



TRABAJO FIN DE GRADO

BARRERAS Y FACILITADORES EN LA CREACIÓN Y MANTENIMIENTO DE REDES SOCIALES EN PACIENTES ADULTOS CON ENFERMEDAD MENTAL. PERSPECTIVA PROFESIONAL

Autor:

Jaime Manrique Álvarez

Tutor:

Alfonso Marquina Márquez

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2023-24

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a todas las personas que participaron en las entrevistas para este trabajo. Gracias a ellos he podido cuantificar aún más la labor de los equipos de salud mental y espero que este TFG sirva para mejorar la atención y el servicio hacia los pacientes de salud mental. A mi familia por su apoyo incondicional. Y sobre todo resalto la labor de mi tutor, Alfonso Marquina, por su gran apoyo y orientación durante todo el desarrollo de este trabajo.

El individuo enferma cuando no puede reconciliar sus necesidades de afecto y relación social con las restricciones y demandas de la sociedad.

Freud, S. (1921)

La función del trabajador social es ayudar a los individuos a entender y utilizar su entorno social de manera más efectiva y aumentar la capacidad de respuesta de su entorno a sus necesidades.

Richmond, M. (1917)

Índice.

Resumen	6
Abstract	7
1. Introducción	8
1.1. Planteamiento del problema.....	8
1.2. Justificación del estudio	9
2. Objetivos	10
2.1. Objetivo general.....	10
2.2. Objetivos específicos	10
3. Revisión de la literatura	11
3.1. Aproximación conceptual y epidemiológica a la enfermedad mental.....	11
3.1.1. Conceptualización de enfermedad mental	11
3.1.2. Prevalencia y perfil sociodemográfico en Castilla y León	13
3.1.3. Enfermedades mentales	15
3.1.4. Tratamiento.....	16
3.2. Marco teórico	18
3.2.1. Teoría del capital social y salud mental.....	18
3.2.2. Redes sociales.....	21
3.3. Trabajo social y salud mental.....	26
3.4. Marco normativo	34
3.4.1. Nivel nacional.....	34
3.4.2. Nivel Castilla y León.....	36
4. Metodología	37
4.1. Diseño.....	37
4.2. Ámbito de estudio	37
4.3. Participantes y muestra	37

4.4. Recogida de datos e instrumentos	38
4.5. Análisis de datos	39
4.6. Aspectos éticos	40
5. Resultados.....	41
5.1. Papel de las relaciones sociales en la salud mental.....	42
5.1.1. Beneficios de las relaciones sociales.....	42
5.1.2. Obstáculos a los que se enfrentan los pacientes.....	43
5.2. Estrategias de intervención para la mejora de las relaciones sociales. ..	44
5.2.1. El papel de los grupos de apoyo.....	46
5.2.2. Intervención en el núcleo familiar.....	47
5.2.3. Perspectiva biopsicosocial.....	47
5.2.4. El papel del empleo en los pacientes de salud mental.....	48
5.3. Mejoras en la atención	48
5.3.1. Acabar con la estigmatización.....	48
5.3.2. Necesidades del servicio.....	49
5.3.3. Propuestas de mejora.....	50
6. Discusión y conclusiones	52
7. Bibliografía	55
8. Anexos.....	59
Anexo 1. Guion entrevistas semiestructuradas.	59
Anexo 2. Consentimiento informado.	60

Resumen

Antecedentes: Este Trabajo Fin de Grado se centra en identificar y analizar las barreras y facilitadores en la creación y mantenimiento de redes sociales para pacientes adultos con enfermedades mentales, desde la perspectiva de los profesionales de la salud mental. La investigación aborda los desafíos que enfrentan estos pacientes, como los síntomas de la enfermedad, la estigmatización social y las limitaciones dentro de los servicios de salud mental, que dificultan la creación de redes sociales.

Metodología: El estudio utiliza un enfoque cualitativo, realizando entrevistas semiestructuradas con profesionales de salud mental del Centro de Salud Mental de la zona Este de Valladolid. Estas entrevistas permiten una comprensión profunda de las percepciones y experiencias de los profesionales sobre las barreras y facilitadores en la creación y mantenimiento de redes sociales para los pacientes.

Resultados: Los resultados destacan la importancia de las redes sociales en la recuperación y bienestar de los pacientes. Entre las barreras identificadas se encuentran la estigmatización social, los síntomas de la enfermedad y las limitaciones dentro de los servicios de salud mental. Los facilitadores incluyen el apoyo familiar, la intervención profesional adecuada y la existencia de programas comunitarios efectivos.

Conclusiones: El estudio se justifica por la necesidad de mejorar la integración social de las personas con enfermedades mentales, ya que la inclusión social sigue siendo un área desatendida a pesar de los avances en tratamientos médicos y psicoterapéuticos. La perspectiva de los profesionales de la salud mental es fundamental para comprender las dinámicas sociales que afectan a los pacientes y para diseñar estrategias efectivas que puedan implementarse tanto a nivel individual como institucional.

Palabras clave: Salud mental, redes sociales, redes interpersonales, capital social, barreras, facilitadores, integración social, estigmatización, profesionales de salud mental.

Abstract

Background: This Bachelor's Thesis focuses on identifying and analyzing the barriers and facilitators in the creation and maintenance of social networks for adult patients with mental illnesses, from the perspective of mental health professionals. The research addresses the challenges faced by these patients, such as symptoms of the illness, social stigma, and limitations within mental health services, which hinder the creation of social networks.

Methodology: The study uses a qualitative approach, conducting semi-structured interviews with mental health professionals from the Mental Health Center of the Eastern Zone of Valladolid. These interviews provide a deep understanding of the professionals' perceptions and experiences regarding the barriers and facilitators in the creation and maintenance of social networks for patients.

Results: The results highlight the importance of social networks in the recovery and well-being of patients. Identified barriers include social stigma, illness symptoms, and limitations within mental health services. Facilitators include family support, adequate professional intervention, and the existence of effective community programs.

Conclusions: The study is justified by the need to improve the social integration of individuals with mental illnesses, as social inclusion remains an underserved area despite advances in medical and psychotherapeutic treatments. The perspective of mental health professionals is crucial to understanding the social dynamics that affect patients and to designing effective strategies that can be implemented at both individual and institutional levels.

Keywords: Mental health, social networks, interpersonal networks, social capital, barriers, facilitators, social integration, stigma, mental health professionals.

1. Introducción

La salud mental es un componente esencial para el bienestar que influye significativamente en la forma en que las personas piensan, sienten y actúan en su vida diaria. En el contexto de las enfermedades mentales, la importancia de las relaciones interpersonales adquiere una gran relevancia. Las redes sociales, entendidas como las relaciones y conexiones que las personas establecen con su entorno, juegan un papel crucial en la recuperación y el mantenimiento de la salud mental. Las interacciones sociales pueden proporcionar apoyo emocional, práctico y material, que son elementos clave para la recuperación y el bienestar de las personas con enfermedades mentales. Este Trabajo Fin de Grado se centra en identificar y analizar las barreras y facilitadores en la creación y mantenimiento de redes sociales para pacientes adultos con enfermedades mentales, desde la perspectiva de los profesionales de la salud mental.

1.1. Planteamiento del problema

Las personas con enfermedades mentales a menudo enfrentan desafíos significativos en la creación y mantenimiento de sus redes sociales. Estos desafíos pueden derivarse de su sintomatología específica, como la ansiedad, la depresión o las alucinaciones, que pueden dificultar su interacción social. Además, la estigmatización social y propia o el aislamiento pueden agravar estos problemas, llevando a una mayor desconexión y soledad. Dentro de los servicios de salud mental, las propias dinámicas y estructuras pueden no siempre apoyar adecuadamente la creación de redes sociales efectivas para los pacientes.

La desconexión social no solo empeora los síntomas de la enfermedad mental, sino que también puede frenar el proceso de recuperación. La falta de redes sociales puede llevar a una disminución en la autoestima, un mayor sentimiento de desesperanza y una menor adherencia a los tratamientos. Por ello, es vital entender los factores que actúan como barreras y facilitadores en este contexto para diseñar intervenciones más efectivas y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

1.2. Justificación del estudio

Este estudio se justifica por la necesidad urgente de mejorar la integración social de las personas con enfermedades mentales. A pesar de los avances en los tratamientos médicos y psicoterapéuticos, la inclusión social sigue siendo un área prácticamente desatendida en la atención de salud mental. La integración social no solo mejora la calidad de vida de los pacientes, sino que también puede tener efectos positivos en la evolución de la enfermedad, reduciendo la recurrencia de síntomas y mejorando la funcionalidad global.

Los profesionales de la salud mental, debido a su contacto directo y continuo con los pacientes, tienen una perspectiva única y valiosa sobre los obstáculos y las oportunidades que existen en el ámbito de las redes sociales. Su experiencia y conocimiento pueden proporcionar una visión profunda sobre las dinámicas sociales que afectan a los pacientes y sobre las estrategias más efectivas para apoyar la creación y mantenimiento de redes sociales. Este trabajo pretende aprovechar ese conocimiento para identificar estrategias que puedan ser implementadas tanto a nivel individual como institucional.

Además, este estudio busca llenar un vacío en la literatura existente al proporcionar un análisis detallado de las barreras y facilitadores desde la perspectiva de los profesionales de la salud mental.

En resumen, la comprensión de las barreras y facilitadores en la creación y mantenimiento de redes sociales para personas con enfermedades mentales es crucial para desarrollar intervenciones eficaces. Este estudio, centrado en la perspectiva de los profesionales de la salud mental del Centro de Salud Mental de la zona Este de Valladolid, pretende contribuir significativamente a este campo, proporcionando conocimientos que pueden guiar futuras prácticas en el ámbito de la salud mental.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

El objetivo general de esta investigación es:

Identificar y analizar las barreras y facilitadores en la creación y mantenimiento de redes sociales para pacientes con enfermedades mentales, a través de la perspectiva de los profesionales de salud mental del Centro de Salud Mental de la zona Este de Valladolid.

2.2. Objetivos específicos

A partir de este objetivo principal trascienden los siguientes más específicos:

- Explorar las barreras percibidas por los profesionales de salud mental en la creación y mantenimiento de redes sociales para pacientes con enfermedades mentales.
- Identificar los facilitadores que contribuyen al éxito en la creación y mantenimiento de redes sociales para pacientes con enfermedades mentales.
- Evaluar la importancia de las redes sociales en el proceso de recuperación y bienestar de los pacientes con enfermedades mentales desde la perspectiva de los profesionales.
- Proponer recomendaciones y estrategias para mejorar la integración social de los pacientes con enfermedades mentales basadas en las experiencias y percepciones de los profesionales de salud mental.

3. Revisión de la literatura

3.1. Aproximación conceptual y epidemiológica a la enfermedad mental

3.1.1. Conceptualización de enfermedad mental

El concepto de enfermedad mental ha evolucionado a lo largo de la historia, basado en tres corrientes principales: teorías sobrenaturales, somatogénicas y psicógenas. Estas han convivido y se han reciclado con el tiempo.

El psicoanálisis fue predominante en el primer tercio del siglo XX, aplicado en más de 400 escuelas de psicoterapia. En EE.UU., se continuaron utilizando terapias de choque electroconvulsiva y lobotomías hasta los años 70. La industria farmacéutica floreció, enfocándose en tratamientos químicos del cerebro con medicamentos psicotrópicos (Plotkin, 2003).

A día de hoy ambas teorías conviven en la disciplina denominada como modelo biopsicosocial del comportamiento humano. Esta dice que, si bien podemos nacer con predisposición genética a sufrir algún tipo de trastorno psicológico, serán los factores externos los que necesariamente desarrollen ese trastorno en nosotros.

Los avances en el tratamiento llevaron a avances en el diagnóstico de las enfermedades mentales. En 1883 Emil Kräpelin realizó una publicación en la que detallaba un sistema de trastornos a partir de un patrón sintomatológico. Pero no fue hasta 1952 que la Asociación Americana de psiquiatría publicó el primer Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) (García Zabaleta, 2019).

Este manual ha sufrido diferentes revisiones siendo la última la del año 2022 con el DSM-V-TR, esta versión combina la clasificación multiaxial, los diagnósticos clínicos y estresantes psicosociales o ambientales.

El propio DSM-V define el trastorno mental como “un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una

disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental” (American Psychiatric Association, 2014).

La Organización Mundial de la Salud definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de una dolencia o enfermedad” (World Health Organization, 1948). En 1992 con el propósito de rastrear estadísticas de mortalidad, la OMS publicó el código CIE-10.

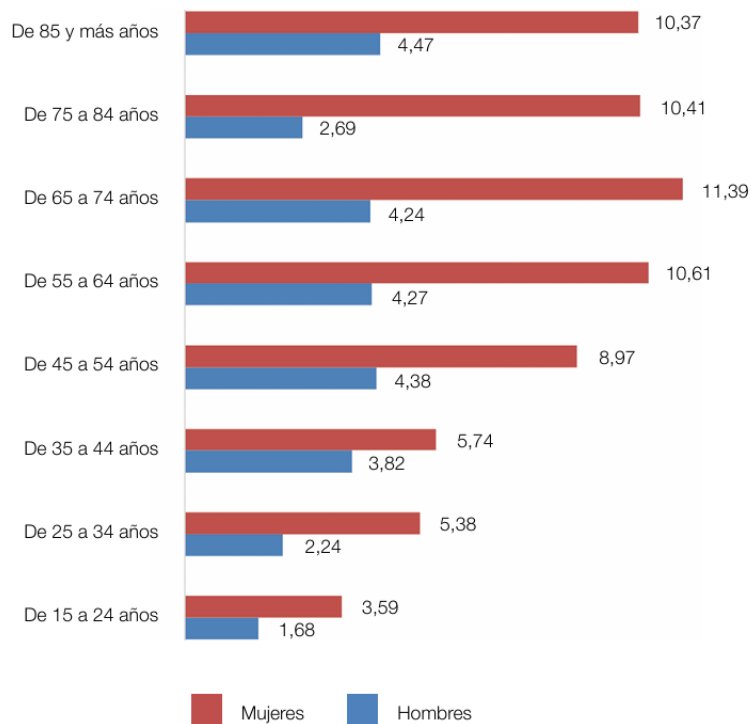
En el caso de España utilizamos el CIE-10-ES desde enero de 2016. Este código está estandarizado internacionalmente para clasificar y codificar los diagnósticos médicos. En su capítulo V nos encontramos con los trastornos mentales y del comportamiento y en el XXI los factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud siendo este último de especial interés para el diagnóstico social de los trabajadores sociosanitarios puesto que en su apartado *personas con riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales (Z55-Z65)* encontramos los siguientes factores sociales que afectan a la enfermedad del usuario: (The National Center for Health Statistics, 2022).

- Z55: Problemas relacionados con la educación y la alfabetización.
- Z56: Problemas relacionados con el empleo y el desempleo.
- Z57: Exposición a factores de riesgo ocupacional.
- Z58: Problemas relacionados con el ambiente físico.
- Z59: Problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas.
- Z60: Problemas relacionados con el ambiente social.
- Z61: Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez.
- Z62: Otros problemas relacionados con la crianza del niño.
- Z63: Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, incluyendo circunstancias familiares.
- Z64: Problemas relacionados con ciertas circunstancias psicosociales.
- Z65: Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales.

3.1.2. Prevalencia y perfil sociodemográfico en Castilla y León

Según el informe del Ministerio de Sanidad *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, Período 2022-2026*, y en referencia a la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) de 2017 en las historias clínicas de atención primaria, el trastorno de ansiedad es uno de los problemas de salud mental más comunes.

Figura 1. Prevalencia de ansiedad crónica en población de 15 y más años según sexo y grupo de edad (%). España 2020.

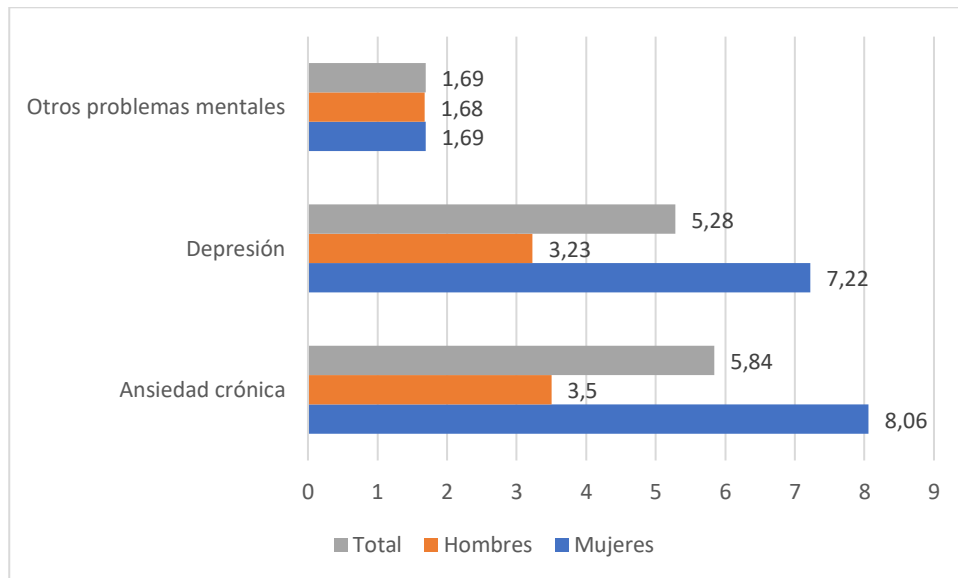


Fuente: Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) año 2020, extraído de la *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, Período 2022-2026*.

Afecta al 6,7% de la población con tarjeta sanitaria. Este trastorno tiende a mantenerse relativamente estable en frecuencia entre las edades de 35 y 84 años. Por otro lado, en la figura 2 se presentan los datos de depresión, ansiedad crónica y otros problemas de salud mental en población de 15 y más años según sexo, que recoge la *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, Período 2022-2026*. Estos datos corresponden a la frecuencia autodeclarada de trastornos padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico, según la Encuesta Nacional de Salud y la Encuesta Europea de Salud en España. La aparición de sintomatología

depresiva es más común que los cuadros depresivos en sentido estricto. La tendencia a relacionar el duelo con el trastorno depresivo, interpretar el "bajón" adolescente como depresión o confundir estados de tristeza, cansancio o decaimiento con depresión, puede ser una de las razones del aumento en el diagnóstico de estos trastornos.

Figura 2. Prevalencia de depresión, ansiedad crónica y otros problemas de salud mental en población de 15 y más años según sexo (%). España 2020

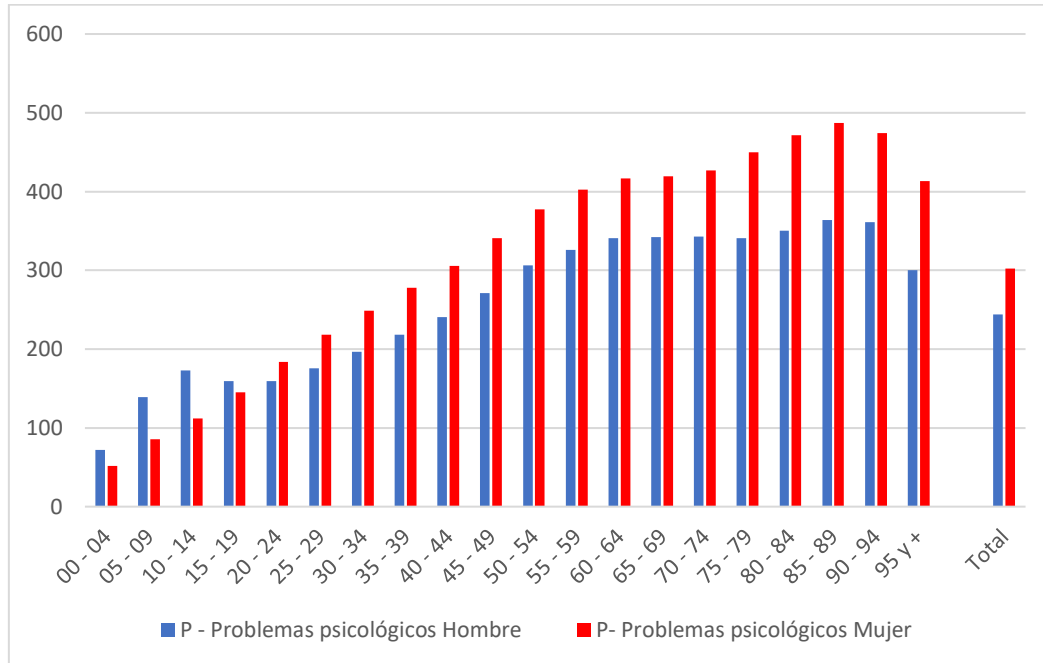


Fuente: Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) año 2020, extraído de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, Período 2022-2026.

En cuanto a las psicosis, afectan al 1,2% de la población en conjunto. La psicosis afectiva es la más común, con una prevalencia de 7,2‰. Además, la demencia se registra en el 3,2% de la población de 60 años o más. En la infancia y adolescencia (menores de 25 años), los problemas más frecuentes son los trastornos hiperkinéticos (1,8%) y los problemas específicos del aprendizaje (1,6%).

En la siguiente tabla podemos apreciar la prevalencia de los problemas de salud mental por grupo de edad y sexo según los datos de la BDCAP 2017, como se puede observar en la infancia y juventud existe mayor morbilidad en el sexo masculino que en el femenino, pero una vez pasados los 20 años son las mujeres quienes sufren en mayor proporción las enfermedades mentales.

Figura 3. Prevalencia de problemas de salud mental por grupo de edad y sexo, año 2017.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Base de Datos de Atención Primaria, 2017.

3.1.3. Enfermedades mentales

3.1.3.1. Características diagnósticas

Los problemas de salud mental presentan varias características comunes. A continuación, se describen algunas de ellas:

1. **Predominio Femenino en Adultos:** En la población adulta, los trastornos de salud mental tienden a afectar más a las mujeres. Esto es especialmente evidente en casos como la anorexia nerviosa, que ocurre 7 veces más en mujeres, y el trastorno depresivo, que se presenta 3 veces más en mujeres.
2. **Mayor Frecuencia en Varones durante la Infancia y Adolescencia:** En contraste, durante la infancia y adolescencia, los problemas de salud mental son más frecuentes en los varones. Los trastornos hiperkinéticos son 3 veces más comunes en esta etapa.
3. **Gradiente Social:** Existe una relación con el nivel de ingresos. A medida que disminuye el nivel de rentas, aumenta la prevalencia de ciertos problemas de salud mental:

- Psicosis (Esquizofrenia): 12 veces más común en el nivel de renta más bajo en comparación con el más alto.
- Trastornos de la Personalidad: 11 veces más prevalentes en niveles de renta más bajos.
- Trastornos de Somatización: 7 veces más comunes en poblaciones con menor nivel de ingresos.

3.1.4. Tratamiento.

3.1.4.1. Farmacológico

Actualmente el tratamiento de las enfermedades mentales se basa principalmente en el consumo de fármacos con intención de tratar químicamente el cerebro. En 2017, se observó que el 34,3% de las mujeres y el 17,8% de los hombres de 40 años o más retiraron al menos un envase de antidepresivos, ansiolíticos o hipnóticos/sedantes. Para cuantificar esto, se dispensaron 203,6 DHD (dosis diarias definidas por mil personas y día), lo que permite tratar al 20,4% de la población de 40 años o más con una dosis diaria estándar durante todo el año.

Los fármacos más utilizados fueron:

- Antidepresivos: Se dispensaron 98,8 DHD, con una mayor prevalencia en mujeres (40,3) que en hombres (52,8).
- Ansiolíticos: Se dispensaron 83,5 DHD, con una mayor prevalencia en mujeres (83,5) que en hombres (43,4).
- Hipnóticos y sedantes: Se dispensaron 40,2 DHD, con una mayor prevalencia en mujeres (52,2) que en hombres (26,9).

En cuanto a patologías específicas:

- En personas con psicosis (de cualquier edad), se dispensan 241,7 DHD de neurolépticos, con una mayor prevalencia en hombres y en niveles de renta bajos.
- En personas con psicosis afectiva, se dispensan 109,5 DHD de litio, sin grandes diferencias por sexo, edad o nivel de renta.

- En personas con demencia, se dispensan 376,2 DHD de fármacos antidemencia, sin diferencias significativas por sexo, edad, nivel de renta o tamaño de municipio.
- En trastornos hiperkinéticos en menores de 25 años, se dispensan 214,0 DHD de psicoestimulantes, con una mayor prevalencia en varones entre los 10 y 19 años y en los niveles de renta más altos.

3.1.4.2. Psicosocial

Además del tratamiento farmacológico, los tratamientos psicosociales son fundamentales en la mejora de los pacientes de enfermedades mentales. Estos tratamientos incluyen una variedad de enfoques que abordan los aspectos psicológicos y sociales de la enfermedad, complementando los efectos de los medicamentos y, en algunos casos, ofreciendo alternativas menos invasivas.

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) que desarrollan por un lado Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, y Fang; y por otro Butler, Chapman, Forman, y Beck, constituye uno de los tratamientos psicosociales más utilizados y efectivos. Esta terapia se centra en identificar y cambiar patrones de pensamiento y comportamiento negativos que contribuyen a los problemas de salud mental. La TCC ha demostrado ser eficaz para una amplia gama de trastornos, incluidos la depresión, la ansiedad, los trastornos de pánico y los trastornos alimentarios (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012) (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006).

La Terapia Interpersonal (TIP) se centra en mejorar las relaciones interpersonales y la comunicación del paciente, lo que puede ser particularmente útil para aquellos que experimentan depresión y otros trastornos del estado de ánimo. La TIP se basa en la idea de que los problemas en las relaciones personales pueden desempeñar un papel significativo en la aparición y el mantenimiento de los síntomas de la enfermedad mental (Markowitz & Weissman, 2004).

La Terapia Familiar involucra a los miembros de la familia en el tratamiento, con el objetivo de mejorar la comunicación y resolver los conflictos familiares. Este enfoque puede ser especialmente útil en el tratamiento de niños y adolescentes con trastornos mentales, así como en el tratamiento de trastornos como la esquizofrenia y los trastornos bipolares, donde el apoyo familiar puede ser crucial para la recuperación del paciente (Miklowitz, 2007).

Los programas de rehabilitación psicosocial están diseñados para ayudar a las personas con enfermedades mentales graves a desarrollar habilidades para la vida diaria y la integración en la comunidad. Estos programas pueden incluir entrenamiento en habilidades sociales, apoyo en el empleo y la educación, y asistencia en la gestión de la vida diaria. La rehabilitación psicosocial ha mostrado mejorar significativamente la calidad de vida y el funcionamiento general de los pacientes (Bellack, 2006) (Bond & Drake, 2008).

Los grupos de apoyo y las terapias de grupo proporcionan un entorno seguro donde los individuos pueden compartir sus experiencias y recibir apoyo mutuo. Estos grupos pueden ser dirigidos por profesionales de la salud mental o facilitadores capacitados, y han demostrado ser beneficiosos para personas con una amplia gama de trastornos mentales, incluyendo la depresión, la ansiedad y los trastornos de estrés postraumático (TEPT) (Yalom & Leszcz, 2005).

3.2. Marco teórico

3.2.1. Teoría del capital social y salud mental

Desde los noventa del siglo pasado el término capital social comenzó a estar en la órbita de investigadores de múltiples disciplinas sociales. Su origen se corresponde con los primeros escritos de Pierre Bourdieu, James Coleman y Richard Putman.

Bourdieu concebía las redes sociales como producto de estrategias de inversión, ya sean individuales o colectivas y de forma consiente o no, que tratan de reproducir diferentes relaciones útiles en el tiempo. Para él, el capital

(en todas sus formas) sería igual al poder y su distribución en la estructura social (Vargas Forero, 2002).

Sin embargo, James Coleman define el capital social como algo más que una entidad aislada. No como un sustantivo si no más como un adjetivo, una variedad de características comunes de dos entidades que conforman la estructura social y facilitan a los individuos realizar acciones a partir de ella. Coleman menciona en su teoría diferentes formas en las que se refleja el capital social, como las obligaciones sociales, las expectativas, el uso de amigos o de su amistad como fuente de beneficio o información. Dentro de este intercambio, Vargas Forero (2002) señala que el capital social no es un bien individual si no público y ejemplifica esta inversión subóptima del capital social así; “un vecino puede ser apático frente a la organización comunitaria de su barrio y, aun así, disfrutar de los beneficios de las acciones de esa organización” (pp. 74).

Para Richard Putnam “el capital social se refiere a aspectos de organización social, como las redes, las normas y la confianza, que facilitan la coordinación y la cooperación en beneficio mutuo (Putman, 1993, citado en Vargas Forero, 2002). En su teoría el interés se centra en el compromiso cívico de cada individuo y su nivel de participación social en la vida comunitaria.

En cuanto al desarrollo teórico específico sobre capital social y salud mental existe una falta de investigación. McKenzie, Whitley y Weich realizan un acercamiento en su artículo Social capital and mental health. Kawachi y Berkman citados en McKenzie et al. Desarrollan el concepto vinculándolo a la literatura sobre apoyo social y redes sociales. Es probable que los efectos del capital social sobre las enfermedades mentales sean complejos, y sería erróneo suponer que los diferentes tipos de trastornos psiquiátricos comparten un patrón común de asociación con esta exposición.

En su artículo, concluyen con que la exploración del capital social en salud mental no solo tiene un valor intrínseco, sino que puede ayudar a abordar algunas cuestiones clínicas y epidemiológicas importantes no resueltas. Estos incluyen debates sobre la composición o el contexto para explicar las desigualdades geográficas y socioeconómicas en salud mental... El capital

social puede llegar a ser un importante factor mediador entre una comunidad, los atributos colectivos de sus miembros y la salud individual (McKenzie, Whitley, & Weich, 2018).

3.2.1.1. Obstáculos en la creación de capital social.

En la participación social de la que hablamos las personas con enfermedades mentales se enfrentan a un desafío doble, la creación de ese capital social y la lucha contra la sintomatología de la enfermedad. Patrick Corrigan y Amy Watson en su artículo *Understanding the impact of stigma on people with mental illness* ven como principal desafío para los enfermos mentales en su proceso de recuperación y por consiguiente de ampliación de capital social, los estereotipos y prejuicios que resultan del concepto de enfermedad mental.

Para los enfermos mentales el estigma es doble, por un lado, existe el estigma público, que reciben de forma externa y por otro el autoestigma. Ambos discriminan y roban oportunidades para crear lazos sociales y aumentar el capital social de las personas con enfermedad mental. En su artículo Corrigan y Watson establecen la siguiente tabla:

Tabla 1. Comparación y contraste de las definiciones de estigma público y autoestigma.

Estigma público	
<i>Estereotipo</i>	Creencia negativa sobre un grupo (p. ej., peligrosidad, incompetencia, carácter) debilidad)
<i>Prejuicio</i>	Acuerdo con la creencia y/o reacción emocional negativa (p. ej., enojo, miedo)
<i>Discriminación</i>	Respuesta conductual a los prejuicios (p. ej., evitación, retención de empleo y oportunidades de vivienda, retener la ayuda)

Autoestigma	
<i>Estereotipo</i>	Creencia negativa sobre uno mismo (p. ej., debilidad de carácter, incompetencia)
<i>Prejuicio</i>	Concordancia con la creencia, reacción emocional negativa (p. ej., baja autoestima, baja autoeficacia)
<i>Discriminación</i>	Respuesta conductual a los prejuicios (p. ej., no busca trabajo y vivienda) oportunidades)

Fuente: Extraído de *Understanding the impact of stigma on people with mental illness*, Corrigan y Watson, 2002, (pp 1).

Otro de los aspectos que complican la creación de capital social son las condiciones sintomáticas de los pacientes, Torres-González y demás autores del artículo *Unmet needs in the management of schizophrenia* consideran que la falta de habilidades sociales de los pacientes esquizofrénicos sumado a la medicación psicotrópica provoca disfunciones en la vida de los pacientes, agudizando la reducción de interacción social.

Otra circunstancia a la que se refieren en el artículo, es la presencia de necesidades sociales comunes en pacientes de salud mental entre las que destacan el desempleo, la falta de pareja, el bajo nivel educativo o problemas de vivienda, lo que los categoriza directamente como personas en riesgo de exclusión social. Cuando estas necesidades están satisfechas, los pacientes dan más peso a las relaciones sociales. (Torres-González, y otros, 2014).

3.2.2. Redes sociales

Las teorías de redes sociales han sido objeto de discusión durante la mayoría de su historia, en la búsqueda de una teoría unificada Ainhoa de Federico la Rúa referencia a John Barnes para el que no había nada que se pareciera a una teoría de las redes sociales, también nos habla de Ronald Burt, quien diez años después adoptaba una posición similar, “el análisis de redes no es un corpus unificado de conocimientos acumulativos a lo largo de los años... es una federación laxa de aproximaciones que progresan en varios frentes gracias a los esfuerzos teóricos de muchas personas” (Burt R. 1980, citado por de Federico, A. 2008).

Con el desarrollo de los modelos sistémicos y ecológicos y la idea de considerar las relaciones sociales como objeto de análisis, en la década de los 80 se comenzó a teorizar sobre las “social networks”. Rápidamente llegó al campo del trabajo social y a su interés de estudio, ya que la construcción de redes de apoyo social comunitario desde los profesionales del ámbito está unida con la historia de la profesión.

Podemos identificar a tres antropólogos como los padres de las redes sociales, estos son, John Barnes, de quien ya hemos hablado, Elizabeth Bott y

James Clyde Mitchell. Barnes, en 1954, comenzó a utilizar el término “redes” para sus descripciones de los grupos sociales, así como las relaciones familiares y de amistad. Definiendo estas redes como “un conjunto de puntos que se conectan a través de líneas. Los puntos de una imagen son personas y a veces grupos y las líneas indican las interacciones entre esas personas y/o los grupos”. Posteriormente, en el año 1972, Barnes publicó su obra “Social Networks” en la que amplía esa definición primaria de redes sociales como un conjunto de puntos (personas o grupos) interconectados por líneas (interacciones), estableciendo así la base para el análisis de las estructuras y relaciones sociales que impactan en la vida de los individuos (Barnes, J. 1954; 1972, citado en Dettmer González, J. 2019).

Elizabeth Bott añadió una nueva dimensión al concepto en su estudio “Family and Social Network” realizado a familias de la clase trabajadora en Londres durante 1957, descubrió que las redes sociales que tienen cada miembro de la pareja afectan directamente a la relación y la naturaleza de esta. Por lo que el rol conyugal está directamente relacionado con la densidad de las redes sociales que disfrutará cada miembro de la pareja, distinguiendo redes sociales abiertas, caracterizadas por ser más amplias y diversificadas, pero también con una menor intensidad y más superficiales, y cerradas, más limitadas y exclusivas, pero con nexos más fuertes (Bott, E. 1957, citado en Noble, T. 1970).

Por último, Mitchell en su trabajo “Social Networks in Urban Situation” genera una nueva definición de red social como "un conjunto específico de vínculos entre un conjunto definido de personas con la propiedad de que las características de esos vínculos como un todo puede usarse para interpretar la conducta social de las personas implicadas" (Mitchell, 1969, citado en Dettmer González, J. 2019).

3.2.2.1. Evolución de las redes sociales

La teoría de las redes sociales es el resultado de diferentes corrientes de diversos campos de las ciencias sociales. Jorge Dettmer González, en su artículo Análisis de Redes Sociales (ARS): Estado del arte del caso mexicano establece tres etapas evolutivas del concepto de redes sociales destacando diferentes autores. Por parte de la Sociología nos encontramos a George Simmel, Lloyd Warner y Elton Mayo. En el área de la Psicología destacan Jacobo Moreno y Kurt Lewin. Y en la Antropología destacan los denominados anteriormente como padres del concepto John Barnes, Clyde Mitchell y Elisabeth Bott. También existe el análisis matemático de las redes sociales, la teoría matemática de grafos de Erdős, Rényi y Bolobás, o la del equilibrio estructural de Harary y Cartwright.

La primera etapa que señala Jorge Dettmer comprende los años 1930 hasta 1970, en los que se desarrollan principalmente tres escuelas.

1. La sociometría, representada por los psicólogos Lewin y Moreno, estos se interesaron por los pequeños grupos. Esta escuela llevó a cabo la idea de que las relaciones se podían analizar a través de procedimientos matemáticos fusionando las teorías de Erdős, Rényi, Bolobás, Harary o Cartwright, con el objetivo de mostrar cómo la estructura grupal afecta a los comportamientos individuales.
2. El estructural-funcionalismo antropológico, desarrollado en Harvard durante las décadas de 1930 y 40. En la que Elton Mayo y Lloyd Warner analizaron la estructura de los pequeños grupos y subgrupos, descubriendo que estos últimos se articulaban en una compleja red que daba sentido a su integración en el sistema mayor.
3. La escuela de Manchester, representativa de los años 1950 y 70 integró a Barnes, Bott y Nadel y Gluckman, basaron sus estudios en familias y pequeñas comunidades con el objetivo de conceptualizar la vida social, concluyendo que era el conjunto de puntos unidos por líneas que se articulaban para formar redes relacionales.

La segunda etapa comprendida en las décadas de 1970 y 1980, rompe con las escuelas debido a dos principales innovaciones, la equivalencia

estructural, y la escala multidimensional. Cartwright se orienta por el estudio del patrón de las relaciones en vez del estudio de las relaciones entre los actores. “Dado que dos agentes desvinculados entre sí podían tener el mismo patrón de relación con el resto, entonces podían ser objetivamente intercambiables” (González, 2019). Dando lugar a la equivalencia estructural.

Por último, la tercera etapa establecida por Jorge Dettmer va desde la década de los 1980 hasta la actualidad. En las últimas décadas, el análisis de redes sociales ha avanzado significativamente tanto en el ámbito teórico-conceptual como en el metodológico y técnico, gracias al apoyo de diversas herramientas computacionales.

Desde un punto de vista teórico, el análisis de redes sociales ha revitalizado teorías sociológicas como la de las formas de Simmel, la del intercambio de Homans y la elección racional, que antes se consideraban superadas, facilitando la comprensión de la conexión entre los niveles micro y macro.

En cuanto a la metodología, el enfoque de redes ha sustituido la perspectiva cuantitativa tradicional, basada en muestras representativas y atributos como raza, sexo o edad, por modelos relacionales centrados en la relación social.

Desde una perspectiva técnica y metodológica, se combinan técnicas tradicionales de recolección de datos con métodos modernos como la "bola de nieve" y el "Mundo Pequeño al Revés" de Poole y Kochen, apoyados por programas computacionales como Multinet, Pajek y Ucinet, que permiten la representación gráfica y la estimación de diversas medidas de red.

3.2.2.2. Características de las redes sociales

Todas las redes sociales cumplen una serie de características estructurales, interaccionales y de apoyo social. Cristina Villalba Quesada las analiza en su informe “Redes sociales: Un concepto con importantes implicaciones en la intervención comunitaria” (1993) a partir de las definiciones previas y las aportaciones de la obra de David P. Moxley (1989).

En primer lugar, en las características estructurales encontramos:

- **Tamaño:** Se refiere al número de personas que forman parte de la red social de un individuo. Existen diferencias notables en el tamaño de las redes sociales entre la población general, las personas con trastornos de personalidad y las personas psicóticas dentro de una cultura específica.
- **Composición:** Representa la variedad de tipos de personas presentes en la red, incluyendo familiares, amigos, vecinos y compañeros. Una red social diversa en su composición permite a las personas y a la persona de referencia desempeñar roles y establecer relaciones de manera flexible.
- **Densidad:** Indica el grado de interconexión entre los miembros de la red, independientemente de la persona de referencia. Las redes sociales densas suelen estar asociadas con un alto potencial de apoyo, pero también pueden ejercer un control que podría limitar cambios saludables en los roles sociales.
- **Dispersión:** Se refiere a los niveles de relación en términos de tiempo y espacio. Refleja la facilidad con la que se puede contactar a los miembros de la red y nos proporciona información sobre la disponibilidad de apoyo.

Además, en las características interaccionales están:

- **Multiplicidad:** Describe las relaciones que cumplen más de una función o que involucran diversas actividades.
- **Contenido transaccional:** Implica el intercambio de ayuda material, emocional e instrumental entre la persona y los miembros de su red.
- **Direccionalidad:** Mide en qué medida la ayuda afectiva, material o instrumental se ofrece y se recibe por parte de la persona, indicando la reciprocidad y el flujo del apoyo social.
- **Duración:** Representa la extensión temporal de las relaciones de la persona con su red social, lo que indica la estabilidad en dichas relaciones.

- **Intensidad:** Refleja la fuerza con la que se percibe el vínculo entre los individuos.

Por último, las características de apoyo social en las redes sociales se refieren al tipo de apoyo que fluye entre los miembros de una red social y la persona central. Los tres tipos de apoyo más relevantes para evaluar en estas redes son:

- **Apoyo Socioemocional:** Incluye expresiones de afecto, cuidado y apoyo emocional. Estas manifestaciones fortalecen los lazos afectivos y proporcionan consuelo en momentos difíciles.
- **Apoyo Instrumental:** Se refiere a la información, orientación y asistencia práctica que los miembros de la red pueden ofrecer. Esto puede incluir consejos para resolver problemas o guía en situaciones específicas.
- **Apoyo Material:** Implica la provisión de bienes materiales, como ayuda financiera, objetos tangibles o recursos físicos. Estos elementos pueden ser compartidos o recibidos dentro de la red.

3.3. Trabajo social y salud mental

El Trabajo Social y la Salud Mental son dos campos intrínsecamente entrelazados que desempeñan un papel crucial en nuestra sociedad. Este apartado se centrará en explorar los roles y funciones del Trabajo Social dentro del ámbito de la Salud Mental, destacando la importancia de un enfoque multidisciplinar y la utilización de recursos sociosanitarios en Castilla y León.

El Trabajo Social, con su enfoque holístico e integrador, juega un papel esencial en la promoción de la salud mental y el bienestar de los individuos. Los trabajadores sociales, como miembros clave de los equipos multidisciplinarios, colaboran con otros profesionales de la salud para proporcionar una atención integral y centrada en la persona.

En Castilla y León, existen numerosos recursos sociosanitarios disponibles para apoyar a las personas con problemas de salud mental. Estos recursos, que van desde la atención domiciliaria hasta los centros de día y los

servicios de rehabilitación, son fundamentales para mejorar la calidad de vida de estas personas.

En la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 aparece trabajador social en un total de 7 entradas en todo el documento:

La primera entrada aparece en la página 7 del documento entre las sociedades científicas, asociaciones, organizaciones y otros expertos consultados, siendo la Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSYS), la única entre otras 26 que aporta una perspectiva desde nuestro ámbito de trabajo.

La segunda aparece en la página 82, dentro de las recomendaciones del objetivo general *Mejorar la atención a las personas con riesgo suicida* la cual dice: *Promover la formación y capacitación de los y las profesionales de atención primaria, de medicina, enfermería y trabajo social en identificación de grupos de riesgo y en técnicas de entrevista para la detección y manejo del riesgo suicida* (Ministerio de Sanidad, 2021).

La tercera entrada se encuentra en la página 88 del documento, dentro de los objetivos específicos (objetivo 4.1.4.) del objetivo general *Contribuir a recuperar, mantener y mejorar la autonomía y la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental* referido a la prioridad de los apoyos en su propio contexto por parte de equipos de atención domiciliaria e interdisciplinares formados por profesionales de psiquiatría, psicología clínica, enfermería y trabajo social.

La cuarta de nuevo en los objetivos específicos (objetivo 4.2.1.) del objetivo general *Disponer de servicios y recursos alineados con los principios básicos de la atención basada en el modelo de recuperación de las personas en el ámbito comunitario* de la página 89, el cual da importancia a potenciar los equipos de tratamiento asertivo comunitario de nuevo con el equipo multidisciplinar mencionado.

La quinta al igual que las anterior hacer referencia al tratamiento asertivo comunitario como recomendación (pp. 102) dentro del objetivo general

Fortalecimiento de la red de recursos públicos especializados en la atención a las familias de personas con problemas de salud mental.

La sexta aparece en los objetivos específicos (objetivo 7.3.2.) del objetivo general *Desarrollar la cooperación dentro del equipo interdisciplinar de salud mental* con el fin de asegurar la continuidad asistencial del equipo multidisciplinar.

Y, por último, dentro de la Línea Estratégica, en el Pregrado se propone la idea de ir adaptando en el tiempo el contenido y los programas de los estudios universitarios de psiquiatría en medicina, psicología, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional y todas las titulaciones vinculadas con la atención a la salud mental, en línea con las recomendaciones recogidas en la estrategia.

De estas entradas podemos concluir que la figura del Trabajador Social dentro de los equipos multidisciplinarios es fundamental para la consecución de estos objetivos fundamentales en la intervención con los pacientes.

3.3.1. Roles y funciones

El rol del trabajador social sociosanitario se podría definir como “la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad” (Ituarte Tellache & Sánchez Fernández, 1992).

Los trabajadores sociales intervienen principalmente en el primer y segundo nivel de atención sanitaria, preparados para cumplir con los requerimientos necesarios para el desempeño de sus funciones, incluyendo la investigación de factores psicosociales en salud, tratamiento de problemas relacionados con la enfermedad, y la promoción de la participación social en la mejora de la salud.

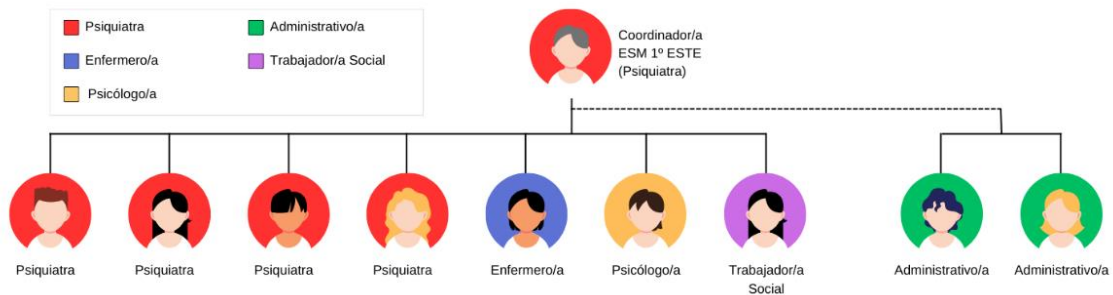
Además de estas, el profesional de trabajo social desarrolla otras funciones específicas entre las que se agrupan la investigación, la promoción, la prevención, la recuperación, la rehabilitación, la gestión y la administración,

con actividades como orientación, gestión de recursos, y trabajo en equipo interdisciplinario. Siempre teniendo en el punto de mira como objetivo final contribuir al bienestar de las personas y comunidades y promover el desarrollo a través de su labor en diferentes instituciones de salud.

3.3.2. Equipo multidisciplinar

Los equipos multidisciplinarios de salud mental del SNS y concretamente los de SACyL están formados por un conjunto de profesionales entre los que se encuentran, psiquiatras, psicólogos/as, enfermeros/as y trabajadores/as sociales, junto al personal administrativo del centro siguiendo el siguiente organigrama:

Ilustración 1. Organigrama del Equipo Multidisciplinar de Salud Mental



Fuente. Elaboración propia.

Si nos centramos en el Equipo de Salud Mental número 1 del área Este de Valladolid la atención asciende a 105720 tarjetas sanitarias individuales, según los datos de la Guía de Ordenación Sanitaria de Castilla y León (Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad, 2024). En la tabla que se muestra a continuación, podemos observar el número de TSI por cada una de las zonas básicas de salud de Valladolid Este:

Tabla 2. Número de TSI por Zona Básica de Salud correspondiente al ESM 1 Este – Sanidad.

ZONA BÁSICA DE SALUD	POBLACIÓN TSI
PILARICA	19225
PLAZA CIRCULAR	15870
SAN PABLO	12832
CIRCUNVALACIÓN	12778
TUDELA DE DUERO	11393
MAGDALENA	11178
PEÑAFIEL	10409
PORTILLO	10139
ESGUEVILLAS DE ESGUEVA	1896
TOTAL	105720

Fuente: Elaboración propia a partir de Guía de Ordenación Sanitaria de Castilla y León.

3.3.3. Recursos sociosanitarios

Desde SACyL y a través de los equipos multidisciplinares se gestiona una serie de recursos sociosanitarios que conforman una red de apoyo para los pacientes y sus familias. En función de las características de cada paciente, como rango de edad, nivel económico, capacidades, habilidades sociales, apoyos sociofamiliares, tipo de enfermedad o sintomatología.

Desde una perspectiva biopsicosocial el equipo multidisciplinar dispone los recursos por y para el bienestar del paciente. Además de estos recursos los apoyos sociofamiliares son de vital importancia en el proceso rehabilitador de las personas con enfermedades mentales, la falta de estos apoyos por lo general es un agravante en la situación lo que supone un factor condicionante para el colectivo. Una de las preocupaciones más comunes entre los familiares de los pacientes más dependientes y cuya familia está compuesta por padres de avanzada edad y pocos o ningún hermano es que ocurrirá tras su fallecimiento o en el momento que ellos no puedan hacerse cargo del paciente. En estos casos existen varias posibilidades en función de las capacidades de las que dispongan, entre las que se encuentran de menor a mayor integración y en función del órgano competente:

- Sanidad

- Red de centros sanitarios especializados.
- Servicios Sociales
 - Residencias.
 - Viviendas supervisadas.
 - Centro de día ocupacional (El Puente, Intras o el CISLA).
 - EPAP (Equipo de Promoción de la Autonomía Personal).
 - Vivienda normalizada.
- Servicio de empleo.
 - Integración Laboral. Itinerarios laborales de El Puente, Intras o Hermanas Hospitalarias.

Existen otros recursos residenciales denominados minirresidencias dirigidas a pacientes con Grado III de dependencia, sin soportes sociales y en situación de riesgo. En Castilla y León actualmente hay una en Toro (Zamora), dos en la provincia de León, una en Soria, otra en Ávila y por último en Burgos.

Para aquellos pacientes que no dispongan del Grado III, se dispone de los pisos supervisados en un entorno comunitario para mejorar sus habilidades sociales y confianza, promoviendo su autonomía. Esos pisos son gestionados por El Puente e Intras que de la misma manera gestionan los servicios de asistentes personales. En estos pisos se trabajan las redes de apoyo social en beneficio del bienestar y el equilibrio del paciente preparándolo para una reinserción social.

Estos recursos están financiados a través de la Prestación Económica Vinculada o Doble Vinculada para aquellos casos en los que el servicio sea residencial y de centro de día.

Otra característica común en los pacientes es el consumo habitual de tóxicos, o en su defecto un consumo recurrente en su pasado, esta circunstancia en muchos casos es el origen de los problemas psicosociales que sufren los pacientes de salud mental. Este fenómeno dificulta la intervención debido a las alteraciones que produce en el paciente, volviéndolo reactivo al tratamiento. En estos casos la voluntad del paciente es primordial para su mejora.

En los casos de drogodependencia encontramos una amplia red asistencial por niveles de recursos:

En el primer nivel encontramos los EAP (Equipos de Atención Primaria), CEAS (Centro de Acción Social), AVAR (Asociación Vallisoletana de Alcohólicos Rehabilitados), ATRA (Asociación para el Tratamiento y Rehabilitación del Alcoholismo) o ACLAD (Atención Integral a Colectivos en riesgo).

En el segundo nivel ya entraría el ESM conjuntamente con CAD: Cruz Roja (Centro de Atención a las Adicciones), de nuevo ACLAD, pero en este caso sus los centros de día y Proyecto hombre.

Y en el último nivel, se encuentran las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria y Patología Dual, la Comunidad Terapéutica, que para esta tenemos Proyecto Hombre, Dr. Pampuri, Spiral, y por último el Centro de Rehabilitación de Alcohólicos de Cáritas.

Es de vital importancia establecer una buena coordinación entre los servicios sociales y los meramente hospitalarios que se realizan el equipo multidisciplinar de salud mental. Thornicroft y Tansella (2018) aluden al equilibrio en la atención en la que se repartan los recursos para la incorporación de medidas sanitarias y sociales. Puesto que, desde el modelo de atención biopsicosocial propuesto por Engel en 1977, se debe atender a las necesidades sociales, biológicas y psicológicas, ya que son las que conforman nuestro bienestar fisiológico y social.

En la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026, en sus aspectos generales apartado "d" *Análisis de situación* se hace referencia a todos los recursos de atención a la salud mental. En la siguiente tabla (3) se recogen los datos en relación al gasto en atención a la salud mental en los hospitales españoles en el año 2017, el cual no supera el 4% del total de dinero destinado a especialidades.

Tabla 3. Gasto en la atención a la salud mental en hospitales SNS, España. Año 2017.

	Gasto atención salud mental en hospitales	Gasto total atención especializada en hospitales	% sobre total
Hospitales agudos	945.452.666	38.806.337.865	2,44 %
Hospitales de media y larga estancia	14.195.519	742.650.465	1,91 %
Hospitales de salud mental y toxicomanías	521.133.334	521.133.334	100 %
Total	1.480.781.519	40.070.121.664	3,70 %

Fuente: Extraído de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026, (2021)

En relación con los recursos hospitalarios en el mismo apartado de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 utilizan la Estadística de centros sanitarios de atención especializada, hospitales y centros sin internamiento que ofrece información de acuerdo a la clasificación establecida en el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Según esta estadística en el año 2018 la oferta asistencial en materia de Salud Mental era la siguiente:

Tabla 4. Oferta asistencial por dependencia en centros sanitarios de atención especializada, hospitales y centros sin internamiento. Año 2018

Oferta asistencial	Públicos		Privados		Total de centros	
	Total de centros	% sobre el total de centros	Total de centros	% sobre el total de centros	Total de centros	% sobre el total de centros
Psiquiatría	284	61 %	222	71 %	506	65 %
Psicología clínica	290	62 %	164	52 %	454	58 %
Terapia ocupacional	280	60 %	70	22 %	350	45 %

Fuente: Extraído de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026, pg 45, 2022.

3.4. Marco normativo

3.4.1. Nivel nacional

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, regula la estructura y el funcionamiento del sistema sanitario público en España, con el principal objetivo de garantizar el derecho a la protección de la salud. Posteriormente, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, establece los principios y garantías que regulan las relaciones entre pacientes, profesionales y centros y servicios sanitarios públicos y privados, enfocándose en la autonomía del paciente y en sus derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

En el contexto de la cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), la Ley 16/2003, de 28 de mayo, se encarga de asegurar que todos los ciudadanos españoles y extranjeros residentes legales tengan derecho a la protección de la salud y atención sanitaria financiada con fondos públicos. Según el artículo 13 de esta ley, se regula la atención especializada, la cual es un nivel asistencial superior a la atención primaria y es proporcionada por médicos especialistas, como los psiquiatras. Esta atención se brinda en hospitales, consultas externas de centros de especialidades, y hospitales de día, a petición de los facultativos de atención primaria. Además, el artículo 14 de la misma ley define la atención sociosanitaria como un conjunto de cuidados dirigidos a enfermos crónicos que se benefician de la actuación conjunta de los servicios sanitarios y sociales.

Por otro lado, el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, establece las bases generales para la autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, creando una clasificación y definición común para todos ellos, tanto públicos como privados, lo que facilita la creación de un registro general y un catálogo.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, se centra en la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia, garantizando los derechos de aquellos que necesitan apoyo para realizar sus actividades diarias y mejorando su calidad de vida y la de sus cuidadores. Complementariamente, el Real Decreto 1030/2006, del 15 de septiembre,

regula la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de garantizar la equidad y el acceso a la atención sanitaria.

En el ámbito de la protección de datos, la Ley 3/2018, de 5 de diciembre, adapta el marco legal español al Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea, estableciendo principios, derechos y obligaciones para el tratamiento de datos personales. Además, el Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, unifica los criterios y baremos para la evaluación del grado de discapacidad, garantizando la igualdad de condiciones para acceder a las prestaciones y servicios previstos en la legislación.

La Ley 3/2023, de 28 de febrero, de Empleo, establece la equivalencia legal entre la incapacidad permanente de la Seguridad Social y un grado mínimo de discapacidad del 33% a efectos laborales, fomentando el acceso al trabajo y proporcionando beneficios laborales a quienes cuentan con una incapacidad permanente, facilitando su reconocimiento de discapacidad y acceso a ventajas laborales.

La Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, para garantizar los derechos en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, regulando la interrupción voluntaria del embarazo y estableciendo las obligaciones de los poderes públicos para promover la salud y educación en estos ámbitos. Además, introduce medidas para prevenir y combatir la violencia de género en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

Por último, la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 cambia el enfoque hacia los derechos de los ciudadanos, su inclusión, la lucha contra la estigmatización, la promoción de la salud mental y la prevención de problemas relacionados, incluyendo la prevención del suicidio. La Cartera de Servicios de Atención Primaria tiene como objetivo principal garantizar el acceso a una atención sanitaria de calidad para todos los ciudadanos, estableciendo una serie de servicios comunes que aseguran una atención continua y global en todos los niveles asistenciales, adaptándose a las nuevas demandas de atención y fortaleciendo los valores convencionales del sistema.

3.4.2. Nivel Castilla y León

El Decreto 83/1989, de 18 de mayo, regula la organización y funcionamiento de los Servicios de Salud Mental y Asistencial Psiquiátrica en la Comunidad de Castilla y León. Esta norma establece las bases para una atención integral en salud mental y asistencia psiquiátrica, y crea la Red de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en la región. Posteriormente, la Ley 1/1993 se enfoca en la ordenación del sistema sanitario en Castilla y León, regulando la organización y el funcionamiento del sistema sanitario público en la comunidad autónoma.

Para abordar la problemática del consumo de sustancias tóxicas, la Ley 3/1994, de 29 de marzo, se centra en la prevención, asistencia e integración social de los drogodependientes en Castilla y León, estableciendo un marco regulador para estas actuaciones. En cuanto a los derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la salud, la Ley 8/2003, de 8 de abril, se encarga de regular estos aspectos en el sistema sanitario de la comunidad.

Además, la Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León, aprobada mediante el Acuerdo 58/2003 de 24 de abril, establece una línea estratégica para la rehabilitación e integración sociolaboral de las personas con enfermedades mentales. Finalmente, la Ley 8/2010, de 30 de agosto, sobre la ordenación del sistema de salud de Castilla y León, regula las acciones necesarias para garantizar el derecho a la protección integral de la salud en Castilla y León.

4. Metodología

4.1. Diseño

El estudio se diseñó como una investigación cualitativa exploratoria, dado que el objetivo ha sido profundizar en las experiencias y percepciones de los profesionales de salud mental respecto a las redes sociales de sus pacientes. Este enfoque permitió obtener una comprensión detallada y rica en matices de los factores que influyen en la creación y mantenimiento de dichas redes.

4.2. Ámbito de estudio

El ámbito de estudio de la investigación se centra en el Centro de Atención Especializada de Salud Mental del Sistema Sanitario de Castilla y León, concretamente en el Equipo de Salud Mental 1º Este de Valladolid. La naturaleza multidisciplinar del ESM permite la adecuación de las entrevistas semiestructuradas para conocer la perspectiva profesional de los participantes independientemente del perfil profesional de cada uno.

4.3. Participantes y muestra

La muestra de la investigación está compuesta por cinco profesionales voluntarios buscados intencionalmente para incluir una diversidad de roles profesionales, como psicólogos, psiquiatras, enfermeros y trabajadores sociales especializados y con experiencia en el área de salud mental.

En la siguiente tabla se reflejan los perfiles de los profesionales participantes en las entrevistas:

Tabla 5. Perfiles de los entrevistados.

Perfil profesional	Años de experiencia	Edad	Sexo	Codificación
Psiquiatra	25	62	Hombre	E2-H-PSQ
Psicóloga	25	50	Mujer	E4-M.PSC
Trabajadora social (1)	14	41	Mujer	E1-M-TS
Trabajadora social (2)	4	54	Mujer	E5-M-TS
Enfermera	28	50	Mujer	E3-M-ENF

Fuente: Elaboración propia a partir de la transcripción de las entrevistas realizadas.

Como se puede apreciar en la tabla experiencia de los profesionales varía de 28 a 4, contando con una media cercana a 15 años de experiencia, por lo que se puede asegurar que los participantes seleccionados tienen un amplio bagaje en el ámbito de la salud mental.

4.4. Recogida de datos e instrumentos

Para la recolección de datos se utilizaron entrevistas semiestructuradas. Este tipo de entrevista ha permitido explorar en profundidad los temas de interés, al tiempo que ofrece a los participantes la flexibilidad de expresar sus opiniones y experiencias de manera libre y detallada. Las entrevistas semiestructuradas son ampliamente reconocidas en la investigación cualitativa por su capacidad de generar datos ricos y contextuales, facilitando la comprensión de fenómenos complejos desde la perspectiva de los participantes. Con esta técnica se busca entender la realidad desde el punto de vista de los entrevistados, lo que nos ofrece una rica información sobre la problemática a estudiar (Munarriz, 1992).

Para Ruiz Olabuénaga (2012) hay tantas entrevistas como personas que realicen las mismas, como sea el desarrollo de las mismas y como sea su estructura. En este caso la entrevista como ya se ha mencionado consta de una estructura flexible que trata de adaptarse al desarrollo de la misma, por lo que se puede asumir que se trata de una entrevista semiestructurada.

El guion de la entrevista (Anexo 1) se ha estructurado en tres bloques, el primero de ellos *Salud Mental y Relaciones Sociales*, centrado en conocer la influencia de las relaciones interpersonales en el bienestar de los pacientes, así como los facilitadores y los obstáculos más comunes a los que se enfrentan para su creación.

En el segundo bloque *Estrategias de intervención* se busca recoger información sobre las estrategias de mejora de habilidades sociales, metodologías para abordar el aislamiento social en los pacientes. También se busca conocer la opinión de los profesionales sobre los grupos de apoyo y por último cómo se adapta el modelo biopsicosocial para tratar a los pacientes.

El tercer y último bloque *Propuestas de mejora* se destina a conocer las ideas sobre la estigmatización y su afección a los pacientes, y también a que posibles acciones se pueden realizar para acabar con ella. También se destina a descubrir los avances y nuevos enfoques que se utilizan para fomentar las relaciones interpersonales en los pacientes, y en la integración de estas medidas en la atención rutinaria del equipo.

En la entrevista también se preguntan datos de carácter más demográfico para poder establecer el perfil de los participantes como se ha podido observar en la Tabla 3. Todas las entrevistas se realizaron de forma presencial en las consultas del Edificio Rondilla donde se encuentra el centro de especialidades de Salud Mental de Sacyl.

4.5 Análisis de datos

Para el análisis de los datos obtenidos se transcribieron las entrevistas, puesto que se pidió el consentimiento de los entrevistados para poder grabarlas y así realizar una mejor interpretación de las mismas. Una vez transcritas, la información se fue recogiendo por códigos divididos en temas y subtemas. Para cada entrevista se estableció una codificación (ver en Tabla 3) que consiste en tres códigos, por ejemplo, E1-M-TS, la primera parte corresponde al número de entrevista (E1, E2, E3...), la segunda a su sexo siendo M=Mujer o H=Hombre y la tercera alude al perfil profesional, como

puede ser PSC, PSQ, TS o ENF, psicólogo, psiquiatra, trabajador social o enfermero respectivamente.

4.6 Aspectos éticos

Durante el desarrollo de la investigación se han tenido en cuenta todas las consideraciones éticas pertinentes, incluyendo la obtención del consentimiento informado, la confidencialidad de los datos y el respeto por la privacidad y dignidad de los participantes.

La profesión de Trabajo Social conlleva a mantener una ética rigurosa y seguir los principios que establece el Código Deontológico del Trabajo Social. Además de cumplir con la legislación vigente en materia de protección de datos, Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Por ello previo al desarrollo de la entrevista se facilitó un documento de consentimiento informado a los participantes, (Anexo 2). También se informó a los entrevistados del compromiso de del investigador sobre la confidencialidad, así como de la reiteración del anonimato para el cual se han creado los códigos que aparecen en la tabla 5 y en el apartado anterior.

5. Resultados

A partir de lo respondido en las entrevistas semiestructuradas realizadas a los profesionales de la salud mental, podemos encontrar algunos aspectos asociados a la implicación de las relaciones interpersonales. Al conocer de primera mano cuales son esos obstáculos en la creación de las relaciones sociales o el valor de la intervención profesional en la trayectoria clínica y social de los pacientes, podemos discernir la importancia que las redes sociales y de apoyo tienen en la recuperación y el bienestar global de los pacientes.

Del análisis de los datos obtenidos en las entrevistas, surgieron tres temas principales y nueve subtemas a partir del discurso de los grupos focales. Estos temas y subtemas describen los beneficios y obstáculos que las relaciones interpersonales ofrecen a los pacientes de salud mental (Tabla 3). En esta sección, organizamos la descripción de los resultados seleccionando las citas textuales más representativas.

Tabla 4. Resumen de temas y subtemas.

El papel de las relaciones sociales en la salud mental

Beneficios de las relaciones sociales

Obstáculos a los que se enfrentan los pacientes

Estrategias de intervención para la mejora de las relaciones sociales

El papel de los grupos de apoyo

Intervención en el núcleo familiar

Perspectiva biopsicosocial

El papel del empleo en los pacientes de salud mental

Mejoras en la atención

Acabar con la estigmatización

Necesidades del servicio

Propuestas de mejora

Fuente: *Elaboración propia a partir de la transcripción de las entrevistas realizadas.*

5.1. Papel de las relaciones sociales en la salud mental.

Existen diversos aspectos dentro de las relaciones sociales que nos afectan de forma directa a la salud mental y por consiguiente a nuestro bienestar.

...los principales diagnósticos que hacemos aquí es el de trastorno adaptativo, reactivo a problemas sociales, muchas veces ambientales, laborales, etcétera (E2-H-PSQ).

En este bloque nos ocuparemos de los beneficios de las redes sociales en los pacientes y los obstáculos existentes en su creación y mantenimiento.

5.1.1. Beneficios de las relaciones sociales

Los profesionales participantes en las entrevistas determinan que el correcto desarrollo de las relaciones interpersonales en los pacientes de salud mental en la mayoría de casos supone un refuerzo en el tratamiento y una mejora en el bienestar social del paciente fortaleciendo su desarrollo personal.

...las relaciones sociales son beneficiosas para todas las personas y fortalece nuestro desarrollo personal. También para los pacientes con enfermedad mental...(E1-M-TS).

Hay casos de pacientes que, con un entorno social favorable, sobre todo pacientes con trastornos mentales graves con los que se produce una gran mejoría... Y también en otro tipo de pacientes...menos graves...el entorno social es una fuente muy importante de estrés para los pacientes (E2-H-PSQ).

Las investigaciones evidencian que tener relaciones de diferentes tipos, ayuda a reducir el estrés, a tener mejor actitud ante la vida. Nos aportan muchos beneficios desde el punto de vista mental y también biológico, como a manejar estrés o ansiedad (E5-M-TS).

Además de fortalecer el desarrollo personal, consideran que supone un factor preventivo de cara a futuras recaídas y un elemento de soporte y orientación en la vida cotidiana de los pacientes.

Una red de apoyo es un factor preventivo para la aparición de problemas de salud mental (E3-M-ENF).

...una red fuerte y fiable de relaciones sociales genera una información muy válida para los pacientes de cara a todo tipo de comportamientos tanto en hábitos de vida como en las conductas que realizan cotidianamente, y también la manera de pensar que les van a ir orientando digamos hacia unas conductas o una forma vida más saludable que si no dispusieran de ese apoyo social (E4-M-PSC).

Algunos de los miembros del equipo multidisciplinar entrevistados consideran las relaciones interpersonales como esenciales en nuestro día a día y fundamentales para nuestro bienestar, ya que nos ayudan a generar una identidad, a desarrollarnos y a mantener un equilibrio mental. Asegurando también que la falta de estas relaciones en los pacientes agudiza su problemática y obstaculiza su recuperación e inclusión social.

El ser humano ser un ser relacional y como tal las relaciones sociales son necesarias para tener un contacto real con el entorno (E3-M-ENF).

Nosotros somos seres sociales... estamos diseñados para vivir en sociedad, con lo cual el mantener una red social de apoyo estable es importantísimo (E2-H-PSQ).

...todos somos seres sociales, por lo tanto, las relaciones sociales son beneficiosas para todas las personas y fortalece nuestro desarrollo personal... (E1-M-TS).

Somos seres sociales y vivimos relacionándonos con los demás en diferentes contextos (E5-M-TS).

5.1.2. Obstáculos a los que se enfrentan los pacientes

Para las trabajadoras sociales y la psicóloga entrevistadas, desde una perspectiva relacional, las redes sociales no solo constituyen un contexto para la interacción entre el individuo y la enfermedad o la crisis, sino también determinantes recursivos de la recuperación o el deterioro de la persona. En particular, los pacientes de salud mental enfrentan obstáculos significativos al intentar establecer y mantener redes de apoyo social.

Las escasas habilidades sociales lo que les impiden relacionarse de forma sana; les genera ansiedad social, miedo a ser rechazado o ansiedad condicionada a contextos sociales por traumas; inseguridades por tener una imagen negativa de sí mismos; problemas de control de impulsos; falta de asertividad o problemas de autoestima entre otros (E5-M-TS).

Las enfermedades mentales pueden alterar el funcionamiento de las personas, provocando en muchas ocasiones apatía, tendencia al aislamiento, desconfianza o pérdida de habilidades sociales (E1-M-TS).

Generalmente la enfermedad mental tiene mucha afectación sobre la capacidad empática en algunos momentos, la capacidad de entender las situaciones sociales, sobre la capacidad para mentalizar, para digamos interpretar la mente o las intenciones de otras personas, entonces todos estos factores a nivel cognitivo unidos al nivel mayor de ansiedad, de miedo, de inseguridad y desconfianza que suelen tener, generan muchas dificultades a la hora de establecer y en muchas ocasiones también de mantener las relaciones interpersonales (E4-M-PSC).

El psiquiatra y la enfermera del equipo, además de estas circunstancias personales añaden la sintomatología de su enfermedad, y argumentando que se tienen que considerar el resto de circunstancias contextuales, como la sobrecarga a la que se enfrenta el sistema sanitario o el estigma del que hablaremos posteriormente en profundidad.

A ver, una cosa es lo que se debería hacer y otra cosa es lo que tenemos. Estamos en un sistema público muy sobrecargado en el cuál es complicado muchas veces funcionar porque está muy sobre utilizado (E2-H-PSQ).

Sin duda el estigma en salud mental es uno de los obstáculos más comunes para generar o mejorar las relaciones sociales. Otro factor importante es el intrínseco al propio paciente que por su propia patología puede tender al aislamiento (E3-M-ENF).

5.2. Estrategias de intervención para la mejora de las relaciones sociales.

Los entrevistados confirman que existen diferentes prácticas que ayudan a mejorar las habilidades sociales de los pacientes y por consiguiente su inclusión social a través de redes de apoyo fuertes. Concluyendo que es habitual incidir en la mejora de estas habilidades sociales por parte de los profesionales mediante programas de integración, de estimulación cognitiva, actividades de ocio supervisadas o grupos de apoyo siempre con el foco en esas habilidades sociales.

...se intenta mejorar sus habilidades sociales mediante sesiones grupales de entrenamiento para la adquisición o recuperación de los repertorios conductuales, verbales paraverbales y cognitivos, que les proporcionan los instrumentos necesarios para el desenvolvimiento interpersonal adecuado. Y también mediante programas de integración socio-comunitaria, promoviendo actividades en recursos comunitarios de la ciudad (E1-M-TS).

En los centros de rehabilitación psicosocial tienen talleres específicos de habilidades sociales y luego desde los centros de salud mental orientan los pacientes a que estén siempre activos socialmente, a que acudan a actividades deportivas centros cívicos o a actividades en centros específicos de salud mental. También desde el centro salud, se organizan algunas actividades como grupo, salidas o charlas (E3-M-ENF).

Las habilidades sociales generalmente se suelen utilizar sobre situaciones concretas que los que los pacientes pueden venir hablando de relaciones que están poniendo en marcha y vamos modificando en consulta la interpretación de esas relaciones para encaminarlos a que pueda haber unas relaciones más sólidas y puedan consolidar estas esas son nuevas personas que van conociendo (E4-M-PSC).

Consideran la función del equipo multidisciplinar como imprescindible, ya que como comentare más adelante, el abordaje de la enfermedad mental se realiza desde una perspectiva biopsicosocial en la que cada profesional trabaja más específicamente una de estas tres estructuras, la biológica por parte del psiquiatra y la enfermera, la psicológica por parte del psicólogo clínico y la social por parte del trabajador social.

...desde los equipos de salud mental se realiza una valoración global del paciente, teniendo en cuenta sus circunstancias y necesidades. El equipo es multidisciplinar y se realiza una coordinación permanente entre los profesionales, a fin de contribuir a la mejora general del paciente... (E1-M-TS).

Desde un abordaje multidisciplinar, se mejoran habilidades sociales. Con la psicología social, podemos abordar las relaciones interpersonales y a través de la psicología clínica, podemos realizar un estudio del comportamiento. Luego también con programas de entrenamiento en habilidades sociales como intervención psicosocial, para promover habilidades y estrategias personales tendentes a facilitar interrelación personal (E5-M-TS).

Otro aspecto importante para los profesionales entrevistados en relación a las estrategias de intervención con los pacientes de salud mental es preparar su inclusión social de forma escalonada a través del abordaje de problemas específicos en cada uno y poco a poco extender la red con grupos de pares y finalmente grupos normalizados.

...poner a los pacientes en relación con otras personas, tanto con otros pacientes como con otros entornos normalizados... (E4-M-PSC).

La asistencia de nuestros pacientes a entidades relacionadas con la salud mental contribuye la conciencia de enfermedad, a la activación de las personas, a encontrar espacios para compartir experiencias y fomenta la red social de estos (E1-M-TS).

La mayoría de los entrevistados consideran la atención centrada en la persona es la metodología principal de intervención con pacientes de salud mental, la adaptación de los profesionales, el tratamiento y los recursos a cada individuo es crucial para la consecución de los objetivos y la mejora del paciente.

...esa integración tiene que hacerse de una forma muy individualizada y tienen que integrarse de una forma adecuada y que tenga éxito... (E2-H-PSQ).

...cada paciente en un momento determinado depende de la de la estabilidad que tenga y va a ser más beneficioso un apoyo más especializado con profesionales, más terapéutico, o a lo mejor en torno a un grupo más protegido...según...las capacidades... (E4-M-PSC).

...la atención centrada en la persona, en el que el paciente pasa a tener un papel más activo, ya que él mismo es un agente de cambio y es por ello que se le empodera desde las tres vertientes: biológica, psicológica y social (E5-M-TS).

Programas de Tratamiento Intensivo en la Comunidad como atención individualizada, consensuada y negociada con la persona con enfermedad mental y el entorno familiar... (E5-M-TS).

5.2.1. El papel de los grupos de apoyo.

Siguiendo con lo anterior, para todos los profesionales los grupos de apoyo son un ideal factor de cambio e inclusión en los pacientes de salud mental, en esa escalera hacia la inclusión suponen varios escalones y aportan a los pacientes una mejoría en esa adquisición de habilidades sociales.

...un grupo de apoyo facilita la integración en la sociedad... (E3-M-ENF).

Posibilitan el sentido de identidad personal normalizado, reducen sentimiento de rechazo; anima al paciente a compartir sentimientos; experiencias; toma de conciencia para proponer respuestas individuales; proporciona modelos de conducta positivos; estrategias afectivas; ayudan a crear vínculos sólidos basados en confianza, escucha, comunicación... (E5-M-TS).

Contemplan estos grupos como una actividad en la que se entrena a los pacientes y se les prepara para la inclusión en sociedad.

...el pequeño grupo es un lugar donde se puede trabajar este tema de aislamiento social, el abordaje de los problemas de falta de habilidades sociales, porque luego eso se puede generalizar a gran grupo... (E2-H-PSQ).

...es una puesta en práctica real de estas habilidades que se pueden entrenar de forma más individual o en formato grupal. Pero...en entornos...sanitarios y luego...en la comunidad que es donde realmente ellos van a poder aprender (E4-M-PSC).

5.2.2. Intervención en el núcleo familiar.

Algunos de los entrevistados inciden en que en muchas ocasiones es necesaria una intervención que vaya más allá de la consulta, sobre todo en el entorno familiar o en el domicilio del paciente. Su vivienda es el contexto más directo y del que recibe más estímulos por lo que es necesaria una buena intervención domiciliaria para poder controlar esos estímulos y mejorar a nivel psicosocial la vida de los pacientes.

...donde deberíamos de trabajar mucho es en el entorno familiar...ahí nos vemos con muchísimas dificultades para poder abordar estos problemas. Deberíamos de trabajar también a nivel psicosocial en los entornos donde viven los pacientes... (E2-H-PSQ).

...hay diferentes épocas en lo que es la intervención y la salud mental, pero está claro que lo que es todo el tema de la intervención comunitaria es una parte importantísima en algunos momentos de nuestra historia de intervención...realmente creo que hay un gran empuje a volver a fomentar...la parte de trabajar con los pacientes en la calle, en sus domicilios, en sus entornos familiares, en sus entornos afectivos como labores de acompañamiento, en entornos lo más normalizados posibles (E4-M-PSC).

...potenciar el nivel de inclusión social y calidad de vida de las personas diagnosticadas con trastornos mentales en su entorno familiar y comunitario (E5-M-TS).

5.2.3. Perspectiva biopsicosocial.

De la entrevista al psiquiatra del equipo podemos incidir en que el modelo biopsicosocial es un enfoque integral que reconoce que los trastornos mentales no se deben únicamente a factores biológicos, sino que también están influenciados por aspectos psicológicos y sociales.

...Es un modelo que elaboró Engel en un artículo que publicó en Science creo que en el año 77 y habla de la necesidad de un modelo biopsicosocial para entender los problemas de salud mental. Somos seres biológicos, es decir nuestro cerebro es importante, tenemos una psicología individual determinada, pero vivimos en un entorno social con el cual interaccionamos continuamente. Y en ese entorno cada uno de esos 3 factores están interaccionando de una forma dual con el otro. Entonces, no hay que olvidarse de estos 3 elementos (E2-H-PSQ).

Además, otros profesionales entrevistados verifican la importancia de trabajar en la mejora de la vertiente social para lograr el bienestar del paciente

...las enfermedades se explican por causas médicas, psicológicas y del contexto social. Toda actividad enmarcada a mejorar el contexto social repercutirá positivamente en el paciente... (E3-M-ENF).

El modelo biopsicosocial, se adapta mediante la atención centrada en la persona, en el que el paciente pasa a tener un papel más activo, ya que él mismo es un agente de cambio y es por ello que se le empodera desde las tres vertientes: biológica, psicológica y social. (E5-M-TS).

5.2.4. El papel del empleo en los pacientes de salud mental.

Dos de los entrevistados aludieron a la vida laboral como hecho fundamental en el equilibrio de la salud mental, y aún más importante como factor preventivo de la exclusión social. Por ello, creen que desde el quipo es fundamental la promoción de la búsqueda del empleo, ya sean puestos protegidos o normalizados, para facilitar la inclusión social y la mejora en el bienestar de los pacientes.

En la medida que pueden acceder a trabajos, aunque sean trabajos protegidos, también estaríamos terminando con el estigma (E3-M-ENF).

Eso es importantísimo (el empleo), y tanto por valoraciones sociales como por la ocupación que genera que genera muchos beneficios (E4-M-PSC).

5.3. Mejoras en la atención

5.3.1. Acabar con la estigmatización.

Como ya hemos hablado los profesionales comparten la opinión sobre la estigmatización como uno de los principales obstáculos a los que se enfrentan tanto los pacientes como los profesionales de salud mental. Estos últimos, en su mayoría creen que se ha avanzado mucho en la ruptura de la estigmatización, pero debemos seguir trabajando en su erradicación.

Se ha avanzado mucho en la ruptura de la estigmatización, sin embargo, hay que seguir trabajando en ello, visibilizando la extensión de los problemas de salud mental en nuestra sociedad, sus síntomas y sus consecuencias (E1-M-TS).

Alegan que es importante continuar haciendo campañas de concienciación y diferentes estrategias mediáticas y educativas que apoyen la integración de los pacientes con enfermedad mental como grupo normalizado.

...una de las mejores estrategias para superarla es la integración. Es decir, integrar a las personas con problemas de salud mental en entornos normalizados, no crear guetos, ni crear grupos donde solamente hay personas con trastornos mentales sino integrarlos...esa es una de las mejores maneras (E2-H-PSQ).

Pues, yo creo que, con la visibilización de la enfermedad mental, campañas publicitarias, el día de la salud mental, iniciativas institucionales, todo lo que sea visibilizar la enfermedad mental... Además de con la integración en la sociedad de todas las personas con enfermedad mental (E3-M-ENF).

...la inclusión de la enfermedad mental en todos los estándares de la sociedad...evitando discursos sociales que puedan estigmatizar, pero sobre todo con la práctica cotidiana de que las personas se relacionan con hacer enfermedad mental, que no se tapen diagnósticos, que no se oculten y que la comunidad pueda sentir que la enfermedad mental es una enfermedad como otra cualquiera, y que no supone una diferencia de trato (E4-M-PSC).

Es necesario, a través de formación e información, modificar las ideas que fundamentan los mitos y prejuicios que generan estigma sobre las personas con problemática de salud mental a través de mecanismos que produzcan acercamiento de la población en general al paciente; con objeto que las actitudes y comportamientos hacia la persona con enfermedad mental cambien y no se basen en relaciones discriminatorias (E5-M-TS).

5.3.2. Necesidades del servicio.

Existen otros factores que obstaculizan el correcto desarrollo de la dinámica multidisciplinar y de las intervenciones directas e indirectas con los pacientes, principalmente los profesionales argumentan que sería necesaria una ampliación del personal para poder realizar una correcta praxis profesional.

...la ampliación de los profesionales, desde el trabajo social con mayor número de trabajadores sociales y que por lo menos hubiese uno presente en cada equipo salud mental... (E1-M-TS).

...son necesarias la colaboración de ONG, de grupos autoayuda, de este tipo de cuestiones, que trascienden un poco porque el problema que siempre tenemos es el problema de lo sociosanitario, está por un lado los servicios sociales, por otro lado, los servicios sanitarios y los sociosanitarios que quedan en medio siempre un poco descabalados (E2-H-PSQ).

Además de esta ampliación del personal ven necesaria la dotación de recursos tanto económicos como de otro tipo para abordar circunstancias a las que actualmente no pueden alcanzar.

...nos vemos con muchísimas dificultades para poder abordar estos problemas. Deberíamos de trabajar también a nivel psicosocial en los entornos donde viven los pacientes, en la casa, el espacio, y pues ahí nos vemos muy limitados... (E2-H-PSQ).

...tenemos un sistema sanitario muy sobrecargado, es un sistema sanitario muy de batalla, y es un sistema público y hacen falta recursos. Si nos dan recursos nosotros lógicamente podemos desarrollar nuevas formas de abordaje de estos problemas, y

podríamos hacerlo. Pero sin recursos es imposible, eso es lo de siempre, y los recursos muchas veces pues son económicos (E2-H-PSQ).

...ampliar recursos para ambos -pacientes y profesionales-. Mejorar la atención a los pacientes y poderles dedicar más tiempo... (E3-M-ENF).

5.3.3. Propuestas de mejora.

Es interesante conocer las propuestas de mejora que los profesionales consideran para su servicio en favor de una atención de calidad para los pacientes. En las entrevistas sobre todo se han hecho propuestas en relación a la ampliación de programas, la ampliación de recursos de las que vimos en el apartado anterior y la creación de dispositivos con características más adaptadas a los pacientes.

...se podría mejorar con el fomento de iniciativas para la prevención de los problemas de salud mental. que aborden el fomento de hábitos saludables, la gestión emocional, el manejo del estrés... A fin de dar herramientas a todas las personas, no solamente pacientes sino potenciales pacientes que somos todos. Pondría el foco en qué puedo hacer yo, o que puede hacer cada persona individualmente para favorecer su salud mental (E1-M-TS).

Se podrían crear dispositivos que conllevarían cambios estructurales en la atención que tenemos en salud mental, es decir, que a lo mejor los horarios no estarían limitados, como estamos acostumbrados ahora a unos horarios de mañana, sino que conllevaría, por ejemplo, a hacer grupos de ocio un poquito más de tarde o nocturnos. Por ejemplo, grupos de ir al cine, grupos de salir de fin de semana, de hacer de senderismo, de hacer otro tipo de actividades que salen un poquito de lo que son los horarios establecidos que tenemos estructuralmente. Saliendo de ahí se podrían hacer muchísimas cosas que enriquecerían mucho más. Que serían actividades en principio supervisadas que luego con el tiempo ya pasarían a ser de alguna manera más independiente (E4-M-PSC).

...programas que pongan en contacto al paciente con redes sociales; redes de apoyo; que favorezcan la inclusión social, que apoyen a la persona...como foros para compartir opiniones o experiencias... (E5-M-TS).

...hablamos de una enfermedad que por definición genera gran inestabilidad, entonces, creo que poner mecanismos que pudieran detectar la ayuda más inmediata, más rápida, en los momentos que el paciente lo necesita o siempre ayudaría a que tuviésemos una mayor estabilidad en nuestros pacientes. (E4-M-PSC).

Otra propuesta interesante es la de participar activamente en la toma de decisiones dentro de las políticas sociales, poder intervenir en el desarrollo y la evaluación de las nuevas estrategias para poder así conseguir esos cambios.

...hay que aprovechar las oportunidades que van viniendo...por ejemplo, ahora aquí en Castilla y León se está elaborando una nueva estrategia de salud mental y asistencia psiquiátrica. En esa estrategia podemos hacer cosas, pero van a hacer falta recursos.

O sea, de poco sirven los planes y las estrategias si no se llevan a cabo. Y luego hay que evaluarlas...y una vez que evaluamos, vemos que lo que sirve hay que mantenerlo y hay que fomentarlo, y lo que no, pues hay que eliminarlo y hay que cambiarlo (E2-H-PSQ).

...seguir apostando por la coordinación sociosanitaria, la gestión casos, los Programas de Tratamiento Intensivo en la Comunidad, y por supuesto, la atención individualizada, consensuada y negociada con la persona con enfermedad mental y el entorno familiar o de cuidados, para frenar los procesos de cronicidad, deterioro (E5-M-TS).

En conclusión, los profesionales entrevistados mostraron una clara postura positiva hacia la creación de redes fuertes de apoyo para sus pacientes. Establecer una red social estable en el paciente puede suponer un punto de cambio en la intervención.

6. Discusión y conclusiones

El objetivo principal de este estudio ha sido el de conocer cuáles son las barreras y facilitadores a los que se enfrentan los pacientes de salud mental en la creación de relaciones interpersonales y comprender desde la perspectiva profesional cuáles son los beneficios de establecer redes de apoyo. El hecho de realizar entrevistas semiestructuradas para recopilar información de carácter cualitativo me ha permitido profundizar en el objeto de estudio desde la perspectiva de los profesionales que conforman el equipo multidisciplinar. Los resultados del estudio indican el predominio de las opiniones positivas de los profesionales en relación a la creación de redes sociales de apoyo para los pacientes, como grupos de apoyo, ocio o trabajo. El análisis de los resultados también revela que la lucha contra la estigmatización de la enfermedad mental debe continuar su camino en beneficio global y no sólo de los pacientes que la sufren.

Las barreras identificadas en el estudio incluyen el estigma asociado a las enfermedades mentales, la falta de habilidades sociales en los pacientes, y la insuficiente integración de servicios sociosanitarios. El estigma sigue siendo una de las mayores barreras, tal como lo indican varios estudios previos. Según Corrigan y Watson (2002), el estigma social y la autoestigmatización impiden a los individuos buscar y mantener relaciones sociales, afectando negativamente su salud mental y bienestar. Los profesionales entrevistados enfatizaron la necesidad de programas que eduquen a la sociedad para reducir el estigma y fomentar una mayor inclusión social de los pacientes.

Además, la falta de habilidades sociales es otra barrera significativa. Torres-González et al. (2014) señalan que las deficiencias en habilidades sociales, como la comunicación y la gestión de conflictos, son comunes entre los pacientes con enfermedades mentales y pueden dificultar la formación de relaciones sólidas. Los entrevistados corroboraron esta perspectiva, destacando la necesidad de intervenciones específicas para mejorar estas habilidades en los pacientes.

Por último, la insuficiente integración de servicios sociosanitarios fue identificada como una barrera crítica. Según Thornicroft y Tansella (2003), la fragmentación de los servicios de salud mental y social puede llevar a una atención descoordinada, lo cual impacta negativamente en la creación de redes de apoyo. Los profesionales entrevistados subrayaron la importancia de una mayor coordinación entre los servicios de salud mental y social para proporcionar un apoyo más holístico a los pacientes.

Los facilitadores destacados en el estudio incluyen el apoyo de profesionales capacitados, la existencia de programas comunitarios y la participación activa de los pacientes en la toma de decisiones. La existencia de programas comunitarios se destacó como un facilitador importante. Según McKenzie et al. (2002), los programas comunitarios que promueven la inclusión social y proporcionan oportunidades para la interacción pueden ser beneficiosos para los pacientes con enfermedades mentales. Los profesionales entrevistados señalaron que tales programas no solo ofrecen un espacio seguro para la interacción social, sino que también ayudan a los pacientes a desarrollar un sentido de pertenencia y comunidad.

La teoría del capital social, como se discute en la revisión de la literatura, proporciona un marco teórico útil para entender la importancia de las redes sociales en la salud mental. Según Putnam (1993), el capital social se refiere a las redes, normas y confianza que facilitan la cooperación para el beneficio mutuo. Esta teoría se ve reflejada en los resultados del estudio, donde los profesionales destacan la importancia de las redes de apoyo y cómo estas pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes, tanto en el pequeño grupo como en la comunidad normalizada.

El estudio revela que la creación y el mantenimiento de redes sociales son cruciales para la recuperación y el bienestar de los pacientes con enfermedades mentales. Las barreras, como el estigma y la falta de habilidades sociales, deben ser abordadas mediante estrategias de sensibilización y programas de intervención temprana. Los facilitadores, como el apoyo profesional y los programas comunitarios, deben ser fortalecidos para proporcionar un entorno de apoyo sólido.

En conclusión, desde la perspectiva de los profesionales entrevistados podemos ver una clara postura positiva hacia la creación de redes fuertes de apoyo para sus pacientes. Establecer una red social estable puede suponer un punto de cambio significativo en la intervención, mejorando la estabilidad emocional y la integración social de los pacientes. Es fundamental seguir desarrollando y evaluando estrategias que promuevan la inclusión social y reduzcan el estigma asociado a las enfermedades mentales.

7. Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition*. Washington: American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Barnes, J. A. (1954). Class and committes in a Norwgian island parish. In J. A. Barnes, *Class and committes in a Norwgian island parish* (pp. 39-58). London. <https://doi.org/10.1177/00187267540070010>
- Bellack, A. S. (2006). Scientific and Consumer Models of Recovery in Schizophrenia: Concordance, Contrasts, and Implications. *Schizophrenia Bulletin*, 432-442. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj044>
- Plotkin, M. B. (2003). El Psicoanálisis y sus historias. *Psicoanálisis APdeBA*, 457-461.
[oai:ri.conicet.gov.ar:11336/28255](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003)
- Bond, G. R., & Drake, R. E. (2008). Predictors of Competitive Employment among Patients with Schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 362-369. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328300eb0e>
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The Empirical Status of Cognitive-Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 17-31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Corrigan, P., & Watson, A. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 16-20. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16946807/>
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Eric Andrew Nelson, M. (2021). Dorothea Dix's Liberation Movement and Why It Matters Today. *The American Psychiatric Association*, 8-9. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp-rj.2021.170203>

Freud, S. (1921). *Massenpsychologie und Ich-Analyse* [Group Psychology and the Analysis of the Ego]. Internationaler Psychoanalytischer Verlag.

García Zabaleta, O. (2019). La construcción del DSM: genealogía de un producto sociopolítico. *Theoria: An International Journal for Theory, History and Foundations of Science*, 441-460.
<https://www.jstor.org/stable/26828180>

González, J. D. (2019). Análisis de Redes Sociales (ARS): Estado del arte del caso mexicano. *Espacio Abierto*, vol. 28, núm. 3, 5-24.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12264369001>

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 427-440.
<https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>

Ituarte Tellache, A., & Sánchez Fernández, J. O. (1992). *Procedimiento y Proceso en Trabajo Social Clínico*. Siglo XXI de España.

Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad. (2024, abril 1). www.saludcastillayleon.es. Extraído de www.saludcastillayleon.es:
<https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/organizacion/ordenacion-sistema-sanitario/guia-ordenacion-sanitaria-castilla-leon/area-salud-valladolid.ficheros/77572-Valladolid%20este.pdf>

Markowitz, J. C., & Weissman, M. M. (2004). Interpersonal Psychotherapy: Principles and Applications. *World Psychiatry*. *World Psychiatry*, 136-139.

McKenzie, K., Whitley, R., & Weich, S. (2018). Social capital and mental health. *The British Journal of Psychiatry*, Volume 181, Issue 4, 280-283.
<https://doi.org/10.1192/bjp.181.4.280>

Miklowitz, D. J. (2007). The Role of the Family in the Course and Treatment of Bipolar Disorder. *Current Directions in Psychological Science*, 192-196.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00502.x>

Ministerio de Sanidad. (2017). www.sanidad.gob.es. Extraído de Base de Datos Clínicos de Atención Primaria - BDCAP:

<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm>

Ministerio de Sanidad. (2020). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria*. Madrid: MINISTERIO DE SANIDAD.

Ministerio de Sanidad. (2021). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, Período 2022-2026*. Madrid: MINISTERIO DE SANIDAD.

Mitchell, J. C. (1969). *Social Networks in Urban Situations*. Manchester: Manchester University Press. <https://doi.org/10.1093/migration/mny045>

Munarriz, B. (1992). Técnicas y métodos en Investigación cualitativa. *Universidad de País Vasco*, 101-114. <http://hdl.handle.net/2183/8533>

Noble, T. (1970). Family Breakdown and Social Networks. *The British Journal of Sociology*, 135-150. <https://doi.org/10.2307/588404>

Putnam, R. (1993). The Prosperous Community: Social Capital. In R. Putnam, *The Prosperous Community: Social Capital* (p. 13). The American Prospect.

Richmond, M. E. (1917). *Social diagnosis*. Russell Sage Foundation.

Ruiz Olabuénaga, J. I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

The National Center for Health Statistics. (2022). *CIE-10-ES*. Madrid: Ministerio de Sanidad.

Torres-González, F., Ibanez-Casas, I., Saldivia, S., Ballester, D., Grandón, P., Moreno-Küstner, B., . . . Gómez-Beneyto, M. (2014). Unmet needs in the management of schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 97-110. <https://doi.org/10.2147/ndt.s41063>

Vargas Forero, G. (2002). Hacia una teoría del capital social. *Revista de Economía Institucional*, 71-108. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41900604>

Villalba Quesada, C. (1993). Redes sociales: Un concepto con importantes implicaciones en la intervención comunitaria. *Psychosocial Intervention*, 69-85.

<https://journals.copmadrid.org/pi/art/14cfdb59b5bda1fc245aadae15b1984a#:~:text=El%20an%C3%A1lisis%20del%20funcionamiento%20de%20las%20redes%20sociales,estrategias%20de%20intervenci%C3%B3n%20comunitaria%20basadas%20en%20redes%20sociales>

World Health Organization. (1948). *Preamble to the constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*. New York: World Health Organization.

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. Extraído de psychotherapy.psychiatryonline.org: <https://psychotherapy.psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/appi.psychotherapy.20210007> <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20210007>

8. Anexos

Anexo 1. Guion entrevistas semiestructuradas.

Datos sociodemográficos.

1. ¿Hombre o mujer?
2. ¿Cuál es su edad?
3. ¿Cuál es su perfil profesional?
4. ¿Cuántos años lleva en el servicio?

Bloque 1. Salud Mental y Relaciones Sociales.

1. ¿Cómo cree que influyen las relaciones sociales en el bienestar de los pacientes de salud mental?
2. ¿Para usted la mejora de las relaciones sociales de los pacientes respaldaría la recuperación de los pacientes?
3. ¿Cuáles pueden ser los beneficios de mantener una red de apoyo firme para los pacientes?
4. ¿Cuáles son los obstáculos más comunes que los pacientes enfrentan a la hora de crear mejorar sus relaciones interpersonales?

Bloque 2. Estrategias de intervención.

1. ¿Qué tipo de estrategias se utilizan para mejorar las habilidades sociales de los pacientes?
2. ¿Cuál es la metodología a seguir para abordar las dificultades sociales como el aislamiento en el tratamiento de los pacientes?
3. ¿Qué papel juegan los grupos de apoyo en la promoción de relaciones sociales positivas entre los pacientes de salud mental?
4. ¿Qué prácticas considera las mejores para ayudar a los pacientes a crear y mantener relaciones sociales?
5. ¿Cómo se adapta el modelo biopsicosocial para abordar las dificultades sociales de los pacientes?

Bloque 3. Propuestas de mejora.

1. ¿Cómo cree que se puede superar la estigmatización asociada con los problemas de salud mental y las relaciones sociales?
2. ¿Qué avances tecnológicos o nuevos enfoques se están utilizando para fomentar la creación y el mantenimiento de redes sociales en pacientes con enfermedad mental?
3. ¿Cómo considera que se podría integrar la promoción de redes sociales en la atención rutinaria de salud mental?
4. ¿Cómo mejoraría la atención a los pacientes de salud mental?

Anexo 2. Consentimiento informado.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE LA PARTICIPACIÓN EN UNA ENTREVISTA

Por la presente, le hago partícipe de la labor que desde la asignatura de *Trabajo de Fin de grado*, del Grado de Trabajo Social, se realiza con el objetivo de obtener información para realizar una investigación diagnóstica sobre las barreras y facilitadores en la creación y el mantenimiento de redes sociales en pacientes adultos con enfermedad mental desde una perspectiva profesional. El proceso de recopilación y tratamiento de la información será desarrollado por Jaime Manrique Álvarez, alumno de cuarto curso del grado de Trabajo Social de la Universidad de Valladolid.

Para poder alcanzar dichos objetivos es necesario realizar una entrevista que versará sobre distintos aspectos relacionados. La transcripción de dichas entrevistas será el contenido susceptible de ser publicado. Toda la información recopilada a lo largo del proceso será tratada con las exigencias requeridas por la legislación vigente en relación a la protección de datos.

Es por ello que, D./ Dña. _____
manifiesta que:

1. He leído y comprendido toda la información señalada en esta declaración.
2. He sido informado/a de los objetivos principales de la actividad desarrollada.
3. He sido por lo tanto informado/a de que los resultados de esta experiencia serán protegidos con las garantías que establece la legislación vigente (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales).
4. He sido informado/a de que el interesado puede negar su permiso a la publicación del contenido de la entrevista.

Y, tras su lectura,

Autorizo a publicar el contenido transcrito de la entrevista de forma anónima.

No autorizo a publicar el contenido transcrito de la entrevista realizada.

En _____, a _____ de _____ de 2024.

Fdo. _____