puede ser evaluado de distinta forma según el contexto social en que se realiza.

La aproximación médica en la Antigüedad Clásica daba una explicación de los desórdenes mentales a partir de los desórdenes producidos en el cerebro por desequilibrios humorales. Este entendimiento perdurará hasta finales del siglo XVI. Durante los siglos XVII y XVIII los trastornos mentales o emocionales son considerados como un alejamiento voluntario de la razón que debía de ser corregido mediante el internamiento y medidas disciplinarias. Como explica Foucault, (1976) en *Historia de la Locura en la Época Clásica I*, durante estos siglos, los enfermos son encerrados no para su tratamiento sino como medida de protección hacia la sociedad.

En el Siglo XIX, las explicaciones existentes son de origen somático. En el Siglo XX está la aparición del Psicoanálisis, la clasificación de las enfermedades mentales y el inicio de las concepciones psicosociológicas de la salud y la enfermedad mental.

Existen criterios diferentes para la definición de salud o enfermedad mental. Los trastornos mentales pueden ser socialmente reconocidos a través del diagnóstico o dando peso al tipo y severidad de los síntomas antes que la clasificación de las personas mentalmente sanas o enfermas.

En la actualidad, un punto de referencia básico en los criterios de diagnóstico es el DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Los criterios principales para el

diagnóstico son la existencia de sintomatología, el comportamiento social desajustado y la duración prolongada de los síntomas. El 18/mayo/2013 la Asociación Americana de Psiquiatría presentó oficialmente la última versión del Manual Diagnóstico, conocido como DSM-5; si bien la traducción española no verá la luz hasta octubre 2014. Los cambios están asociados a la organización de los trastornos y a las novedades relativas a los diagnósticos específicos.

El criterio normativo tiende a considerar al hombre “normal” o sano mentalmente a aquel que se asemeja a un modelo de perfección humana, que reúne las características ideales de acuerdo a un sistema de valores imperante.

Según Marietan, H. sostiene lo siguiente:

La persona sana debe tener unas cualidades interiores y exteriores.

Cualidades externas:

1. Aceptación de la realidad.
2. Armonía y adaptación en lo social, laboral y familiar.
3. Independencia.
4. Tolerancia a las propias frustraciones, fracasos y limitaciones.
5. Responsabilidad de nuestras acciones y de las personas a nuestro cuidado.
6. Expresividad de los sentimientos de uno mismo.
7. Creatividad.

Cualidades internas:

1. Aceptación de uno mismo.
2. Manejo de la ansiedad y agresividad.
3. Capacidad para establecer relaciones afectivas estables y satisfactorias.
4. Capacidad de estar solo para poder superar la angustia en los períodos de soledad.
5. Tener metas y ser consecuentes con éstas. (p.202-215).

3.1.1. Según la Organización Mundial de la Salud, el término “salud mental”

es:

“La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

Analizando la siguiente frase:

“Individuo consciente de sus propias capacidades”:

Todos podemos ser conscientes de nuestras capacidades para desarrollar cualquier actividad en nuestra vida diaria, para ello se tienen que dar una serie de condicionantes externos como apoyo familiar y/o social; alguien que crea en nosotros, que nos apoye y que nos refuerce. Las personas somos espejos y nos miramos en el otro para confirmarnos nosotros mismos. Si alguna de las “patas sociales” falta, puede llevar a la desconfianza de nuestras propias capacidades.

“(…) puede afrontar las tensiones normales de la vida (…)”

Seguramente esta frase vaya acompañada del momento en el que la sociedad se encuentre. En la actualidad las tensiones de la vida diaria son tantas para ciertos colectivos que afrontarlo se ha convertido en un reto y se puede además, no superar.

“(…) puede trabajar de forma productiva y fructífera (…)”

Toda persona con un determinado diagnóstico podría trabajar de forma productiva. En un momento a lo largo de nuestra vida, podemos sufrir alguna ruptura con la realidad que nos obligue a abandonar de una manera puntual la vida laboral, aunque ello no conlleve un abandono de por vida.

Ambos conceptos (salud y enfermedad mental) no son condiciones que permitan definir a la una como la ausencia de la otra. Mientras que los criterios convencionales para definir la enfermedad mental siguen los criterios de diagnóstico, los estudios sobre salud mental consideran a ésta, como un continuo en el que se reflejan los diferentes grados o niveles de bienestar o deterioro psicológico. Leonel Dozza (1999), parte de la consideración de la enfermedad mental o el deterioro psicológico no necesariamente como una reacción patológica sino como una respuesta adaptativa ante las presiones del medio cuando otras estrategias de afrontamiento no se desarrollan.

3.1.2. Otras definiciones de salud mental

Así mismo, Marietan, H., (1991). *Sobre conceptos de salud/ enfermedad – normalidad/ anormalidad*. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 2, 202-215, expone otros conceptos de salud mental:

“La salud mental es amar y trabajar (lieben und arbeiten)” (Sigmund Freud).

“La salud mental es la adaptación de los seres humanos al mundo y a los otros con un máximo de eficacia y felicidad” (Karl Menninger).

“Es sana o normal la persona que puede cumplir con sus roles sociales” (Erich Fromm).

“La enfermedad mental es una respuesta psico- biológica a la situación vital especial y compleja dentro de la cual es colocado un individuo”. (Adolfo Meyer)

“La Salud Mental es la capacidad de mantenerse en un trabajo, de tener una familia, de evitar problemas con la justicia y de disfrutar de las oportunidades habituales de placer (amor - juego-trabajo)”. (Ginsburg).

En resumen, se puede afirmar que los **conceptos de salud y de enfermedad mental** son tanto la expresión de problemas de tipo emocional, cognitivo y comportamental como realidades simbólicas, construidas cultural e históricamente en la propia interacción social. Además, ambos conceptos tienen una carga valorativa que explica por qué las definiciones de lo que es normal y lo que es patológico varían de una sociedad a otra y de un grupo social a otro.

3.2. EXCLUSIÓN SOCIAL. LA IMPORTANCIA DE LO SOCIAL.

Por lo general, cuando en salud mental se habla de inserción social, lo primero en lo que se piensa es lo siguiente: lo social son aquellos lugares que están fuera del hospital psiquiátrico. La inversa sería, al estar dentro del hospital psiquiátrico, el/la paciente estaría fuera de lo social. Hay que

pensar igualmente en aquellos pacientes que se encierran dentro de su casa; entonces se dice: “hay que hacer un trabajo de reinserción social”, como si, al estar dentro de la casa, ello significara que la persona está dentro de lo social. Después de esta reflexión se podría decir lo erróneo de este enfoque ya que tanto el hospital psiquiátrico como la familia son dos instituciones sociales y, por consiguiente, la reinserción social como término, no tiene sentido, porque la palabra “reinserción” significa que en algún momento la persona se mantuvo en exclusión social. Pero, ¿qué significa el término exclusión social?

Mientras las personas pueden articular diferentes formas de inserción (padre, madre, hijo, profesional, vecino,...), las personas con enfermedad mental pueden insertarse en cuanto el/la enfermo/a de la familia, el/la loco/a del barrio o el/la paciente de una determinada institución. El factor que contribuye a la exclusión social se sitúa en la idea de insertar a la persona enferma dentro de un entorno social comunitario en vez de pensar en la persona en sí, pensando en las necesidades de la enfermedad y en lo que es correcto bajo un criterio ajeno a la propia persona. Por una parte, se suele decir que la persona con enfermedad mental no tiene recursos conductuales o afectivos para insertarse en lo social y por otra, después del movimiento antipsiquiátrico, poco a poco las puertas de los psiquiátricos fueron abriéndose y los/as pacientes empezaron a salir. Sin embargo, los/as profesionales, familiares, amigos/as, entorno,... seguimos dentro de ellos. Por lo que algunas personas se encuentran en un “limbo”, no están dentro de los hospitales psiquiátricos pero tampoco dentro de la comunidad. De acuerdo a Fernando Colina (2010), en *El Saber Delirante*, el sentimiento de abandono y de exclusión por parte de la comunidad que puede traer esta situación, puede llevar a nuevas hospitalizaciones y de nuevo al sentimiento de exclusión.

El hecho de que la persona viva en la comunidad no garantiza que esté dentro de ella. En ocasiones, se focaliza el trabajo en enseñar o entrenar en habilidades básicas de la vida diaria (cocinar, higiene personal,...) sin reparar en la verdadera dificultad que no es tanto la falta de habilidades como la imposibilidad de usarlas debido al derrumbe afectivo que la persona sufre. La mirada de la comunidad y de todas las personas que la representan, suele estar impregnada de una visión de enfermedad basando las actuaciones en supuestos relacionados directamente con la enfermedad mental y no a las características de la persona.

3.2.1. La identidad social

La relación con la comunidad está vinculada con la recuperación de las personas; al proceso de comprensión y manejo de la experiencia de la enfermedad mental y a la recuperación de alguna forma, de estructura en la propia vida. La sociedad, en general, da un mayor peso a la recuperación clínica; sin embargo, si una persona es capaz de recuperarse a nivel social y psicológico, la recuperación clínica puede ser irrelevante para su calidad de vida. En el mundo hay muchas personas que llevan vidas satisfactorias y que escuchan voces. Tienen formas de gestionar sus voces para que sus experiencias no les frenen a la hora de seguir con su rutina. La recuperación no implica la desaparición de las dificultades propias del trastorno mental.

Al principio, cuando una persona reconoce que es diferente al resto, suele aparecer un sentimiento de pérdida de la normalidad. En la sociedad occidental, el ser una persona con trastorno mental, tiene unas connotaciones de ser social, moral y genéticamente inferior. Se puede establecer un sentimiento real de fracaso y desesperanza social.

En mi experiencia profesional he observado que el hecho de tener al menos una persona que respalde y dé apoyo a la persona afectada es muy importante; una persona que sepa dar los espacios de confianza en las posibilidades y potencialidades, es un apoyo social que recupera.

La manera de combatir esta exclusión, es crear espacios seguros en los que las experiencias inusuales se compartan y se las pueda dar un sentido. En cuanto se empiezan a compartir las experiencias, se vence el poder del aislamiento y será entonces cuando la sociedad comienza a relacionarse con la persona en vez de con los síntomas.

El concepto de identidad social permite considerar la estigmatización, La idea de la identidad del yo permite considerar qué siente la persona en relación con el estigma y su manejo; pero el estigma se tratará en apartados posteriores.

4. REFORMA PSIQUIÁTRICA

Los encierros en los hospicios de mendigos, desempleados y gentes sin hogar es una de las respuestas del siglo XVII a la desorganización social y a la crisis económica de la Europa de aquel entonces. El nuevo orden social necesita una nueva enfoque de la locura y, sobre todo, de sus formas de atención.

De acuerdo a Michel Foucault, (1964) en *La Historia de la Locura en la Época Clásica II*, el encierro debe ser abolido. La persona con enfermedad mental ya no puede ser encerrada porque las nuevas normas sociales necesarias para el desarrollo económico prohíben la privación de libertad sin garantías jurídicas. A partir de entonces la reclusión de los/as enfermos/as debe definirse como algo terapéutico; se trata de distraer la locura dentro de los manicomios, donde la mente debe estar en reposo, sin movimiento y tratando directamente el delirio para poder sustraerlo.

Como explica Manuel Desviat (1994), en *La Reforma Psiquiátrica*, la psiquiatría aparece como un encuadre para poder tratar la locura y poder darle un nombre. La locura se separa del campo general de la exclusión para convertirse en una entidad clínica que es preciso describir y atender médicamente para una futura curación. Todo este proceso supone una oportunidad de diálogo entre el/la médico y la persona enferma que antes no existía. En esta época hay un grupo de personas (locos/as, alcohólicos/as, revolucionarios/as y artistas) que son susceptibles de padecer un trastorno mental.

Los asilos aparecen masificados de personas internas y en Francia se cuestionan la calidad del servicio basado en la atención individualizada ya que debido a esta masificación, cada profesional se encuentra con más de 300 pacientes.

Se enmarca entonces la funcionalidad de los manicomios:

- Función médica y terapéutica.
- Función social; el manicomio como refugio de locos.
- Función de protección de la sociedad ante un grupo de personas enajenadas.

4.1. LOS PRIMEROS MOVIMIENTOS DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA.

Desviat, Manuel (2011), en *La Reforma Psiquiátrica* explica cómo fue la evolución de la psiquiatría y su reforma en Francia, Gran Bretaña, Italia y España. Lo expone de la siguiente manera:

4.1.1. FRANCIA.

Es después de la Segunda Guerra Mundial junto con el crecimiento económico y reorganización social que aparece una mayor tolerancia y sensibilidad hacia los grupos minoritarios y sus diferencias. Un grupo de profesionales empiezan a hablar de la supresión de los hospitales psiquiátricos y aparece una sociedad con una visión más igualitaria y solidaria pero también la influencia del psicoanálisis, los medicamentos y la aparición de la salud pública dan paso al cambio de mentalidad sobre la enfermedad mental encuadrándose dentro de un marco social comunitario y no tanto dentro de la exclusión social.

El manicomio se ve como un espacio donde las relaciones entre las personas integrantes son rehabilitadoras y dignas de ser tratadas. En este proceso de cambio se pasa de un modelo asistencial puro a uno terapéutico individualizado donde se trata a la persona y las relaciones que establece con el mundo; los recursos técnicos miran el tratamiento hospitalario como una parte del proceso que no cesa ya que después se pasaría a dar continuidad en la atención a la persona por un mismo equipo médico/social.

Aparecen los talleres protegidos y hospitales de día; la idea de la hospitalización debe reducirse al máximo o bien evitarse en algunos casos.

Desviat et al. (2011), concluye que en 1960 el eje de la asistencia está en lo extrahospitalario; por lo que el/la paciente debe estar atendido/a fuera del hospital, en su propia comunidad, siempre que sea posible y explica cómo el efecto cronificante de la institución está en proceso de desaparición.

4.1.2. GRAN BRETAÑA.

Aquí empieza a referirse a los hospitales como “comunidades terapéuticas”, no dando el peso total a los/as profesionales de la medicina sino también al resto de los/as pacientes que junto con los movimientos de desinstitucionalización y al trabajo de recuperación en grupo, dan forma al proceso de cambio.

En 1959 aparece la Ley “Mental Health Act”, que establece que las personas con enfermedad mental deben ser tratadas igual que el resto de los/as pacientes. Aparecen los hospitales de día y las unidades de hospitalización psiquiátrica dentro de los hospitales generales. En 1972 hay una reorganización de los servicios sociales y en 1974 del Servicio Nacional de Salud.

Desviat et al. (2011), explica cómo hacia el año 2000 se reduce el número de camas destinadas a los hospitales psiquiátricos y el sistema de salud se divide en áreas, de manera que la intervención es más directa y personal., se pretende la potenciación de los recursos comunitarios, contemplando la transferencia de los fondos de los hospitales a otros servicios.

4.1.3. ITALIA

Desviat et al. (2011), explica la reforma psiquiátrica italiana desde los inicios, empezando con su fundador Gorizia y en 1961 con Franco Basaglia, siendo éste, el reformador de la psiquiatría de dicho país. Basaglia convierte el hospital en una comunidad terapéutica, donde encuadra dentro de la comunidad al enfermo desmontando la institución psiquiátrica.

En 1962 se produce el cambio político de centro derecha a centro izquierda, incidiendo directamente sobre la política social del país.

En 1978 con la Ley 180 se establece lo siguiente:

1. No se podrán realizar ingresos psiquiátricos a partir de mayo de 1978 y no habrá nuevas construcciones de hospitales psiquiátricos.
2. Los tratamientos sanitarios serán voluntarios.
3. Los servicios psiquiátricos comunitarios estarán organizados por áreas geográficas determinadas para trabajar directamente con las unidades de hospitalización. Los hospitales no podrán tener más de 15 camas.
4. Se suprime el estatuto de peligrosidad de la persona con enfermedad mental.

Desviat et al. (2011), señala la diferencia entre las regiones a nivel de proyectos de reinserción, siendo en el norte donde mayor número de recursos comunitarios hay, al ser la zona más rica y cómo, actualmente en las zonas del norte, un hospital psiquiátrico ha sido reemplazado por siete centros de salud mental, una unidad de urgencias en el hospital general y doce docenas de pisos en la ciudad.

4.1.4. ESPAÑA

La figura representativa del movimiento es el propio Manuel Desviat junto con otros como Fernando Colina; ambos son capaces de dar forma fuera de los límites estrictamente psiquiátricos e institucionalizados a la salud mental, mostrando otro campo de atención como es el social – comunitario. Por lo que él mismo en la Reforma Psiquiátrica, (2011) explica en primera persona cómo inició en los años 70 y evolucionó en los años siguientes, modificando así el panorama de la atención a la salud mental y a la enfermedad mental en nuestro país.

La reforma psiquiátrica en España llegará más tarde, debido a los tiempos de transición política y por otro lado, son momentos de reconstrucción democrática de la sociedad española. Las bases de la reforma psiquiátrica española son las siguientes:

1. Integración de la psiquiatría dentro del ámbito del sistema sanitario general
2. Cobertura a toda la población.
3. Atención prioritaria a los grupos de riesgo.

4. Continuidad de los cuidados.
5. Participación de usuarios y familiares.
6. Docencia reglada que permite una formación adecuada a los profesionales.

Después del recorrido de desinstitucionalización se da paso a los recursos comunitarios, de manera que la persona con algún tipo de trastorno no pierda el contacto social con su entorno, su familia, amigos/as y/o cualquier vínculo del entorno que le sea de apoyo. Así aparecen los centros de día y otros recursos basados en la salud comunitaria y alternativos a la institucionalización.

Desviat et al. (2011) concluye cómo los factores históricos, administrativos, legales, cívicos, económicos y políticos han condicionado las particularidades de las reformas psiquiátricas en cada país o incluso comunidad.

5. ENFOQUE COMUNITARIO.

Una de las funciones del/la educador/a social, es posibilitar la actuación de las personas dentro de una red comunitaria, para incorporarlos en la sociedad. El problema es que la desconexión del individuo en los trastornos mentales es tan grande, que dificulta la tarea educativa de integración.

La salud mental comunitaria surge como una manera distinta de abordar la salud mental, un modo alternativo a la manera un poco limitada de entender y de poner en práctica la salud mental por parte de la mayoría de los/as profesionales de la salud mental y también por la población.

Cuando se nombra a la Comunidad, nos referimos a un grupo humano vinculado por:

- Un sentido de pertenencia a la comunidad, identificándonos por vínculos afectivos e intereses comunes.
- Una historia común, que permite el reconocimiento y comprensión hacia un destino común.
- La capacidad de organizarse, de construir acuerdos y fortalecer redes para un mayor desarrollo comunitario.

Según Desviat, M., (2007), en *De locos a enfermos. De la psiquiatría del manicomio a la salud mental comunitaria* después de la reforma psiquiátrica, se puede hacer referencia a la comunidad y a la importancia en el proceso de una persona para su mejora. La comunidad entendida como toda aquella persona, recurso y/o espacio presente en la vida de la persona enferma.

El riesgo de enfermar varía según el desarrollo de cada sociedad, de cada comunidad, y aún dentro de la misma población, en relación a factores como el sexo, la edad, la profesión, el nivel y el estilo de vida.

La Comunidad en un principio no estaba preparada para recibir a las personas que, antes, estaban en los manicomios: casi todos los comportamientos están dirigidos a cambiar los comportamientos de los pacientes y muy pocas a modificar las creencias, prejuicios y comportamientos de la sociedad. En los años setenta, de la mano de asociaciones de voluntariado ciudadano y de familiares, venían cubriendo las insuficiencias sociales y afectivas de los servicios de salud mental, los programas de

rehabilitación y de apoyo comunitario. El peso que se dio anteriormente al médico, se diluye dentro de un marco rehabilitador médico-social, dando importancia a otros agentes sociales significativos para la comprensión de la enfermedad mental: **La Comunidad**.

Se pasa de la curación al cuidado, a la puesta en funcionamiento de técnicas específicas para aumentar las capacidades y habilidades, niveles de autonomía y calidad de vida de las personas afectadas; al tiempo que se actúa sobre la familia mediante apoyo e información a cerca de la enfermedad. Las personas son tratadas desde la Comunidad y deja de citarse la exclusión social. Las familias se unen con un marcado objetivo reivindicativo, (las primeras asociaciones se constituyen a finales de los 1970, principios de 1980), ya que sus pasos van directamente encaminados a mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y de los propios familiares y amigos. Entre ellos, se intercambian información o ayuda específica para resolver situaciones concretas y, al mismo tiempo, se evita el aislamiento.

Lo que busca la comunidad es apoyar el proceso de rehabilitación, integrándose como un elemento más de interacción con la persona a través de, en el mejor de los casos, una red diversificada de hogares, centros de rehabilitación, trabajo protegido, en colaboración con asociaciones cívicas: de familias, usuarios y voluntariado social.

Para la propia persona, los principales factores de protección son la capacidad de afrontamiento y el tratamiento profesional.

Hay una serie de necesidades socioeconómicas y psicológicas de la comunidad basadas en la pirámide jerárquica de necesidades de Abraham Maslow. De acuerdo a Maslow, Abraham (1991), en *Motivación y Personalidad*, resalta las necesidades que tiene la comunidad y que toda persona debería cumplir para evitar el aislamiento o exclusión social, según el psicólogo se clasifican en:



Figura1: Pirámide de Maslow, jerarquía de las necesidades humanas.

Cuando un sector de la comunidad falla en satisfacer estas y otras necesidades, ocurre la frustración social. Alvarenga, N. en *Psicología Comunitaria*, expone que los individuos con trastornos mentales presentan como reacción a esta frustración, conductas de compensación, agresividad, impotencia, pasividad,...La resignación dice ser la más común: aprender a vivir dentro de la frustración, remodelando las alternativas y aspiraciones, con el peligro de no avanzar en los objetivos personales y encuadrarse dentro de papel pasivo adaptado a lo que se espera de él en su entorno.

Aunque todavía la idea de que la salud mental es exclusivamente un tema de los/as expertos/as, de los/as profesionales de la salud, y que son los/as únicos/as que pueden dar respuesta a los problemas de salud mental y de generar bienestar, se dan cabida a los recursos comunitarios para que la persona con trastorno mental pueda iniciar su rehabilitación dentro de su entorno comunitario; idea, que años atrás era impensable.

Las personas, desde que nacemos, tenemos el derecho a desarrollarnos en un ambiente que provea condiciones favorables para el desarrollo de sentimientos de confianza y seguridad en todos los espacios: familiar, laboral y comunitario.

6. ENCUADRE TEÓRICO: ESTIGMA, ENFERMEDAD MENTAL Y EXCLUSIÓN SOCIAL

De acuerdo a Erving Wofman, (1963) en *Estigma. La identidad deteriorada*, estigma es “la *condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que le portador sea incluido en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se les ve como culturalmente inaceptables o inferiores*”.

Desde el enfoque social, el estigma está contemplado desde un punto de vista de relaciones más que como un atributo individual, es decir, el estigma socialmente hablando aparece por la comparación con la otra persona con la que nos encontramos en el momento que nos relacionamos.

El estigma no es algo estático, sino que por el contrario se trata de algo más dinámico, temporal y fluido. No es algo que está en la cabeza de las personas, sino que se genera y se construye a partir de las relaciones interpersonales con una dinámica propia, en un contexto dado y en una realidad determinada.

Los procesos culturales del momento imponen valores positivos y adjudica significados específicos a ciertas formas de comportamiento evaluadas como tales, mientras al mismo tiempo asigna un valor negativo o desvaloriza otras formas de comportamiento contrastantes.

En toda sociedad se crean prácticas, estructuras e instituciones sociales para controlar, contener y aún reprimir ciertos tipos de comportamiento considerados desviados de la norma y estas mismas prácticas inducen a la exclusión social y estigmatización de la enfermedad mental. La

estigmatización depende del contexto social, habiendo una mayor incidencia en aquellas sociedades más competitivas bajo un cambio social y económico.

Desviat, Manuel, (2007), en el libro *De locos a enfermos. De la psiquiatría del manicomio a la salud mental comunitaria* habla de la importancia del contexto histórico como el entorno político global y nacional. Explica cómo las sociedades pequeñas se muestran más tolerantes hacia ciertas formas de comportamiento y pueden ver a la persona con un trastorno a través de su historia y de su biografía, resistiéndose a ver la conducta como anormal o como una enfermedad. Aquí las redes sociales y de apoyo, son más sólidas y numerosas.

La enfermedad mental severa también está influenciada por factores sociales tales como el nivel socio – económico, las cuestiones de género y la identidad.

El estigma es una barrera relevante para la atención y la integración social de las personas afectadas por trastornos mentales. Es un fenómeno conocido y presente en muchos ámbitos, y muy especialmente en el de la salud mental, campo en el que ha sido, y sigue siendo, una importante barrera para el desarrollo de servicios comunitarios y para la integración de las personas afectadas. Las personas con enfermedad mental a menudo tienen que enfrentarse a un doble problema, por un lado a la sintomatología de la propia enfermedad, y por otro al estigma. Según el trastorno mental particular, pueden sufrir alucinaciones recurrentes, delirios, ansiedad o cambios del estado de ánimo. Estos síntomas pueden hacer difícil para alguien con una enfermedad mental trabajar, vivir independientemente o lograr una calidad de vida satisfactoria ya que el autoestigma o el autoconcepto que una persona pueda haber desarrollado a lo largo del tiempo pueden llegar a ser una gran barrera. Según Erving Woffman, (1963) en *Estigma. La identidad deteriorada*, “*Se ha señalado que el individuo estigmatizado se define a sí mismo como igual a cualquier otro ser humano, mientras que, al mismo tiempo, es definido por él mismo y por quienes lo rodean como un individuo marginal*”. Esta afirmación puede llegar a ser contradictoria, pero refleja y explica cómo el ser humano en relación con otras personas adquiere la idea de la mayoría, aún siendo negativa y estigmatizante; si es la mayoría, se asume como válida.

La enfermedad mental no conduce sólo a dificultades derivadas de los síntomas de la enfermedad, sino también a desventajas a través de las reacciones de la sociedad, pues los malentendidos de esta sobre los diversos trastornos mentales dan como resultado el estigma.

El estigma público consta de estos tres elementos: estereotipos, prejuicio y discriminación, en el contexto de las diferencias de poder y lleva a reacciones del público general hacia el grupo estigmatizado como resultado del estigma. Muchas personas a las que se discrimina y que sufren de estigma público no experimentan autoestigma, mientras que otras sí. El estigma es una barrera relevante para la atención y la integración social de las personas afectadas por enfermedades mentales. Los sentimientos de vergüenza y estigmatización que provoca esta enfermedad entre quienes la padecen (y de sus familiares) son la causa de que muchos/as enfermos/as no estén diagnosticados/as ni tratados/as, especialmente al comienzo de la enfermedad, cuando el éxito del

tratamiento es mayor. En consecuencia, en muchos casos se oculta la condición incluso dentro de la familia y entre amigos cercanos. Arnaiz, A. y Uriarte, J.J. (2006). Estigma y Enfermedad Mental. *Norte de la Salud Mental*, 26 (2), 49-59.

Las informaciones o manifestaciones censurables que dan una imagen negativa de la salud mental son las que refuerzan mitos y errores sobre pacientes con enfermedad mental. Según La Junta de Andalucía. *Mitos y realidades. 1 de cada 4*. w.w.w.1decada4.es, existen una serie de mitos que refuerzan el estigma y autoestigma social de las personas con enfermedad mental:

<u>Mito</u>	<u>Realidad</u>
...nunca se recuperarán.	...mejoran en su gran mayoría y pueden tener una vida plena. Muchas personas se recuperan completamente.
...son violentas.	...no son más violentas que otras personas, es una afirmación sin base científica. Solamente algunos trastornos mentales pueden desarrollar en ciertos episodios conductas agresivas hacia sí mismo/a o hacia el entorno familiar cuando la persona que lo padece no está bajo tratamiento. Episodios que a menudo magnifican los medios de comunicación.
...son trabajadores de segunda fila.	No hay diferencias en cuanto a productividad cuando se compara a las personas con enfermedad mental con quienes no la padecen.
...son "especiales", muchas son genios como Mozart o Beethoven.	...son personas normales, algunas con talento especial, igual que otras que no tienen enfermedad mental.
...no pueden llevar una vida normal.	...pueden y deben llevar una vida normalizada, con el apoyo de familia, amistades y profesionales.
...deben estar encerradas.	En general, los enfermos y las enfermas atendidos/as en la comunidad evolucionan mejor y durante más tiempo que los que se tratan en el hospital. Además, el aislamiento de la sociedad refuerza la imagen pública de personas extrañas y peligrosas, lo que contribuye al estigma.
...no pueden trabajar.	Muchas personas, incluso las familias y los propios pacientes, creen que la esquizofrenia incapacita para el trabajo. Sin embargo, las personas con esquizofrenia pueden trabajar dentro y fuera de casa, incluso aunque tengan síntomas. El trabajo ayuda a las personas con esquizofrenia a recuperarse porque aumenta la autoestima, establece nuevas relaciones e interacciones sociales e integra al enfermo y a la enferma en la sociedad. El empleo más adecuado es aquel que no produzca estrés.
...no pueden tener pareja o casarse.	La mayor parte de los familiares de las personas con esquizofrenia cree que estos y estas pacientes no pueden casarse ni tener relaciones de noviazgo. Sin embargo, los y las médicos y médicas no observan ningún obstáculo para que las personas con esquizofrenia puedan tener este tipo de relaciones sociales y afectivas.
...tienen doble personalidad.	Enfermedades como la esquizofrenia no son trastornos de personalidad múltiple ni de doble personalidad. El término "esquizofrenia" fue acuñado a principios del siglo XX por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler para describir la fragmentación del pensamiento y del sentimiento que se daba en la enfermedad. Ni "mente dividida" ni "personalidad múltiple" son

Mito

Realidad

términos que clarifiquen lo que realmente es la esquizofrenia, una enfermedad cerebral grave.

Pié Balaguer, Assumpció (2012), en *Intervención socioeducativa y salud mental*, explica cómo son muchos los ejemplos que presentan a estas personas como seres humanos “sin razón”, imprevisibles y temibles, a los que hay que mirar desde lejos, con miedo y rehuir su compañía e incluso cercanía. Con este prejuicio, creado por una sociedad que nada entre el sensacionalismo y el morbo, las personas con enfermedad mental dejan de serlo, para convertirse en las etiquetas diseñadas para ellas: esquizofrénico/a, loco/a, neurótico/a, psicótico/a, enfermo/a.

7. EL VÍNCULO COMO HERRAMIENTA DE INCLUSIÓN.

Es necesario entender el vínculo que las personas establecen entre sí; para poder entender el porqué de las cosas que suceden a aquellos que padecen un trastorno mental. El vínculo establecido con cualquiera de los componentes familiares o de la red social en la que se ha desarrollado la persona, es clave para entender el tipo de relaciones que la persona busca a lo largo de su vida. Según Bowlby, J., 2006, p. 90. “*El núcleo de lo que yo designo como “vínculo afectivo” es la atracción que un individuo siente por otro individuo*”. El vínculo afectivo que establezca la persona con otra persona estará centrado en un contexto concreto y en una situación cultural determinada. Por ello, en el momento que se entra en contacto con una persona con trastorno, hay que reflexionar sobre el vínculo que se quiera establecer con ella, es decir, el individuo tenderá a establecer los mismos cánones relacionales con las personas que vaya conociendo a lo largo de su vida; en el caso de ser profesional o persona que entra en la red social del individuo con trastorno, deberá saber en qué lugar posicionarse para que la relación sea sólida y beneficiosa para ambos; según Bowlby, J., 2006, en *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*, muchas enfermedades mentales e infelicidades son debidas a influencias ambientales que se pueden cambiar a través de nuevas relaciones y nuevos vínculos afectivos. Con esta afirmación, se establece la eficacia que tiene un vínculo; la persona adulta con la introducción en su vida de un referente o modelo a seguir, puede cambiar conductas que en ese contexto no son consideradas como adecuadas, lo que conlleva a la exclusión social de la propia persona. A través del vínculo puede establecerse una relación de imitación, siendo el vínculo, la herramienta para transformar una conducta perjudicial para su inclusión en la comunidad.

En las explicaciones (Bowlby, J., 2006), se afirma que aquellas personas que sufren trastornos psiquiátricos, muestran siempre alteración de la capacidad de vinculación afectiva, que con frecuencia es tan grave como persistente. De la misma forma, los/as psiquiatras infantiles de la época, explicaban que aquellos antecedentes que presentaban una incidencia más importante eran, o

bien una ausencia de la oportunidad para establecer vínculos, o bien prolongadas y repetidas rupturas de vínculos ya establecidos.

Cuando el/la educador/a entra a formar parte de la red social de la persona con trastorno, debe “acompañar” en el camino de las relaciones satisfactorias y sanas, donde la posición de poder, toma otro significado y se transforma en una interacción bidireccional donde los sujetos son portadores y receptores de contenidos que ayudan a formarse como persona.

Assumpció Pié (2013) sostiene lo siguiente:

Entiendo que es primordial abrir vías de acción, dado que el educador no es un entrenador en hábitos. Es necesaria una re-situación ante la persona autista o psicótica. En este sentido, a través del vínculo entre el usuario y el/la educadora/a se conforma su relación con el entorno. (p.96).

En las relaciones interpersonales, las emociones son un factor presente en todo momento que existe este vínculo, por lo que el/la educador/a tiene que poder utilizar sus propias emociones en beneficio de la relación terapéutica con el usuario/a, no como una expresión de la autobiografía a la que está vinculado/a.

De esta manera, el vínculo que se establezca entre el/la educador/a y la persona con trastorno, será el puente hacia la conexión de la realidad, el profesional, se presentará como figura portadora de emociones y afectos; en sí es terapéutico en la medida que es asimilado por la propia persona y permite la modificación de conductas erróneas para el individuo a la hora de relacionarse o que obstaculicen sus objetivos personales.

Assumpció Pié, (2013) expone:

Hay que considerar especialmente el uso de la palabra, la expresión y la significación de un mundo emocional adecuado al nivel evolutivo emocional del otro y de cada una de sus dificultades. El gesto, la actitud y el entorno son instrumentos de gran relevancia durante el acto educativo. (p.97).

Las personas están en continua transformación e interacción social, construyendo vínculos dentro de su cotidianidad y expresan todo aquello que han ido interiorizando en su mundo interno y externo. En el proceso del vínculo afectivo hace falta establecer códigos entendibles y significativos para poderlos transformar en palabras y hechos; por ello, hay que escuchar las palabras y todo aquello que nos transmite en los momentos de comunicación.

El/la educador/a se convierte en ese/a acompañante para que la persona pueda eliminar los miedos que puede dar el sentimiento de la exclusión, del rechazo y así caminar conjuntamente hacia la inclusión; así lo explica Bowlby.

Bowlby, J., (2006) explica:

(...) ¿A cuántos de nosotros, podemos preguntar, les gustaría entrar solos en una casa por completo desconocida y a oscuras? Qué alivio sentiríamos al tener un compañero a nuestro lado, o llevar una buena luz, o mejor aún: un compañero y una luz. Aunque es durante la niñez cuando

situaciones de esta índole provocan miedo más rápida e intensamente, es inútil fingir que los adultos, están muy por encima de estas cosas. (...). (p. 147).

8. LAS PSICOSIS Y EL ACTO EDUCATIVO COMO MODELO DE INCLUSIÓN.

Buscar el espacio de la pedagogía dentro de las psicosis es estar hablando de inclusión de la persona dentro de una red social sólida. Es necesario elaborar una relación directa entre la clínica y lo educativo pero conservando y coordinando los espacios de actuación de cada disciplina. A través del vínculo, como se ha explicado anteriormente, supone dar individualidad a la intervención y de igual manera, conocer la historia de la persona, desplegar todos los recursos posibles y necesarios y sobre todo saber escuchar la respuesta del individuo.

Como explica Assumpció Pié Balaguer, (2012), en *Revista de Educación Social, número 26*, “*La psiquiatría nos ayudará a definir lo observable, el fenómeno; el psicoanálisis a entender qué subyace en la estructura interna del trastorno*”. En las distintas definiciones, aparecen criterios de incapacidad en la adaptación social, falta de conciencia de enfermedad, pérdida de contacto con la realidad, alteraciones del yo, trastorno del lenguaje, fracaso en la relación con los otros, alucinaciones, delirios y trastornos del pensamiento.

La OMS define la psicosis como “*trastorno en el que el deterioro de la función mental ha alcanzado un nivel, que interfiere de manera notable la introspección y la capacidad para afrontar algunas demandas ordinarias de la vida o mantener un adecuado contacto con la realidad*”.

Desde el psicoanálisis, la psicosis supone una perturbación de la relación libidinal con la realidad y un fracaso absoluto en las relaciones. La libido es la energía de la pulsión sexual.

Freud, Sigmund (2013), en *Paranoia y Neurosis obsesiva*, explica como la paranoia es una perturbación del sujeto con el exterior. El conflicto surge en el momento en que una idea, experiencia o sensación llega a la conciencia y despierta un afecto negativo, el equilibrio interior se pierde ya que aquella idea ha entrado en contradicción, según el principio de constancia - placer. Según Freud, en la paranoia, el sujeto rechaza una idea intolerable proyectándola al exterior, uno se vuelve paranoico por cosas que no tolera de sí mismo; y así, aquello que habría resultado un auto-repoche resulta una imputación desde el exterior. Establece y desarrolla un modelo estructural de la personalidad formado por lo que él denominó “las tres instancias: Aquello, Yo y Super yo” y en base a estos tres criterios establece la diferencia entre la neurosis y la psicosis: “*la neurosis no niega la realidad, se limita a no querer saber nada; la psicosis la niega e intenta sustituirla*”.

Y es aquí donde reside el problema de la acción educativa en la psicosis; esta perturbación de la realidad, pone al propio individuo en una posición de extraño en su cuerpo y en su entorno con pocas posibilidades de adaptarse. Los trastornos del lenguaje son una característica de las psicosis;

parecen no ser los responsables de sus discursos, discursos que no comunican porque están cargados de subjetividad. La palabra toma otro significado, con lo que dificulta la labor del/la educador/a social; un significado que ni la propia persona sabe explicar el contenido; sólo sabemos cómo nos lo explica.

El acto educativo, se dirige hacia localizar y entender la demanda y el/la educador/a a asegurarse de que toda necesidad del individuo sea enunciada a través de la escucha, la pregunta y de asegurarse cualquier intento de comunicación por parte de la persona con un trastorno mental. La interpretación a los actos de la persona, obstaculizan la comunicación con el mundo exterior.

Freud, (1920), observando a su nieto el primero que describe el significado del juego y de los símbolos para el niño con la descripción del juego Fort – Da: *“Este buen niño exhibía el hábito, molesto en ocasiones, de arrojar lejos de sí, a un rincón o debajo de una cama, todos los pequeños objetos que hallaba a su alcance, de modo que no solía ser tarea fácil juntar sus juguetes. Y al hacerlo profería, con expresión de interés y satisfacción un fuerte y prolongado ooooooh!, que según el juicio coincidente de la madre y de este observador, no era una interjección, sino que significaba “Fort” (se fue). Al fin caí en la cuenta de que se trataba de un juego y que el niño no hacía otro uso de sus juguetes que el de jugar a que se iban. Un día hice la observación que corroboró mi punto de vista. El niño tenía un carretel de madera atado con un hilo. No se le ocurrió por ejemplo arrastrarlo tras sí, por el piso para jugar al carrito, sino que con gran destreza arrojaba el carretel, al que sostenía por el hilo, tras la barandilla de la cuna, el carretel desaparecía y el niño pronunciaba su significativo o-oo-o, y después tirando del hilo volvía a sacar el carretel de la cuna, saludando ahora su aparición con un amistoso “Da” (acá está)”*

El juego y su simbolización permite al/la niño/a dar un sentido lógico a la realidad; en las psicosis no hay posibilidad de pensar la ausencia; la dificultad de aprender está en el situar a la persona fuera del orden simbólico propio de la estructura.

El juego se utiliza para entender la presencia/ausencia de las personas y el significado subjetivo que el propio individuo da, ayudando a recuperar el control sobre la experiencia real. En la actividad educativa, el juego se sitúa de manera relevante; la forma de este juego dependerá del ingenio del/la educador/a y de la habilidad para situar la simbolización, la presencia/ausencia, la demanda y el deseo dentro de la tarea educativa.

Según Assumpció Pié Balaguer, (2012) en *El cómo de la labor educativa en la psicosis*, *“y es con la palabra, que el sujeto se puede articular en el mundo. Basar la educación en la palabra es la consideración del otro como un Otro auténtico e irrepetible”*. La palabra es lo más potente que existe en la educación para dar un lugar al individuo con ciertas dificultades; el acompañar que no sustituir, el escuchar que no adelantar la respuesta supone dar las riendas para que ejerza su propio control dentro de una realidad distinta a sus vivencias. El trabajo vinculado a la palabra tiene un marco metodológico y práctico basado en el modelo del acompañamiento.

“Acompañamiento Terapéutico”. Es una dinámica terapéutica en sí misma, como explica Kleber Duarte Barretto, *“Digo terapéutico en doble sentido, pues siempre percibí cuánto el acompañamiento era terapéutico en mí, en la medida que tocaba puntos desconocidos y/o reprimidos de mi subjetividad, (...)”* (Kleber

Duarte, B., 2005, p. 109) y según Alejandro Chévez uno de los máximos exponentes en esta disciplina define el Acompañamiento Terapéutico como *“un servicio de baja exigencia, no directivo que desde una perspectiva clínica y socio-comunitaria brinda atención y apoyo a familiares y usuarios ambulatorios, o con internación domiciliaria, en espacios públicos o en el domicilio del usuario en clave de acompañamientos individuales y grupales, promoviendo un vínculo terapéutico basado en la participación y la autonomía del usuario en la toma de decisiones acerca de su tratamiento, sea éste en el ámbito de la prevención, la asistencia o la reinserción”*.

El acto educativo, acompaña a la persona hacia la inclusión, estableciendo el espacio, cediendo la palabra y dando el tiempo necesario para ello, además de enmarcarlo dentro de un contexto pedagógico y vital.

9. CASO PRÁCTICO

9.1. JUSTIFICACIÓN.

Para poder justificar el caso práctico, empezaré explicando no sólo el recurso de atención en el que se enmarca sino, primeramente, la red de atención a la que pertenece.

En Madrid, está en vigor la Red Pública de Atención Social a personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Subdirección General de Atención a la Discapacidad y Enfermedad Mental, dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. Dicha Red está formada por distintos recursos como CRL (centro de rehabilitación laboral), CRPS (centro de rehabilitación psicosocial), CD (centro de día), EASC (equipo de apoyo social comunitario), mini residencias, pisos tutelados, equipos de calle y pensiones supervisadas. Cada recurso, dependiendo de los pliegos en los que se encuadre, tiene un número de plazas máximo y un equipo de profesionales con distintas titulaciones. Todos los recursos se integran en la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera.

Hablaré del CD en el que he trabajado desde el año 2008, pero todos los centros de día que existen dentro de la Red tienen los mismos pliegos de condiciones incluso estando gestionados por entidades privadas distintas. La Fundación San Martín de Porres es una entidad con una trayectoria sólida en personas en exclusión social, gestiona dos recursos: CD y EASC en el proyecto de Salud Mental.

El recurso tiene un máximo de 30 plazas. El equipo profesional lo forman una Directora, una Psicóloga, un Terapeuta Ocupacional, tres Educadores/as Sociales y una Administrativa. Se dirige a personas entre 18 y 65 años de ambos sexos con enfermedades mentales graves y crónicas que presentan mayores dificultades en su funcionamiento psicosocial autónomo, con dificultades de integración y por tanto mayor riesgo de deterioro, aislamiento y marginación que necesiten de una intervención para detener procesos de abandono y aislamiento social para una adecuada integración en su entorno socio comunitario.

El proceso global de atención está compuesto de diferentes fases:

Derivación: La persona viene derivada del CSM (Centro de Salud Mental) de la zona.

Acogida: Se concibe la acogida como un tiempo necesario para que la persona conozca lo que se le puede ofrecer. Se le asignará un profesional de referencia, que le acompañará desde este momento y durante todo su proceso de rehabilitación, favoreciendo con flexibilidad el enganche y adaptación al centro y tutorizando la intervención. En mi caso, se me asignó Antonio ya que es una persona que necesitaba estabilidad emocional, diálogo y acompañamientos específicos. En equipo se consideró que por mis características personales y por mi conocimiento en acompañamiento terapéutico (*1), podría vincular con el usuario, acompañándolo en su proceso rehabilitador.

Evaluación: El equipo profesional valora las áreas personal, social y ocupacional, con el fin de detectar y recoger las necesidades, demandas y potencialidades para una planificación de la intervención ajustada a la realidad particular de cada persona.

Intervención: En líneas generales, las acciones que se llevan a cabo dentro de un CD con estas características son:

- Apoyo psicosocial individualizado.
- Actividades orientadas a la adquisición de manejo para la vida cotidiana, a la vinculación y participación en el entorno, al desarrollo de hábitos saludables y al ocio y tiempo libre.
- Apoyo y asesoramiento familiar.

La labor de los profesionales (cada uno desde su ámbito), es situarse como una figura de apoyo y acompañamiento e irse retirando a medida que la persona vaya adquiriendo autonomía, respetando su individualidad para que vaya reconociendo sus posibilidades y responsabilidades.

El/la educador/a social, en particular, se encarga de la programación y puesta en marcha de los distintos talleres, acompañamientos a la persona usuaria, coordinaciones con otros recursos que intervienen con la persona y atenciones individuales de seguimiento y evaluación.

Una vez finalizado el proceso de evaluación, el equipo se reunirá para poner en común la información recogida y estructurarla en el PIASS (Plan de intervención Individual de Apoyo y soporte Social), el cual consiste en analizar los datos más relevantes de las diferentes áreas de la evaluación realizada. Se hace una revisión anual del PIASS para valorar los cambios que la persona va realizando en su rehabilitación. Los reportes del PIASS y revisiones se hacen al centro de salud mental del que viene derivado.

El porqué de la elección del caso.

En primer lugar, pensé en Antonio ya que es la persona que más conozco de todas las personas que tenía tutorizadas; fue un seguimiento continuo desde el primer momento que llegó al centro. El vínculo es una herramienta esencial en el acompañamiento y con Antonio, este vínculo se creó y consolidó, por lo que el trabajo con él se pudo hacer. Con Antonio, se tocan varios temas que son pilares en la rehabilitación psicosocial: familia, entorno, amistades y otros profesionales.

Él es consciente de las dificultades que tiene, aún así, “se pone siempre en juego” como intento de superar sus limitaciones; en todo momento ha demostrado su espíritu de superación ante sus

momentos de angustia. Antonio ha necesitado permanecer en la comunidad, en su entorno con su familia y desde aquí se han puesto en marcha los recursos necesarios para su bienestar.

Desde el año 2011 es usuario del CD, por lo que es entonces, cuando se empieza la intervención desde el recurso; todos los datos anteriores son facilitados por la familia, usuario y otros recursos de atención que tuvieron relación con Antonio

He explicado su situación familiar ya que considero importante este enfoque para entender aquello que siente Antonio y el porqué.

El eje central del trabajo es la “Exclusión Social”; Antonio desde los primeros momentos de su enfermedad, sufre la soledad de la incompreensión, la vergüenza de reconocer sentimientos y voces que dice saber, son sólo reales para él. La inclusión social de Antonio dentro de la comunidad pasa por su participación activa en recursos de rehabilitación psicosocial y de equipos de calle. Recursos que se encuentran dentro de su entorno comunitario y en relación directa con la familia, amigos/as (en el caso de que estuviesen presentes en el momento vital de Antonio) y los servicios de salud mental de la zona.

9.2. METODOLOGÍA.

La metodología utilizada en el diario de campo fue a través de informes elaborados después de cada sesión con Antonio. Durante éstas sesiones, al ser la mayoría de ellas en el entorno comunitario, no se realizaba ningún apunte en el preciso momento pero sí se realizaba una observación directa sobre lo que ocurría para poder escribir la información en su seguimiento. De esta manera, se podía dar continuidad al proceso de intervención realizado y a Antonio le ayudaba a llevar un orden en su reconocimiento de necesidades y dificultades y poder pensar en las posibles soluciones.

En su participación en el CD se realizaba una observación directa, aquí se recogía información de su comportamiento en espacios grupales y las herramientas personales para desenvolverse en dichas situaciones.

Las tutorías que se llevaban a cabo con la familia (tanto presenciales como telefónicas) se recogían en los informes de seguimiento familiar.

Antonio siempre ha estado informado de lo que se escribía ya que él debía saber en todo momento sus progresos y sus puntos a mejorar ya que tendía siempre a no recordar aquellas cosas que no eran de su agrado.

Se considera importante reflejar el estado de ánimo de Antonio porque influye directamente en el día a día y en los avances o retrocesos que pudiera experimentar.

Se ha eliminado toda aquella información biográfica que pudiese comprometer al usuario y a su familia. Existe una Ley de Protección de Datos que así los ampara y además por el respeto a la intimidad de Antonio y su familia.

9.3. DESARROLLO DEL CASO.

9.3.1. Datos biográficos:

Antonio, nace en Madrid hace 33 años. Es el mayor de dos hermanos. Vive con su padre (viudo desde 1994 y jubilado) en una vivienda en propiedad de Antonio.

El padre está en tratamiento en un centro de salud mental, según dice Antonio por depresión y alcoholismo. Antonio explica que, desde que ellos eran pequeños ha manifestado problemas con la bebida. Antonio cuenta que siendo joven, muchas veces tuvo que ir a buscar a su padre a los bares, mandado por su madre. Actualmente según Antonio y su hermana, el padre no bebe, salvo por días puntuales.

Antonio dice haber pasado una infancia feliz. Aunque dentro de la familia existían problemas, tenía muchos amigos tanto en el distrito, donde pasa los primeros 12 años de su vida, como en su domicilio actual (distinta zona de Madrid de dónde pasó su infancia), al cual se trasladan con posterioridad. Con 11 años estuvo 4 meses ingresado en el hospital por una enfermedad contagiosa. Cuando recuerda esta fase de su vida la explica con mucha angustia ya que recuerda lo que supuso para su familia.

Le gustaba acudir a clase y obtenía buenas calificaciones, tanto en el colegio como en el instituto. En 1993 se inscribe a la Universidad de Economía. En esta época le gustaba permanecer en casa y jugar con el ordenador. Los inicios en la universidad fueron duros ya que su madre falleció de modo repentino en el transcurso de 1º de carrera cuando tenía 18 años. Finaliza la carrera en 1997. En esta época salía con sus amigos con frecuencia.

En 2001 ingresa por primera vez, Antonio estaba preparando la oposición en correos y comenzó, según el informe psiquiátrico, a vivir experiencias de comunicación alucinatoria con su madre fallecida, a la que oía y con la que hablaba de sus problemas y propósitos. Empezó a preocuparse de que sus deseos o pensamientos pudieran convertirse en realidad y se sentía culpable de desear mal a personas conocidas. Creía ser una persona mala y empezó a vivir una lucha interna entre el bien y el mal, con voces que descalificaban. La voz de sus alucinaciones era su madre. El comportamiento en su casa comenzó a ser extraño, cortaba el teléfono para evitar comunicarse con otras personas y empezó a aislarse. Comunicó a su familia que tenía tentaciones canibalísticas. Tras este ingreso, es diagnosticado de esquizofrenia paranoide.

Entre 2001 y 2004, pudo retomar su vida social con sus amistades que había perdido.

En 2004 primero ingresa su padre primero y Antonio después, tras encontrarse sólo en su domicilio y debido a la relación simbiótica que mantenía con su padre, empieza a sentir nuevamente las voces y es ingresado junto con su padre.

Nunca ha llegado a ejercer como economista. Cuando terminó la carrera trabajó en varios empleos de una cualificación más baja, como administrativo o empleado de mudanzas. Aprobó las oposiciones de correos en 2006. Trabajando, pidió un cambio de puesto de trabajo ya que era mucha la presión que sentía; al poco tiempo empeoró y tuvo que darse de baja laboral. En 2009 se le concede la incapacidad laboral absoluta.

Antonio en aquella época sufría de ataques de ansiedad tanto en el domicilio como en la calle. La angustia, explica, la sufría al pensar que su padre se pudiese retrasar para llegar a casa; además, habla cómo el miedo le paralizaba para salir del domicilio. Es aquí cuando interviene el “Equipo de Calle” (*2) como acercamiento de Antonio al CD. Los profesionales del CSM (psiquiatra y trabajadora social), equipo de calle (educador social) y CD (psicóloga y educadora social) y familia (hermana y padre) valoran la participación en el centro para integrar dentro de su rutina diaria, elementos de interacción social con otras personas con los mismos intereses. Se intenta que Antonio establezca relaciones que le sean significativas, al tiempo que pueda sentirse bien al poder compartir con otros compañeros sus conocimientos.

9.3.2. Derivación al Centro de Día (CD).

El 23 de marzo de 2011, Antonio es derivado al Cd para la realización de actividades en contextos grupales, citas con la educadora social y la psicóloga, así mismo se entiende que bajo la motivación de realizar actividades acorde con sus intereses, puede salir del domicilio de una manera continuada. Antonio siente que la situación le supera y no tiene recursos personales para afrontar una vida laboral satisfactoria. Expresa cómo su autoestima, en esta época, es nula ya que pensaba no servir para nada y se daba cuenta de no poder mantener su red social de amistades. Las habilidades sociales que tenía, le suponía un sacrificio ponerlas en práctica y decidía estar solo. Situación económica: Antonio no ha tenido un control de sus cuentas ni de sus gastos; era su padre el que llevaba todo. Incluso con el reconocimiento de su incapacidad laboral (aumentan sus ingresos), él siente que no tiene el suficiente dinero para vivir pero no se interesa por el valor económico de las compras que realiza.

Situación familiar/social. La hermana es un gran apoyo para Antonio ya que le anima a afrontar nuevos retos que él intenta llevar a cabo sólo por no defraudarla. La relación con **su padre** sigue siendo simbiótica y Antonio no entiende la vida sin su presencia ya que deposita en él toda su rutina. Con **sus amigos** intenta mantener la relación telefónicamente pero con el paso del tiempo, ellos no llaman y él tampoco porque no quiere molestar. Antonio entiende que no le llamen porque no quiere salir de casa sin su padre y explica cómo él haría lo mismo si pasase alguno parecido a alguno de sus amigos. Cuando era joven, tuvo una **novia** pero es la única reconocida. Dice no haber sabido conservar.

Higiene personal, vestido, hábitos de alimentación, de sueño, de salud y movilidad en la comunidad: Cuando Antonio acude al CD, se presenta como una persona educada, detallista en el trato y una imagen muy cuidada.

El hecho de dormir demasiadas horas al día, hace que sea lento en sus movimientos y le mantenga apartado de la comunidad. Explica cómo es su día a día y no parece tener una rutina establecida debido a estas horas de sueño durante la jornada.

Físicamente se siente pesado y recuerda constantemente que años atrás, tenía una vida más activa con lo que, físicamente, se veía mejor.

A través de la evitación de situaciones que supongan una mínima exposición (salir de casa) consigue sentirse seguro y cada vez más convencido de su incapacidad para asumir algún riesgo. En la actualidad no existe una actividad o un proyecto significativo y con propósito para él que le motive para asumir el malestar que le produce la exposición fuera del hogar. Las salidas que ha realizado fuera del domicilio, han sido siempre acompañado.

En general, el padre asume todas las tareas de mantenimiento de la vivienda (ir a la compra, cocinar, limpiar e incluso el paseo al perro).

Utilización de medios de comunicación: Antonio utiliza sin dificultad el teléfono móvil y entiende este uso casi exclusivamente para llamar a su padre en los momentos que se encuentra mal. Dice no poder ejercer ningún control sobre el número de llamadas que realiza ya que en esos momentos no es capaz de escuchar a nadie más que a la angustia de no ver a su padre en ese momento.

Manejo de transportes: Tiene carnet de conducir y coche propio. Él recuerda haber sido muy inseguro al volante y además no se orientaba con las calles. Dice que dejó de conducir ya que si hubiese tenido algún imprevisto, no hubiese sabido solucionarlo ya que no se siente con recursos para solucionar aquello que le sucede en la vida.

Refiere interés por superar los miedos que le impiden hacer todo aquello que realizaba antes de las crisis (salir de casa, trabajar y salir con amigos.). Le gustaría adquirir una rutina y variar las actividades que realiza en la actualidad. Estas ideas o motivaciones vienen mediadas por las recomendaciones de los diferentes profesionales.

Antonio explica en la primera entrevista, que antes de ser derivado al CD estuvo derivado al CRPS, al que no acudía ya que presenta un miedo intenso a ir solo en los medios de transporte. Por ello, quiere realizar su paso al centro de manera gradual.

Cuando le explico los distintos talleres que llevamos a cabo en el centro, presenta interés por el taller de Cocina ya que indica que le gustaría ayudar más a su padre en casa. Acordamos los dos en su asistencia al CD en un día.

Aunque sí se dieron varios espacios de evaluación formal, principalmente con la psicóloga y la educadora social, estos no fueron suficientes debido a que únicamente acudía una vez en semana y además de evaluar se deseaba facilitar la relación de Antonio con el resto de las personas del centro; por lo que se aumentaron los días de asistencia. De manera puntual se realizaban tutorías con la familia, junto con la psicóloga del centro y conmigo. No en todas las tutorías, Antonio estaba presente.

A través de la observación, se estuvo evaluando su desempeño en espacios comunitarios (piscina) y en los desplazamientos en transporte público hasta su casa (evaluados por mí).

En julio 2011, junto con Antonio, se establecieron una serie de acuerdos para que se encontrase bien en el centro; los primeros días en un sitios que no era su domicilio y en contacto con otras personas que no eran únicamente su padre, le causaba una situación de nerviosismo que él mismo explicaba como “incontrolable”.

Desde su incorporación al CD, se observaron dificultades para cambiar o acomodar sus intereses a circunstancias nuevas. La reflexión sobre las nuevas actividades propuestas no conectaba con valores personales sino con las demandas impuestas por la familia que reclamaba una mayor autonomía de Antonio.

En la fase de evaluación, se valoró un desequilibrio entre las áreas de ocupación del usuario (autocuidado, productividad y ocio) debido a la ansiedad que le producían los dos componentes del querer y del deber; él sabía que debía venir al centro pero no quería ya que, este hecho, le suponía separarse del padre durante unas horas y además vivir esas horas con mucha angustia ante la inseguridad de verle de nuevo.

En las citas se recoge información acerca de su ocio y tiempo libre; aquí expresa que su afición es el deporte, en general los juegos de equipo y en particular el baloncesto y carrera, los cuales ya no practica por temor a salir a la calle. También le gusta hacer relajación, leer y hacer uso de internet.

Se considera una persona bastante reacia a realizar actividades nuevas. Su ocio y tiempo libre se ve limitado por los acompañamientos del padre y por sus propios miedos.

Si se comparan las rutinas, normas y horarios actuales con los que tenía anteriormente, se observa que se ha producido un cambio importante, ya que antes no salía de casa y ahora se muestra más activo y con más ganas de hacer cosas. Aunque comenta que psicológicamente se cansa bastante “*de no hacer nada y estar todo el día tumbado a hacer cosas hay un salto muy grande*”. Se ha observado que en actividades en las que requieren un mayor grado de concentración y atención se agota antes (se verá en el diario de campo con la actividad de Pintura).

Refiere gustarle el CD ya que ha encontrado un espacio de escucha y motivación en ciertas actividades que hacía tiempo había abandonado.

Después del período de evaluación, el equipo técnico del CD fija los siguientes objetivos de intervención para el nuevo año:

1. Incrementar las decisiones encaminadas a aumentar su autonomía y su participación social.

- 1.1 Realizar al menos una actividad semanal en el medio abierto.
- 1.2 Desplazarse hasta el Centro de Día sin necesidad de apoyo de terceros.

2. Participar activamente en el mantenimiento de la vivienda en colaboración con el padre.

- 2.1 Cocinar al menos una vez a la semana.
- 2.2 Entrar en el supermercado con su padre para realizar una compra semanal.

3. Reducir la interferencia de pensamientos ansiógenos en el día a día.

- 3.1 Tomar conciencia del estilo de pensamiento y su influencia.
- 3.2 Cuestionar dicho estilo de pensamiento.
- 3.3 Eliminar al menos una de sus conductas de seguridad.
- 3.4 Incrementar la atención a otras circunstancias al margen del pensamiento ansiógeno

En el año 2012, después de analizar y dar sentido a los objetivos anteriores, se realiza una revisión de objetivos (anual) y se proponen otros más ajustados a su proceso rehabilitador.

OBJETIVOS DE REHABILITACIÓN REVISIÓN PIASS 2012	ESTADO
1. Incrementar las decisiones encaminadas a aumentar su autonomía y su participación social. 1.1 Realizar al menos una actividad semanal en el medio abierto. 1.2 Desplazarse hasta el Centro de Día sin necesidad de apoyo de terceros.	No conseguido No conseguido No conseguido
2. Participar activamente en el mantenimiento de la vivienda en colaboración con el padre. 2.1 Cocinar al menos una vez a la semana. 2.2 Entrar en el supermercado con su padre para realizar una compra semanal.	No conseguido No conseguido No conseguido
3. Reducir la interferencia de pensamientos ansiógenos en el día a día. 3.1 Tomar conciencia del estilo de pensamiento y su influencia. 3.2 Cuestionar dicho estilo de pensamiento. 3.3 Eliminar al menos una de sus conductas de seguridad. 3.4 Incrementar la atención a otras circunstancias al margen del pensamiento ansiógeno	No conseguido Parcialmente conseguido No conseguido No conseguido No conseguido

Nuevos objetivos propuestos:

1. Reducir la interferencia de pensamientos ansiógenos en el día a día.

- 1.1 Permitir la verbalización de otros pensamientos y emociones al margen de la interpretación delirante.
- 1.2 Tomar conciencia del estilo de pensamiento y su influencia.
- 1.3 Cuestionar la utilidad de las distintas conductas de seguridad que desarrolla en su día a día.

2. Incrementar la fluidez dentro de las actividades que desempeña.

- 2.1 Participar en al menos una actividad del Centro sin la necesidad de mirar el reloj.
- 2.2 Incrementar la expresión de satisfacción durante o al finalizar una actividad.

9.4. DIARIO DE CAMPO.

FECHA: 12/1/2012

(1. Objetivo, 2. Estado del usuario, 3. Intervención, 4. Acuerdos, 5. Objetivos próxima sesión)

1. Repaso de objetivos y satisfacción con los grupos del CD.
2. Tranquilo.
3. Vamos repasando los grupos y él hace una valoración de su desempeño y para qué le han servido y le pueden servir en el futuro. Repasamos conjuntamente cada taller y las exigencias que cada uno conlleva.
4. Algunos de ellos suponen salir al entorno comunitario y él se siente incómodo sólo de pensarlo. Toma compromiso con aquellas actividades donde las salidas se realizan próximas al centro de día.
5. Adaptación de sus dificultades y las exigencias de los grupos en los que participa.

FECHA: 07/02/2012

(1. Objetivo, 2. Estado del usuario, 3. Intervención, 4. Acuerdos, 5. Objetivos próxima sesión)

1. Revisar los compromisos con las actividades y concretar citas conmigo como profesional de referencia.
2. Inquieto por salir antes. Otro usuario le va a acompañar y quiere irse antes.
3. Antonio expresa una tras otra varias preocupaciones:

- *“Me duermo siempre la siesta de 3 a 7 de la tarde”, “por la noche me despierto sobre las 5 o las 6 y me pongo a hablar en voz alta, rezando, hablando conmigo y mi padre se despierta, se está cabreando y con razón”, “me cuesta venir al CD horrores”, “luego me gusta y me lo paso bien y sé que es bueno para mi curación”, “estoy muy preocupado porque me pase algo malo”, “os agradecería que me ayudaras si algún compañero no pudiera acompañarme”.*

Después de escuchar los miedos y preocupaciones que trae hoy, refuerzo la idea de tener el CD como un punto de referencia para poder estar con gente con la que él se siente bien, además refuerzo su trabajo dentro de los talleres. Hablamos de la importancia de cumplir los compromisos que se han creado entre el CD y él para que puedan ser extensibles a su domicilio; es decir, se realiza un horario en su rutina diaria (que crea él) donde están actividades suyas como visitar a su hermana, dormir siesta, ...pero con un horario establecido para que le ayude a organizarse.

4. Le propongo empezar por las actividades del CD y le vemos el cuadrante con sus actividades. Huerto: seguirá yendo cada martes y aumentando la estancia progresivamente.

Cocina y Deporte: realizará todo lo que sea en interior. Las tareas en exteriores no las realizará pero asume que habrá veces que se quedará sin realizar actividades por ejemplo si vamos todos a jugar al baloncesto o a la petanca. El deporte está pensado como una actividad preferentemente exterior.

FECHA: 13/02/2012

Hoy acude al centro con la intención de acudir al CD para participar en una actividad comunitaria pero cuando llega, cambia los planes de manera que no le suponga salir al entorno. Tiene una actitud de poca escucha ya que se siente angustiado. Decido hablarlo en individual una vez que se tranquilice.

Cuando hablamos, me cuenta un hecho durante el trayecto que está relacionado con su obsesión persecutoria.

FECHA: 21/02/2012

(1. Objetivo, 2. Estado del usuario, 3. Intervención, 4. Acuerdos, 5. Objetivos próxima sesión)

1. El usuario participa a medias en la actividad de Medio Ambiente.
2. Nervioso.
3. Verbaliza que no se ve capaz para realizar completamente la actividad a largo plazo por su fobia a espacios abiertos y comenta que le gustaría participar de nuevo en la actividad de Piscina. Cuando nos dirigimos al huerto urbano se vuelve mitad del camino no llegando hasta el mismo como en sesiones pasadas.
Se le comunica que somos conscientes de su esfuerzo por ir e intentar participar pero hoy ha dado un paso hacia atrás en su proceso de recuperación.
4. Próxima sesión del taller esperamos que se mantenga o aumente su grado de esfuerzo como en semanas pasadas.
5. Observar comportamiento en próxima sesión.

FECHA: 23/02/2012

(1. Objetivo, 2. Estado del usuario, 3. Intervención, 4. Acuerdos, 5. Objetivos próxima sesión)

1. Seguimiento en las actividades.
Dos grandes avances del usuario: taller de cocina, y vuelta a la parada del bus.
2. Agobiado porque no se ve capaz de realizar cualquier salida solo.
3. Taller de Cocina: se le comunica que tiene que ir a la tienda a comprar, verbaliza que no es capaz y le comunico que al menos lo tiene que intentar. Es la única manera para que perciba cierto grado de compromiso y esfuerzo.
Por otro lado, se encuentra agobiado porque nadie puede acompañarlo a la parada del autobús al finalizar la actividad correspondiente al día de hoy.
Al final decide ir hasta la tienda. Verbaliza *“pensaba que me iba a costar más trabajo, pero no ha sido para tanto”*. Se le refuerza positivamente su enorme esfuerzo, siendo conscientes todos los profesionales de un logro más en el día de hoy.
4. Mantener compromiso con la actividad, especialmente salida a la compra.

FECHA: 27/02/2012

(1. Objetivo, 2. Estado del usuario, 3. Intervención, 4. Acuerdos, 5. Objetivos próxima sesión)

1. Petición de escucha del usuario.
2. Angustiado y preocupado, al menos así lo verbaliza.

3. Comenta el usuario que hoy ha dado un paso atrás en su recuperación porque su padre lo ha traído en coche al CD.

Hablamos de la diferencia de hechos puntuales y de la rutina. El que haya venido su padre un día no significa que tiene que acudir todos los días. En este caso, todo lo trabajado y conseguido hasta ahora lo echaría por tierra.

Me comenta que en realidad no ha sido hoy el único día, sino que llevan ya 3 días seguidos.

4. Recordándole los logros de la semana anterior, se le dice que mañana vuelva a la rutina de venir solo al CD en vez de venir acompañado de su padre.

Se compromete de hacer el esfuerzo.

FECHA: 28/02/2012

(1. Objetivo, 2. Estado del usuario, 3. Intervención, 4. Acuerdos, 5. Objetivos próxima sesión)

1. Saber si ha venido autónomamente al CD.

2 Rostro angustiado.

3 Explica la dificultad que ha tenido para acudir de manera autónoma al CD en transporte público ya que sus ideas de hacer daño a la gente y persecutorias siguen con él. Explica cómo no puede evitarlo. Le expreso mi comprensión hacia las ideas que él tiene por ser de manera tan invasivas; este hecho hace que él hable más sobre el tema y se sienta escuchado. Se tranquiliza e intenta concentrarse en su participación dentro del grupo.

FECHA: 15/03/2012

(1. Objetivo, 2. Estado del usuario, 3. Intervención, 4. Acuerdos, 5. Objetivos próxima sesión)

1. Antes de empezar el taller de cocina, me comenta que no va a participar en el paseo del supermercado cercano al CD.

2. Preocupado, nervioso e intranquilo.

3. Verbaliza que últimamente no se siente capaz de venir autónomamente al CD porque todo el desplazamiento le ocasiona demasiada angustia. Además dice que es capaz de detectar las personas buenas de las malas.

Por otro lado, menciona que hace varios días fue con su padre a comprar comida al supermercado. Este avance le ocasionó angustia pero no como en otras situaciones similares, lo podía soportar. Se le refuerza este gran logro, y todos los avances que ha conseguido en los desplazamientos requeridos de algunos de sus talleres.

4. Hoy no realizará el paseo al supermercado a modo excepcional.

5. Hablar en citas con psicóloga.

FECHA: 15/03/2012

(1. Objetivo, 2. Estado del usuario, 3. Intervención, 4. Acuerdos, 5. Objetivos próxima sesión)

1. Saber cómo se encuentra.
2. Intranquilo, angustiado, preocupado, agitado.
3. Parece que está un poco acatarrado, por lo que le pregunto cómo se encuentra, como empieza a contarme cosas muy personales, le digo que si quiere me acompañe al despacho y hablamos allí. Explica haberlo pasado mal al venir al CD ya que creía que lo perseguían. Especialmente hoy se ha mostrado muy angustiado por el tema, comenta que su padre y él han visto a una persona que se parecía a su hermana, pero no era ella y él ha pensado que la gente se disfrazaba para confundirle. Comenta que tiene miedo de que algún día monte el numerito en el autobús y también de que le ingresen y así no poder cuidar a su padre si le pasara algo. Se le deja hablar y expresarse, ya que se va viendo que según lo va contando se encuentra mejor, se le refuerza que hace un gran esfuerzo y que eso es positivo.
4. Comunicar lo sucedido a la psicóloga del Centro de Día.

FECHA: 09/04/2012

(1. Objetivo, 2. Estado del usuario, 3. Intervención, 4. Acuerdos, 5. Objetivos próxima sesión)

1. Reducir el grado de ansiedad.
2. Intranquilo, angustiado, preocupado, agitado.
3. Hoy acude al centro con la angustia que le produce no saber con seguridad que al finalizar el día, le acompañe algún compañero a la parada de autobús. En ese momento no hay nadie en el centro por lo que trabajamos la espera. Hasta que no consigue confirmar que no irá solo a la parada, no se tranquiliza.

FECHA: 11/05/2012

Ante la negativa a realizar actividad de Deporte, le explico que por un lado está el compromiso que él ha adquirido de manera voluntaria con el grupo y con la actividad y por otro lado los beneficios del deporte. Él ha sido un gran deportista (natación, carrera y baloncesto) y actualmente su vida es muy pasiva, esto incrementa el sedentarismo y la apatía por hacer cosas. Él me cuenta los problemas físicos que padece al no realizar ningún tipo de ejercicio. Aún así y siendo consciente de lo que pierde al no hacer dicha actividad de deporte, no se siente capaz de llevarla a cabo.

FECHA: 14/06/2012

Hoy no viene al CD ya que asiste a su cita con la psiquiatra. Cambio de medicación con el aumento de un antidepresivo.

FECHA: 25/06/2012

(1. Objetivo, 2. Estado del usuario, 3. Intervención, 4. Acuerdos, 5. Objetivos próxima sesión)

1. Solicita hablar.
2. Angustiado y preocupado.

3. Me comenta que posiblemente su padre puede ausentarse del domicilio varios días por temas familiares. Su cuñado iría en horas puntuales para que no se sienta tan solo.

4. Compromiso con su proceso de recuperación.

FECHA: 28/06/2012

(1. Objetivo, 2. Estado del usuario, 3. Intervención, 4. Acuerdos, 5. Objetivos próxima sesión)

1. Solicita hablar.

2. Sudoración por angustia en los desplazamientos del centro a casa y viceversa.

3. Ayer de vuelta a casa, quedó con su padre en la puerta de un supermercado pero al llegar, su padre no estaba por lo que pidió a una cajera que lo llamase por megafonía porque se encontraba muy nervioso.

Por otro lado, me comenta que su hermana le ha proporcionado una hoja con una serie “*compromisos*” para hacer en su vida diaria.

Expresa su agradecimiento por entender cómo se siente y de igual manera explica la impotencia que sufre ante la imposibilidad de no poder hacer nada para vivir sin angustia.

Le propongo reflexionar sobre la enorme dependencia que tiene con su padre (compra de comida, entre otras), y con los compañeros del centro (acompañamiento a la parada del autobús). Le expreso nuevamente mi comprensión hacia esa angustia que él sufre pero al mismo tiempo valoramos entre los dos el hecho de depositar en el resto de las personas ese sufrimiento en los acompañamientos continuos; llegará un momento en el que alguna de las personas no pueda.

4. Proponemos alternativas:

4.1. Durante los desplazamientos (exposición al exterior) pensar en aspectos que le relajen. Le relajan pensar en ver a su padre y al perro. Descarta la alternativa porque cree que no va a funcionar.

4.2. Acompañarlo telefónicamente durante el trayecto y espera a la parada de bus, retirada paulatina con otras alternativas. Cree que esta alternativa puede funcionar, no necesitando acompañamiento de compañeros y no angustiado durante las actividades.

Verbaliza que nunca le han propuesto esta alternativa y le gusta a priori ya que siente capacitado.

Desde este momento se procede al acompañamiento telefónico en sus viajes al centro y viceversa.

FECHA: 05/11/2012

Decide interrumpir el acompañamiento telefónico ya que sus ideas persecutorias continúan y prefiere que le acompañen a la parada del autobús.

Durante el periodo comprendido entre noviembre 2012 y enero 2013 el usuario no acude casi al centro coincidiendo con Navidad. Prefiere pasarlo en familia y desconectar de la rutina. Realiza llamadas telefónicas para saber de la gente del centro.

El equipo en el seguimiento de PIASS de Antonio, propone 4 objetivos de trabajo:

1. Disminuir la ansiedad en salidas fuera del domicilio.

Metodología: la Educadora Social realiza acompañamientos del domicilio al Centro de Día en transporte público; de esta manera, se fomenta su autonomía y despegue del padre que anteriormente tenía que ir a todos los sitios con él.

2. Aumentar la Red Social de Apoyo

2.1 Conocer y relacionarse con compañeros del Centro de Día dentro y fuera de las actividades grupales.

Metodología: Participación en talleres grupales de ocio.

3. Adquirir habilidades para involucrarse en patrones significativos de ocupación en función de sus necesidades personales y las demandas del ambiente.

3.1. Explorar diferentes actividades que le permitan discriminar intereses, elegir con propósito y mantener motivación por la ocupación significativa.

3.2. Planificar los horarios de descanso tras la comida y la realización de actividades con propósito (autocuidado y ocio)

3.3. Participar activamente en el mantenimiento de la vivienda: limpieza, cocina, compras, etc en colaboración con el padre.

Metodología: Citas individuales con Educadora Social de frecuencia mensual. Coordinación con su padre.

4. Facilitar la colaboración de la familia en el proceso de recuperación de Antonio, partiendo de su autocuidado.

4.1 Comprender los retos que afronta Juan José y la importancia de su cooperación.

4.2 Reducir el grado de sobreprotección en el manejo de la vivienda.

4.3. Reforzar el establecimiento de límites a las demandas de atención y compañía de X

Metodología: Coordinación de Educadora Social y la Psicóloga con su padre y hermana. Coordinación con EASC.

En el momento de devolución del PIASS Antonio está contento por aquello conseguido, reconoce sus logros pero también reconoce el gran esfuerzo que tiene que realizar cada día para acudir al CD. En cita se le reconoce y refuerza este aspecto.

Desde su llegada al CD, sus avances han sido discretos. El constante temor que presenta a lo desconocido y a salir a la calle supone una limitación en su día a día. Ha logrado realizar sólo el trayecto de su casa al CD por las mañanas sin embargo, refiere no sentirse capaz de realizar el retorno, a pesar de haberlo logrado durante el verano realizando un apoyo poco intensivo por teléfono. Cualquier pequeño avance es vivido por el usuario con temor, lo que constantemente conlleva retrocesos. Esto se vive por parte del usuario con indefensión y angustia. No obstante, su rutina diaria se ha modificado considerablemente completando su rutina diaria con actividades grupales, intervenciones individuales y contacto social con otros compañeros. Esta estructuración propicia que sea dado de alta por el EASC en Noviembre 2012, tras la coordinación con el equipo de salud mental de la zona.

En esta época el usuario acude tres días por semana con mucha dificultad al CD.

En la revisión del 2013, se valoran los objetivos propuestos en el año anterior y se reformulan otros para el año actual; se justifican si han sido conseguidos o no y el porqué. Es importante realizar este trabajo para poder adecuar el proceso rehabilitador.

<p align="center">OBJETIVOS DE REHABILITACIÓN</p> <p align="center">REVISIÓN DE PIASS 2011</p>	<p align="center">ESTADO</p>
<p>1. Disminuir ansiedad en salidas fuera del domicilio</p>	<p align="center">Parcialmente conseguido</p>
<p>2. Aumentar la red social de apoyo</p> <p>2.1 Conocer y relacionarse con compañeros del Centro de Día dentro y fuera de las actividades grupales.</p>	<p align="center">Conseguido</p> <p align="center">Conseguido</p>
<p>3. Adquirir habilidades para involucrarse en patrones significativos de ocupación en función de sus necesidades personales y las demandas del ambiente.</p> <p>3.1. Explorar diferentes actividades que le permitan discriminar intereses, elegir con propósito y mantener motivación por la ocupación significativa.</p> <p>3.2. Planificar los horarios de descanso tras la comida y la realización de actividades con propósito (autocuidado y ocio)</p> <p>3.3. Participar activamente en el mantenimiento de la vivienda: limpieza, cocina, compras, etc en colaboración con el padre.</p>	<p align="center">No conseguido</p> <p align="center">Parcialmente conseguido</p> <p align="center">No conseguido</p> <p align="center">No conseguido</p>
<p>1. Facilitar la colaboración de la familia en el proceso de recuperación de X partiendo de su autocuidado.</p> <p>4.1 Comprender los retos que afronta X y la importancia de su cooperación.</p> <p>4.2 Reducir el grado de sobreprotección en el manejo de la vivienda.</p> <p>4.3. Reforzar el establecimiento de límites a las demandas de atención y compañía de Antonio.</p>	<p align="center">Parcialmente conseguido</p> <p align="center">Parcialmente conseguido</p> <p align="center">Parcialmente conseguido</p> <p align="center">Parcialmente conseguido</p>

Intervenciones llevadas a cabo y evolución de Antonio

1. Disminuir ansiedad en salidas fuera del domicilio: Este objetivo se abordó a través de talleres grupales que implican desplazarse a lugares cercanos, a través de apoyo gradual en el acompañamiento que hacíamos al centro y a través de las citas individuales con la psicóloga. El usuario logra parcialmente el objetivo ya que, si bien ha logrado llevar a cabo más salidas de su domicilio y permanecer más tiempo fuera de casa llevando a cabo actividades, la ansiedad sigue muy

presente y continúa a sentirse paralizado ante la idea de tener que salir de casa solo, con lo que su padre le acompaña a los sitios. Este objetivo se mantendrá.

2. Aumentar la red social de apoyo (2.1 Conocer y relacionarse con compañeros del Centro de Día dentro y fuera de las actividades grupales): Este objetivo se abordó a través de la participación en talleres grupales con componentes de ocio. Antonio ha logrado generar una red de compañeros y compañeras con los que mantiene buena relación a pesar del miedo. Se siente más apoyado y más acompañado, siendo frecuentemente sus compañeros los que le ayudan en los desplazamientos desde el centro hasta su casa. Reconoce en sus compañeros, gente en la que se puede apoyar, aunque expresa en tutorías “*no llegan a ser mis amigos, porque mis amigos son otros que he dejado perder*”.

Los objetivos 3 y 4, lo llevan a cabo el Terapeuta Ocupacional y Psicóloga del CD.

Nuevos objetivos propuestos:

1. Incrementar las decisiones encaminadas a aumentar su autonomía y su participación social.

1.1 Realizar al menos una actividad semanal en el medio abierto.

1.2 Desplazarse hasta el Centro de Día sin necesidad de apoyo de terceros.

Metodología: intervención individual semanal con psicóloga.

2. Participar activamente en el mantenimiento de la vivienda en colaboración con el padre.

2.1 Cocinar al menos una vez a la semana.

2.2 Entrar en el supermercado con su padre para realizar una compra semanal.

Metodología: Participación en grupo de Cocina. Intervención individual conmigo.

En cita con el usuario, se le transfiere toda la información en relación a sus objetivos propuestos pero él se niega rotundamente a exponerse de manera gradual al entorno comunitario. La angustia que le produce es más fuerte.

En este periodo su asistencia al centro de día era de cuatro de días/semana de 10.00 a 13.00 horas. Incluso se incorporó a una actividad en horario de tarde, de 16.00 a 17.00 horas, lo que supuso un desplazamiento más al centro.

La participación a los talleres se adaptó a las necesidades del usuario y a las dificultades expresadas para salir del centro, con el objetivo de favorecer el aprovechamiento y disfrute de las actividades. Esta decisión del usuario no permitió la intervención mediante la exposición progresiva a los espacios abiertos en el contexto de las actividades grupales y los intentos de trabajar esta limitación mediante citas individuales en el medio abierto no resultó exitosa.

En consecuencia, el usuario no era capaz de experimentar un grado óptimo de placer y satisfacción en las actividades que realizaba. Esta situación favoreció que Antonio, a pesar de poseer habilidades para la interacción social, se fuese aislando del grupo en los espacios de descanso para dedicar ese tiempo a la escucha de listas de reproducción de música y al visionado de videos musicales, utilizando un ordenador y unos auriculares.

FECHA: 17/01/2013

(1. Objetivo, 2. Estado del usuario, 3. Intervención, 4. Acuerdos, 5. Objetivos próxima sesión)

1. Retomar la asistencia al CD.
2. Tranquilo
3. Primera cita después de las vacaciones en el domicilio. Cuenta cómo han transcurrido los días con su familia; ha paseado con su hermana y con su padre. En alguna ocasión se ha enfadado con su padre por dejarle solo en casa y desencadenar así un episodio de ansiedad debido a sus ideas persecutorias.
Regresa con ganas pero dice sentirse limitado por aquello que piensa y siente. Adelanta no poder participar en aquellas actividades que supongan salir al entorno comunitario.
4. Establecer los acuerdos con el grupo en el caso de necesitar salir al entorno ya que las actividades están encuadradas dentro de un contexto grupal.
5. Seguimiento.

FECHA: 18/02/2013

Lectura de objetivos del PIASS.

Antonio lee los objetivos y se compromete con ellos. Le parecen complicados pero asumibles. Le gusta la intervención conjunta con su padre y él en el supermercado de su casa para hacer la compra. Se le señala que tras la caída, el padre tiene más dificultad para coger peso o alcanzar cosas y que puede ser de gran ayuda.

Se compromete a trabajar mediante su participación en los grupos los objetivos de su PIASS. En el grupo de deporte, jugará a la petanca sin necesidad de que se le proponga por nuestra parte sino de manera autónoma. Aceptará el desafío de jugar al menos una partida en la zona de tierra frente al CD. Pide quedarse con la hoja de revisión de PIASS y se le entrega.

FECHA: 21/02/2013

El usuario rechaza la intervención de exposición gradual. Se le permite un mes para reflexionar qué desea hacer, como desea plantear la intervención en base a sus objetivos

FECHA: 08/03/2013

(1.Objetivo, 2. Estado del usuario, 3. Intervención, 4. Acuerdos, 5. Objetivos próxima sesión)

1. Hoy, en el grupo de deporte ha decidido no salir a jugar una partida de petanca y ha optado por jugar al ping pong. Le indicé en el mismo taller que al finalizar me gustaría hablar con él.
2. Está tranquilo porque sabe de lo que vamos a hablar. Se expresa con sinceridad pero repite un discurso que utiliza cada vez que se le pone delante de un reto: *“te soy sincero, pero creo que me persiguen, lo paso mal y la verdad es que el ping pong me gusta”*.
3. Se revisa con el usuario el acuerdo respecto a su participación en el grupo de deporte. Encuadro con él el sentido del grupo de deporte y los objetivos individuales de él en el taller.

4. Se razona con Antonio la imposibilidad de adaptar la actividad a sus necesidades; no habrá otra actividad alternativa; lo que supone un esfuerzo para participar en el grupo de deporte.

FECHA: 19/06/2013

Presentación del cuadrante de actividades de verano:

Participará en:

- Música.
- Manualidades.
- Huerto: se compromete a asistir al huerto de manera progresiva y partiendo de 15 minutos de estancia inicial. Cada día se aumentarán 5 minutos de estancia en el huerto.
- Serie fórum.

Durante el verano participó en actividades dentro del centro de día. Aquellos grupos que suponían salir al entorno comunitario, él decidía permanecer en el centro y realizar alguna tarea grupal; debía hablar antes con el resto de los integrantes del grupo para llegar a un acuerdo.

En la actividad de Huerto a pesar del acuerdo llegado anteriormente, sus miedos no le permiten llevar a cabo la actividad de manera productiva. Este hecho, le pone en un estado de nerviosismo que le lleva a buscar, de manera impulsiva, apoyo por parte de los profesionales y/o usuarios en la comprensión de su situación.

Durante el periodo estival, en citas estructuradas con un encuadre de espacio pero flexible en los contenidos, se trata de escuchar a Antonio, sus miedos y las posibles soluciones para calmar su estado. Se observa que sacándolo de la situación desencadenante y creando un espacio de reflexión, el usuario logra razonar sus miedos y pensar en las posibles soluciones.

FECHA: 03/09/2013

Presentación del cuadrante de octubre a diciembre 2013:

Participa en:

- Club de Social: Decide acudir a tomar el café con el grupo aunque se acuerda de manera conjunta, no motivársele a hacerlo puesto que en las ocasiones anteriores, esa estrategia ha resultado frustrante para él y para el profesional.
- Serie fórum.
- Cocina (compra en el entorno).
- Ocio para todos.
- Taller de cuentos.
- Piscina.
- Huerto urbano (acudir al huerto urbano en el exterior).

FECHA: 10/10/2013

(1. Objetivo, 2. Estado del usuario, 3. Intervención, 4. Acuerdos, 5. Objetivos próxima sesión)

1. Psicomotricidad acuática

2. Tranquilo.

3. Desde el CD se propone acudir todos los viernes a la actividad de Psicomotricidad Acuática. Hablo con Antonio ya que cuando era más joven, realizaba deportes como natación entre otros. Muestra una gran motivación por participar y decide hacerlo así. Hablamos de sus miedos para realizar el recorrido y acudir a un sitio donde hay mucha gente que no conoce sus intenciones hacia él.

Le explico el recorrido paso a paso que vamos a hacer, con quién, la parada de autobús y lo que allí haremos. Expresa gratitud por explicarle todo y pide paciencia para con él.

4. Quedamos en el CD antes de la actividad y regresamos al mismo punto.

5. Seguimiento de Psicomotricidad Acuática.

FECHA: 14/11/2013

(1. Objetivo, 2. Estado del usuario, 3. Intervención, 4. Acuerdos, 5. Objetivos próxima sesión)

1. Seguimiento de Psicomotricidad Acuática.

3. Ha acudido a tres de cuatro sesiones de psicomotricidad. La actividad en la piscina del pueblo era dirigida por un terapeuta ajeno al CD. El grupo de Antonio estaba compuesto por 6 personas, de las cuales 3 no eran conocidas por el usuario (venían de otros recursos de rehabilitación). Durante el trayecto en autobús, expresa su inquietud y miedo por las ideas persecutorias; desde el grupo se valida aquello que siente pero también se le intenta tranquilizar apoyándole en todo el recorrido. Una vez en el agua, realiza las tareas de la actividad sin dificultad y de igual manera, mantiene la calma en la higiene personal en los vestuarios masculinos.

Cuando finaliza la actividad, en el trayecto de vuelta, le reconozco el trabajo personal que ha realizado para acudir y vemos los puntos positivos de su participación.

Cuenta al grupo cómo cuando era joven nadaba y corría con amigos del barrio.

En equipo y junto con el resto de los profesionales que intervienen en su rehabilitación, se considera como aspecto muy positivo el realizar por parte de Antonio una actividad en el entorno comunitario junto con otra gente y dirigido por profesionales ajenos al centro de día. Se valora la relación directa de un interés personal con alta motivación para la ejecución de la misma. Observamos que en el tercer día de su participación en dicha actividad, muestra ansiedad y necesita apoyo verbal por parte mía.

FECHA: 28/11/2013

(1. Objetivo, 2. Estado del usuario, 3. Intervención, 4. Acuerdos, 5. Objetivos próxima sesión)

1. Interrupción de “Psicomotricidad acuática”

2. Nervioso.

3. Acude el mismo día de Piscina y explica que no se siente con fuerzas para acudir a nadar porque le invaden sus ideas; tiene miedo de hacer daño a alguien del estrés que le produce el pensar que le están siguiendo de manera continuada.

Es consciente de aquello que pierde pero no puede pensar en eso ahora mismo; prefiere quedarse en el centro y además informa que acudirá su padre al centro a buscarle en coche.

Durante su permanencia en el centro, muestra gran angustia ante la preocupación de que no acuda su padre a buscarle; realiza repetidas llamadas telefónicas a éste para confirmar el horario. Todas las explicaciones que le doy, no puede escucharlas debido a su nerviosismo; le explico que su padre tiene vida propia y tiene cosas que hacer, es imposible que acuda siempre en el mismo momento que él llama para que vaya a buscarle a los sitios. Me entiende pero no me escucha. Su única idea en la mente es que a su padre le haya ocurrido algo malo y no pueda ir a recogerlo.

4. Ante la negativa de acudir a realizar la actividad de psicomotricidad, permanece en el centro junto con otros compañeros.

5. Seguimiento.

Antonio no acude más a Piscina.

Desde su centro de salud mental; se realiza una reunión de coordinación entre profesionales. Desde el CD, se explica el proceso de avances y retrocesos en su asistencia al centro. La psiquiatra de Antonio nos informa haberle subido la medicación sin cambios; la subida de la medicación fue la consecuencia de explicar el usuario sus miedos y malestar.

Desde el centro de salud mental se propone la derivación al centro psiquiátrico cerrado de la zona ya que se observa una dependencia total de su padre y de los acompañamientos. Además de las crisis nerviosas que tiene cada vez más frecuentes debidos a esta dependencia.

Cuando se informa al usuario de la decisión, expresa su preocupación por dejar a su padre solo en casa, tiene miedo de que sufra en su ausencia. No está de acuerdo pero entiende que en las condiciones actuales, no puede soportar el sufrimiento que tiene.

Como hay lista de espera para ingresar en el centro psiquiátrico, desde el centro se seguirá trabajando en la misma línea de intervención establecida con el propio usuario.

FECHA: 12/12/2013

(1. Objetivo, 2. Estado del usuario, 3. Intervención, 4. Acuerdos, 5. Objetivos próxima sesión)

1. Periodo navideño.

2. Muestras agotamiento.

3. Acude a cita para informar de su ausencia durante el periodo vacacional. Se le propone acudir al menos un día a la semana al centro para no perder la estructura de rutina establecida con el centro.

Se niega y dice querer permanecer en el domicilio con su familia; asegura regresar después de vacaciones.

Hablamos de la importancia de mantener una estructura diaria donde tenga momentos de salir del domicilio. Me asegura que lo hará así y me explica las cosas que puede hacer en casa y fuera; elaboramos una serie de cosas para hacer durante un día de manera que las pueda seguir y evite quedarse en casa en la cama.

Se compromete a sacar a pasear al perro de manera diaria. Llamará al centro semanalmente para realizar un seguimiento y mantener el vínculo con el CD.

5. Seguimiento en su regreso al centro.

Durante su ausencia, Antonio llama semanalmente, explica cómo pasa los días; ha tenido tres días sin poder salir de casa; por lo que su hermana le ha castigado sin ver a su sobrino. Antonio vive mal este castigo porque entiende que está fuera de sus posibilidades y no puede hacer otra cosa. Hablamos de lo que supone que él mismo no pueda ser autónomo en su día a día; él reconoce el malestar que produce en su familia y se siente culpable por ello.

FECHA: 13/01/2014

(1.Objetivo, 2. Estado del usuario, 3. Intervención, 4. Acuerdos, 5. Objetivos próxima sesión)

1. Regreso del periodo navideño.

2. Contento. Se muestra satisfecho de regresar al centro.

3. Tenemos reunión de organización para el nuevo año, actividades, horarios y citas.

Se le propone realizar Pintura como una actividad para ayudarlo a centrarse en la tarea. Explica un recuerdo de cuando estaba como paciente en un hospital de día, que realizaba una actividad de expresión artística; él lograba centrarse en lo que hacía incluso en los momentos de máxima tensión.

4. Compromiso con las actividades a realizar.

FECHA: 12/02/2014

(1.Objetivo, 2. Estado del usuario, 3. Intervención, 4. Acuerdos, 5. Objetivos próxima sesión)

1. Seguimiento

2. Nervioso porque piensa que su padre no acudirá al centro a buscarlo.

3. Encuadre dentro de la actividad de Pintura; dentro el grupo expresa su malestar y se busca una solución; el resto del tiempo (1 hora y media) se centra en la tarea y además decide acompañarnos a comprar un material imprescindible para llevar a cabo la sesión de pintura. Dice continuar con los miedos pero quiere terminar su tarea y no hay más soluciones.

Le refuerzo la actitud con la que ha resuelto la situación; durante todo el acompañamiento le apoyo verbalmente y el grupo le sostiene. A su regreso al centro necesita de cinco minutos para retomar la actividad y calmarse.

FECHA: 04/03/2014

Hoy en el grupo de Pintura que se lleva a cabo los martes de 10.30 a 12.00 horas, Antonio llega llorando desconsoladamente. Dedicamos 10 minutos a escucharle y a razonar si podemos hacer algo en el grupo para que se tranquilice. Explica que tiene mucha angustia porque cree que le siguen y además tiene miedo así mismo de hacer daño a alguien; le pregunto si alguna vez ha ocurrido algo similar donde él haya herido a alguien y nos contesta que no.

Nos explica de un hecho ocurrido el lunes 03/03/2014 donde, al finalizar su horario del CD, fue a la parada de autobús y quiso llamar a su padre por teléfono; el móvil dejó de funcionar y no pudo realizar la llamada, lo cual le generó mucha angustia ante el hecho de no poder comunicarse con nadie durante el trayecto a casa.

Dice haber tenido que permanecer toda la tarde en el domicilio con gran angustia y tener que ir su padre a la tienda de telefonía para arreglar el móvil. La batería estaba descargada y él pensó que lo había roto.

Cuando relata el hecho, un compañero se ofrece para acompañar al usuario a la parada del autobús hasta que monte y se vaya.

Vemos los tiempos de actividad que tenemos y los de descanso y además les digo que si se encuentra mal durante la sesión de Pintura, puede parar y buscar ayuda en el grupo ya que éste se la ha ofrecido.

Escuchamos a otro compañero que también tiene un día malo y después procedemos a pintar.

Antonio permanece en el grupo durante la hora y media, se muestra tranquilo y relajado; en ningún momento siente la necesidad de abandonar el espacio y al final de la sesión agradece a los presentes haberle entendido y escuchado.

A día de hoy, el usuario acude cuatro días a la semana. El aprovechamiento de los talleres suele estar condicionado a sus miedos no permitiendo un desarrollo adecuado de los mismos cuando estos requieren en alguna de sus actividades salir del centro, incluso si esa salida es a un lugar muy próximo.

En citas con el usuario se reconoce la necesidad de salir, de la dependencia que tiene hacia con su padre; hablamos de las cosas que le hacen sentir mal. Él es consciente de lo que le sucede pero no puede evitar los sudores, temblores, palpitaciones y nerviosismo en general. Expresa el temor a lo desconocido, a las persecuciones y a realizar algún daño a los demás. Las citas conmigo dice sostenerle y contener los ataques de nerviosismo; cada vez que él se siente peor, se le aumenta la medicación con lo que decide no decir todo aquello que siente al psiquiatra para que no lo haga; la medicación le duerme y dice sentirse inútil ante la vida.

La idea de ingresar en un recurso cerrado y sin su familia le produce angustia pero reconoce no poder continuar en esta situación. La familia apoya la derivación realizada por el centro de salud mental; refieren haber llegado a una situación en la que no pueden llevar a cabo sus vidas de una manera tranquila. En una de las citas familiares, la hermana expresa culpa por no poder ocuparse de su hermano pero se justifica con el hecho de tener familia a la que atender.

Antonio tiene sobrepeso y es el padre el que acude a consulta médica, aludiendo problemas de regulación de la glucosa y de sobrepeso. La dieta que establece el médico para el padre es extensible al usuario. Esta relación simbiótica está mantenida y aceptada por toda la familia.

Antonio está limitando su asistencia al centro y como consecuencia, cualquier actividad fuera de su domicilio; no acude a las actividades de tarde aludiendo malestar físico. En horario de mañana no logra entrarse ni siquiera con apoyo del profesional; realiza llamadas telefónicas de manera compulsiva a su padre para asegurarse que vendrá a recogerle en horario y cuando se retrasa incluso dos minutos, Antonio sufre una crisis ansiosa que no es capaz de controlar.

FECHA: Mayo 2014

Finalmente se produce el ingreso al Centro Psiquiátrico de la zona.

(*1). Acompañamiento Terapéutico: Dispositivo que trabaja a través del vínculo beneficiando la mejoría de las condiciones psicosociales de las personas con trastornos mentales.

(*2) Equipo de Calle: Dispositivo instaurado en Madrid dentro de los centros de salud mental para atender a la persona en situación de calle o con unos niveles ansiógenos tan fuertes que deben atender a la propia persona desde el domicilio con el objetivo de que la persona pueda participar de alguna manera dentro de la comunidad.

10. CONCLUSIONES

El proceso de intervención con Antonio fue intenso desde su derivación al centro de día ya que tenía tal angustia que, en ocasiones, era imposible llevar a cabo cualquier actuación de mejora. Sus preocupaciones extremas no le dejaban escuchar aquello que se le decía. Las relaciones que instauró en el CD fueron de apoyo; Antonio encontró gente que le podía acompañar y escuchar (una escucha como descarga no relación de confianza) pero no encontró personas con las que compartir los mismos intereses, o con las que realizar actividades productivas y/o de ocio fuera del CD.

Cuando se le preguntaba por qué estaba en el centro, aún dándose cuenta de los beneficios que obtenía con su asistencia al CD, respondía que era por su familia, porque no quería verla mal por su culpa y porque estaba seguro de poder retomar la red social que un día tuvo pero que, según él, la enfermedad le hizo perder.

Antonio valoró de manera positiva todo el trabajo que hizo y la evolución en su trayectoria durante su paso por el CD, desde el 2011 al 2014 él ha visto cómo es capaz de hacer cosas que había dejado

de hacer hace muchos años (salir, pasear,...) pero también se ha dado cuenta del esfuerzo emocional que debe hacer. Este hecho, hace que resulte imposible mantenerlo en el tiempo. Un esfuerzo que le supone estar alerta todo el día, justificando sus miedos y dando razonamientos de porqué no hace una cosa y porqué siente la angustia inmovilizadora que le incapacita.

Cuando una persona entra en la Red Pública de Atención a Personas con Enfermedad Grave y Duradera, se valora el recurso adecuado para su rehabilitación, puede pasar por diversos recursos en el “peor de los casos” y digo en el peor de los casos porque hay gente que entra y permanece hasta que cumple los 65 años (siendo éste el límite de edad), es decir, que el conocimiento que tiene de los distintos recursos que componen la Red puede ser amplia e incluso haber estado dos veces en el mismo recurso en tiempos vitales distintos. Cuando la persona cumple 65 años, se valora la situación personal y en el caso de no tener familia, bien la agencia de tutela de la comunidad autónoma (en el caso de estar tutelado), bien los servicios sociales del distrito o bien el centro de salud mental, se encargará de la prospección de recursos adecuados a sus necesidades.

También puede ocurrir, que incluso los propios profesionales entendamos que es un recorrido ordenado en dirección ascendente, donde el CD es para personas tan deterioradas que han dejado de ser productivas en la sociedad y el CRL para aquellas donde existe la recuperación de la propia persona dentro de un mundo de actividad y producción; el CRPS para aquellas personas con capacidades intermedias. Cayendo en este error, hace que la persona usuaria no salga de la Red y le prive, así, de autonomía y empoderamiento. Cuando una persona pasa la mayor parte de su vida dentro de los centros, de alguna manera, se aprende a dejar que los profesionales u otros agentes sociales que participen en su rehabilitación, decidan por la propia persona.

Erving Goffman (2009) sostiene lo siguiente:

Por ello, si la estadía del interno es larga, puede ocurrir lo que se denomina “desculturación”, o sea, un “desentrenamiento” que lo incapacita temporariamente para encarar ciertos aspectos de la vida diaria en el exterior, si vuelve a él y en el momento de hacerlo. (p. 28).

La definición se refiere a internos/as de instituciones cerradas como puede ser un hospital psiquiátrico; en los centros abiertos, la persona no pierde el contacto con la comunidad de manera radical pero puede perder ciertas capacidades de decisión si se “acostumbra” a tener a su lado personas como figuras profesionales que le sostienen en los momentos de angustia o crisis. Es como estar entrenándose toda la vida para ser autónomo y tomar decisiones pero no llegar nunca a ponerlas en práctica. Según Baumann, Anja (2010), en *Empoderamiento del usuario del salud mental. Declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS*, la palabra empoderamiento engloba cuatro conceptos: autoconfianza, participación en las decisiones, dignidad y respeto y por último, pertenencia y contribución a una sociedad más plural. En un pasado próximo, estos términos no tenían espacio en la sociedad ya que las personas con trastornos no tenían voz. En la actualidad, los/as profesionales de la salud mental consideran que a los/as usuarios/as del/los recurso/s y a

sus familias les falta capacidad para tomar decisiones o para hacerlo correctamente. Como consecuencia, el servicio adopta una posición paternalista limitando el número o la calidad de las decisiones. En la realidad que conozco, existen personas que terminan “atrapadas” en las relaciones de dependencia instauradas a lo largo del tiempo, limitando, así, la capacidad de toma de decisiones. Con Antonio, la derivación a un centro cerrado se produjo porque las necesidades que él tenía no se podían atender desde la Comunidad, sería duro y frustrante para él someterle a nuevas derivaciones a recursos del entorno, incluso con otra metodología más individualizada ya que el proceso que se ha realizado con él ha permitido que él mismo observase y sufriese en su propio cuerpo las limitaciones suyas principalmente, y las de su familia (padre, hermana y cuñado). El depender de alguien en todo momento, supone para Antonio un sentimiento de sufrimiento continuo que no podría soportar durante un tiempo prolongado. Por ello, el hecho de entrar en una institución cerrada no significa el fin de su libertad, sino la continuidad hacia la ruptura de relaciones dependientes con su familia. No se realiza bajo un ingreso involuntario sino que fue un proceso; este factor es importante en el empoderamiento de las personas: realizar el recorrido junto a la persona, sin olvidarse de ella y pensando que es ella la que tiene que alcanzar los objetivos propuestos, no el profesional dentro de una red de atención. Lo que en mis inicios profesionales consideraba la internación como una intervención poco evolucionada hacia lo comunitario, hoy con el caso de Antonio, veo que es una medida de cuidado para con él y su familia. Para con él, ya que él mismo, siente la necesidad de apoyos más continuados que en su domicilio y entorno comunitario no los encuentra o le son insuficientes. Para con su familia, ya que habían llegado a un punto familiar donde tanto el padre como la hermana y cuñado, sentían no tener las suficientes herramientas personales para ayudar a Antonio; este hecho provocaba tal nivel de angustia que sus planteamientos en las soluciones de situaciones estresantes con Antonio, eran angustiosas para la propia familia, apareciendo así los sentimientos de frustración y rabia. En las reuniones entre los profesionales, Antonio y su familia, se establecían pautas de comportamiento comunes para dar una coherencia a su tratamiento; de manera que se pensaba, podrían ayudar a Antonio y a su familia a tener una convivencia tranquila y sin lazos tan dependientes. Este hecho, no podían mantenerlo ya que era tal el nivel de angustia que se generaba en las situaciones puntuales, que no se sentían capaces de seguir las líneas de actuación y tendían a dejarse llevar por la ansiedad y la solución momentánea de la situación sin valorar las consecuencias que ese comportamiento generaría.

Entonces, ¿en qué términos podemos hablar de recuperación de una persona con enfermedad mental?

El Recovery o Recuperación, es un término que nos ayuda a entender exactamente el proceso de una persona con enfermedad mental hacia la normalización e integración; según Farkas, M., (2007) en *La consideración actual de la recuperación: lo que es y lo que significa para los servicios de atención*, la recuperación significa entender más allá de los efectos de la enfermedad mental; la supervivencia no es recuperarse; la recuperación es el desarrollo de un nuevo sentido de uno mismo, como miembro

de una comunidad, a pesar de la discapacidad psiquiátrica y de los efectos que produce. Un trastorno no es algo que ocurre, pasa y termina; es un proceso de habituación para la persona y para la comunidad; hay que aprender nuevas maneras de entender la vida.

El punto de inflexión es la salida de Antonio del centro psiquiátrico al domicilio nuevamente. ¿Qué pasará a su regreso?, ¿se volverá de nuevo a establecer pautas de comportamiento familiares y personales para no sufrir los momentos de angustia? Aquí pienso sería el momento de atender en grupo, pero no sólo en grupo dentro de actividades o talleres relacionados con sus intereses, sino dentro de un grupo, donde la persona se sienta igual al resto, donde pueda dejar de lado la idea de persona única y centro de sus problemas, donde experimente que como persona, sufre igual que sufre otro individuo; que siente las mismas cosas con distintas intensidades y que le angustian las situaciones que angustia a otra persona. El grupo como herramienta terapéutica tiene un valor potente, pero el tema grupal con sus características y potencialidades podría ocupar otro trabajo.

En todo caso, la salida de Antonio dependerá en gran medida del proceso de recuperación que lleve dentro del hospital psiquiátrico; del lugar que pueda dar a las voces que escucha para llevar una vida lo más adecuada posible a sus intereses.

En relación a la metodología en las tutorías con la familia y Antonio, pienso de la importancia que tiene que la persona esté presente, no sólo informado de cada uno de los movimientos que se hace en relación a su recorrido rehabilitador, sino que esté presente en cada uno de los espacios estructurados para hablar de su proceso. Antonio es una persona que piensa continuamente en lo que pueden decir de él, le angustia esa idea; sin embargo, dentro de la estructura organizativa de cada uno de los recursos se contemplan estos espacios de profesionales para hablar del/la usuario/a y a posteriori crear otros de “devolución de la información” con la persona protagonista.

De alguna manera, el mensaje que le puede llegar a la persona es “hablan de mí sin mí”; en realidad esta manera de trabajar, ¿no alimenta la suspicacia del individuo?

La figura del/la educador/a social en el ámbito de la salud mental.

El reconocimiento al trabajo del/la educador/a social ha ido en evolución ya que, en los inicios, la titularidad no era imprescindible para poder ejercer como tal. En la actualidad está reconocido en los pliegos de las condiciones de los distintos recursos donde existe este perfil de profesionales pero en la práctica, desde mi punto de vista, hay trabajo por hacer.

En un equipo multidisciplinar formado por distintos profesionales del ámbito de la salud como es Terapia Ocupacional, Psicología y/o Psiquiatría, la Educación Social tiene que justificar diariamente su espacio de actuación. Cuestión que no ocurre con otros profesionales. La justificación que doy es, como lo explicado en apartados anteriores, que la educación dentro de la psicosis es relativamente nueva ya que durante años, la única manera de intervenir con la persona era desde la enfermedad, desde el diagnóstico y sus síntomas. Con la aparición de la Educación Social, se hace visible la importancia de las relaciones y del tejido social en el que la persona se ha desarrollado; ambos tienen un papel activo tanto en el desencadenante de la enfermedad como en el proceso de

la recuperación e inclusión del individuo. Las profesiones anteriormente citadas, no sólo llevan más tiempo de consolidación si no que su origen es sanitario con lo que tienen más espacio de actuación.

El/la educador/a social, en base a una realidad psicótica, interviene paralelamente con el resto de los/as profesionales bajo los mismos parámetros. Los/as diferentes profesionales actúan sobre la misma base patológica en distintos momentos del día y mediante herramientas específicas que se diferencian por su particularidad pedagógica, psicológica y psiquiátrica.

En la salud mental se dan ciertas prioridades, aún hoy, para la recuperación como puede ser la medicación y la atención psiquiátrica; puede ser porque, de alguna manera, no hemos avanzado en la idea de inclusión social, de control social, como en la época anterior a la Reforma Psiquiátrica, donde las personas eran tratadas desde los psiquiátricos como forma de protección a la sociedad. Hoy las personas son tratadas desde sus domicilios, desde sus entornos, desde los centros de rehabilitación del barrio pero, en mi opinión, hay mucho trabajo por hacer ya que se no sólo se sigue dando mucho peso al ámbito sanitario sino que, debemos dejar la idea de “reinsertar” a la persona dentro de una red ya establecida y consolidada para pasar a la idea de que la persona nace y se desarrolla dentro de un entorno y de unas relaciones que modifican el comportamiento del individuo. Con ello, se puede dejar de responsabilizar a la persona que padece el trastorno y reflexionar no sólo sobre la enfermedad y el sujeto de manera aislada, sino encuadrada dentro de las relaciones establecidas en su vida.

La Educación Social debe seguir avanzando en los espacios de acción, en las relaciones sociales, en la intervención directa. Cuando una persona padece un trastorno mental, hay que escuchar de dónde viene, qué le ha pasado en su vida para llegar hasta donde ha llegado, hay que ir detrás de la persona para que nos enseñe su mundo, estableciendo vínculos de relación y situando a la persona como sujeto activo de la educación, para promover procesos de cambio que posibiliten su desarrollo cultural y/o educativo. Dentro de un equipo multiprofesional, son innegables las coincidencias de responsabilidades y tareas; esto lleva a que existan confusiones en los límites de cada uno y, llevados por la antigüedad de la profesión o por la importancia social que se dé a la tarea del profesional, hace que el papel de la educadora o educador social se pueda llevar a cabo por otra figura del equipo.

En mi experiencia profesional he vivido la evolución de cómo hace 10 años se veía al educador/a social y de cómo se ve ahora. Esta idea está relacionada, igualmente con el concepto de CD (en la salud mental) que es distinto al de Centro Ocupacional. Son dos recursos distintos para personas con distintas necesidades. Hace tiempo esta diferencia era impensable y el CD podría ser perfectamente un centro ocupacional donde la gente iba a realizar una serie de tareas productivas. Hoy, un centro de día se entiende como un espacio de interacción en un ambiente seguro, donde la gente que por diferentes motivos haya perdido las habilidades sociales necesarias para poder

relacionarse de manera eficaz, pueda poner en práctica y experimentar los resultados dentro de un ambiente facilitador.

En los Documentos Profesionalizadores, (pág. 12), el/la educador/a social se definiría como:

“Derecho de la ciudadanía que se concreta en el reconocimiento de una profesión de carácter pedagógico, generadora de contextos educativos y acciones mediadoras formativas, que son ámbito de competencia profesional del educador social, posibilitando:

¿ La incorporación del sujeto de la educación a la diversidad de las redes sociales, entendida como el desarrollo de la sociabilidad y la circulación social.

¿ La promoción cultural y social, entendida como apertura a nuevas posibilidades de la adquisición de bienes culturales, que amplíen las perspectivas educativas, laborales, de ocio y participación social.”

Con lo que el/la educador/a social entiende la configuración social y su continua actualización. Así es como corresponde ya que la sociedad y las maneras de relacionarse están en continuo cambio.

Una constante en mi vida laboral ha sido el escuchar que las competencias como educadora social estaban relacionadas con las características personales, más que con las competencias propias de la profesión. El “buen hacer”, la generosidad, la paciencia y la empatía entre otras, en mi opinión, se confunden con:

- Saber reconocer los bienes culturales de valor social
- Dominio de las metodologías educativas y de formación.
- Dominio de las metodologías de asesoramiento y orientación.
- Capacidad para particularizar las formas de transmisión cultural a la singularidad de los sujetos de la educación.
- Dominio de las metodologías de dinamización social y cultural.
- Capacidad para la difusión y la gestión participativa de la cultura.

(Competencias del Educador/a Social según *“El Catálogo de la Funciones y Competencias del educador y las educadora social”*).

El educador/a social, como agente social que es, seguirá buscando metodologías capaces de atender a la particularidad de las personas con trastorno mental, así como tratar de contribuir a la mejora de la calidad de los servicios sociales, el tejido asociativo e institucional y de pensar en nuevas maneras de hacer para poder alojar a aquellas personas que no pueden seguir los itinerarios marcados por la sociedad del momento.

En primera persona/parte final:

Tanto con Antonio como con cada una de las personas que he conocido atendidas desde el CD, he tenido mi evolución; en principio veía personas con un trastorno con carencias y limitaciones que había que modelar para que pudiesen permanecer en comunidad, en familia o dentro de su red social más próxima. Siempre se me ha dicho que toda persona con una enfermedad mental tiene una parte sana y que hay que recuperar. Entonces empecé a trabajar con personas enfermas pero

La Exclusión Social y los Trastornos Mentales. De la Enfermedad a la Salud Mental.

con partes sanas, con personas enfermas pero con limitaciones. Todos estos “peros”, son los que nos pierden y confunden porque vamos hacia el estigma de “pobres personas con enfermedad mental que esperan ser atendidas por profesionales, a la espera de que se les den pautas de comportamiento ya que ellos/as, debido a sus limitaciones, no saben”. Como educadora social pensé que el estigma social hacia las personas con enfermedad mental dependía de la sociedad y durante ese tiempo no pensé que yo estaba dentro y estigmatizando. Durante toda mi carrera profesional he puesto en marcha actividades contra el estigma de la enfermedad mental; he participado en charlas y elaborado talleres junto con los/as propios/as usuarios/as del CD, sin embargo, he trabajado desde mi propio estigma como una buena muestra de la comunidad. Fue en el momento de “sobremesa” donde hablábamos de temas personales, donde escuchábamos cómo se sentía la otra persona en ese momento, donde cada uno/a contaba algo de su vida personal y yo preguntaba como Virginia no profesional con lo que mis intervenciones no tenían otro objetivo que el de sentirme dentro del grupo.

Teniendo en cuenta las técnicas, metodologías, teorías sobre la recuperación, ya no queda otra que relacionarse desde los intereses y los elementos de comunicación que son comunes en un grupo. Estos intereses son los que podrán ir ganando terreno a la apatía propia de la enfermedad.

11. LISTA DE REFERENCIAS.

- Alvarenga, N. *Psicología Comunitaria*.
<http://www.monografias.com/trabajos93/la-psicologia-comunitaria/la-psicologia-comunitaria.shtml#prevencioa>. (Consulta: 23 de julio de 2012).
- Arnaiz, A. y Uriarte, J.J. (2006). Estigma y Enfermedad Mental. *Norte de la Salud Mental*, 26 (2), 49-59.
- Baumann, A. Empoderamiento del usuario de salud mental. Declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS.
http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Declaracion_Empoderamiento_OMS.pdf. (Consulta: 2010).
- Bowlby J., (2006). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Morata S.L. Madrid.
- Colina, Fernando, (2010). *El saber delirante*. Síntesis. Madrid.
- Colina, Fernando y Álvarez Jose María. (2011). Origen *Histórico de la Esquizofrenia e historia de la subjetividad*. Tendencias, XI (2), 7-26.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Colegios de Educadores y Educadoras Sociales, (2007). *Documentos Profesionalizadores*. ASEPESES. Barcelona.
- Desviat, Manuel, (2011). *La Reforma psiquiátrica*. Dor S.L. Madrid.

- Desviat, Manuel, (2007). *De locos a enfermos. De la psiquiatría del manicomio a la salud mental comunitaria*. Ayuntamiento de Leganés. Madrid.
- Duarte Barretto, Kleber, (2005). *Ética y Técnica en el acompañamiento terapéutico. Andanzas con Don Quijote y Sancho Panza*. Sobornost/Unimarco. São Paulo.
- Dozza, Leonel, (1999). *Lo social es un lugar que no existe*. Rev. Infocop, 5, 51-54.
- Farkas, M., (2007). *La consideración actual de la recuperación: Lo que es y lo que significa para los recursos de atención*. World Psychiatry. ED. ESP. 5:2.
- Foucault, Michel, (1967). *Historia de la locura en la época clásica I*. F.C.E. México.
- Foucault, Michel, (1967). *Historia de la locura en la época clásica II*. F.C.E. México.
- Freud, Sigmund, (1924). *La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis*. Amorrortu.
- Freud, Sigmund (2013). *Paranoia y Neurosis Obsesiva*. Traducción Luis López-Ballesteros de Torres. Alicanza Editorial. Madrid
- Goffman, Erving, (2006). *Estigma, la identidad deteriorada*. Amorrortu/editores. Buenos Aires.
- Goffman, Erving (2009). *Internados*. Amorrortu/editores. Buenos Aires.
- González Cases, J.C. y Rodríguez González, A., (2002). *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención*. B.O.C.M. Madrid.
- Junta de Andalucía. Mitos y Realidades. *1 de cada 4 personas padece una enfermedad mental a lo largo de su vida*.
<http://www.1decada4.es/volvamosapensar/enfermedadyestigma/mitosrealidades/realidad.es/>
- Marietan, H., (1991). *Sobre conceptos de salud/enfermedad – normalidad/anormalidad*. ALCMEON Revista Argentina de clínica Neuropsiquiátrica, 2, 202-215.
- Maslow, Abraham, (1991). *Motivación y Personalidad*. Díaz de Santos. Madrid.
- May, Rufus, (2005). *Dar sentido a la experiencia psicótica y trabajar por la recuperación*. Desclée De Brouwer Londres.
- Pichón Rivière, Enrique, (1985). *Teoría del vínculo, selección temática de transcripciones de sus clases*. Nueva Visión. Buenos Aires.
- Pichón Rivière, Enrique (1989). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*. Nueva Visión. Buenos Aires.
- Pié Balaguer, Assumpció, Arasanz Dolors y Pastor Puyol, Montse, (2012). *El cómo de la labor educativa en la psicosis*. Rev. Educación Social, 26 (3), 61-75.
- Pié Balaguer, Assumpció (2012). *Intervención socioeducativa y salud mental*. Rev. Educación Social, 16, 91-104.
- Porter, Roy, (2003). *Breve historia de la locura*. Turner.

- Rosentreter, Jeannette, (1996). *Habilidades sociales y salud mental. Un enfoque comunitario*. Rev. *Última Década*, 4, 1-21.
- Rossi, Gustavo Pablo, (2007). *Acompañamiento terapéutico: Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*. Polemos. Argentina.
- Tarí, Antonio, (2006). *Congreso: Actualidad del grupo operativo. Notas sobre el trabajo grupal en los dispositivos de rehabilitación. Área 3: Cuadernos de temas grupales e institucionales, número especial*. 24-26 febrero 2006. Madrid.
- Valdizán, hermilio (2005). *Estigma y exclusión social de la enfermedad mental: Apuntes para el análisis e investigación*. Rev. *Psiquiatría y Salud Mental*, vol. VI, 3-14.

12. LISTADO DE SIGLAS.

CRPS: Centro de Rehabilitación Psicosocial.

CRL: Centro de Rehabilitación Laboral.

CD: Centro de Día.

EASC: Equipo de Apoyo Sociocomunitario.

PIASS: Plan de Intervención Individual de Apoyo y Soporte Social.

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

CSM: Centro de Salud Mental.