

LAS RELACIONES SOCIALES EN SALUD MENTAL: ESTUDIO SOBRE LA PERCEPCIÓN DEL IMPACTO DE LAS RELACIONES SOCIALES EN LA MEJORA DE LA AUTONOMÍA DE LAS PERSONAS CON DIVERSIDAD MENTAL Y LA RELACIÓN CON EL TRABAJO SOCIAL

Social relationships in mental health: A study on the perceived impact of social relationships on improving the autonomy of people with mental diversity and its relationship with social work

JOSEP CAZORLA PALOMO¹

Resumen

La Salud Mental en la actualidad centra el interés en la persona, prestando la misma atención a los factores sociales, psicológicos y físicos. La visión en la que se basa ésta investigación es la descripción del papel de las redes sociales como favorecedor de la recuperación del protagonismo de las personas diagnosticadas con un trastorno mental.

La perspectiva metodológica es de carácter cualitativo. Los participantes en el trabajo de campo son *pacientes expertos* que forman parte de la asociación EMILIA Barcelona, los profesionales colaboradores en dicha entidad y dos trabajadores sociales. Las herramientas escogidas para la recogida de datos fueron dos grupos de discusión y dos entrevistas abiertas.

El análisis de los datos extraídos de la investigación permite concluir que las redes relacionales favorecen la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de Salud Mental, mediante la paliación de los estigmas y las desigualdades que se pueden generar en torno a un diagnóstico. También establece que la creación y/o el mantenimiento de redes sociales propician la capacidad de asumir su protagonismo social. Por otra parte, se observa que la figura del/la trabajador/a social no está suficientemente definida, por lo que es necesario en el futuro que se realice un cambio de dirección para favorecer los procesos de integración y de normalización de las personas diagnosticadas con un trastorno mental.

Palabras clave: Trabajo Social/ Salud Mental/ Redes sociales/ Participación/ Reconocimiento.

Abstract

Currently, mental health focuses on the person, as well as paying attention to social, psychological and physical factors. This research is based on the description of the role of social networks as a means of favoring the recovery of the protagonism of people who are diagnosed with mental illness.

The methodological perspective of this research is qualitative. The field work participants were: *expert patients* who belong to the EMILIA Barcelona association, the professionals of this association and two social workers. The tools used to collect data are discussion groups and open interviews.

Data analysis has provided the conclusion that social relationships and networks help achieve a better quality of life for those using Mental Health services, through the alleviation of the stigmas and inequalities associated with the diagnosis of mental illness. It was also established that the creation and / or maintenance of social networks results in the ability to assume their social role. Moreover, it was observed that the figure of the social worker was not well defined, thus it is necessary in the future to address changes in order to favor the processes of integration and standardization of people diagnosed with a mental illness.

Keywords: Social work, mental health, social networking, participation, recognition.

Recibido: 13/10/2014

Aceptado: 18/11/2014

Publicado: 01/12/2014

1. Cruz Roja. Dpto. De Servei d'Atenció a Immigrants i Refugiats, Barcelona, España. C/ Casanova 118-120, 2.º D escalera izquierda (08036) Barcelona, España. E-mail: josepcazorlapalomo@gmail.com; josep.cazorla@creuroja.org

Introducción

La Salud Mental se define según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010)¹ como un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a la comunidad en la que convive. Juntamente con esta primera definición de Salud Mental, la OMS (2013)² añade que la salud es: «*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*».

La Psiquiatría a lo largo de la historia ha sufrido diversas modificaciones. A partir de los años 60 se inició un cambio hacia una visión humanista que se basó en el concepto integral de la persona, como afirma Verdugo (2003:80)³: «*el fenómeno salud/enfermedad presenta aspectos o componentes biológicos, psicológicos y sociales*». Este autor, define el nuevo sujeto de atención como: «*el sujeto en relación con otros sujetos y con un contexto que le exige la concurrencia de diversas disciplinas y profesionales para abordar un campo que se amplía*» (Verdugo, A. et al.; 2003:86)³.

Este nuevo enfoque comportó la desinstitucionalización de las personas diagnosticadas con una enfermedad mental y, por tanto, la socialización. En este sentido la OMS⁴, en su Informe sobre la Salud en el Mundo de 2001, argumentó la necesidad de tener servicios coordinados entre los profesionales de la salud mental y los organismos comunitarios, con el objetivo de desarrollar estructuras dirigidas y coordinadas que posibiliten la actuación integral de los servicios existentes, garantizando la continuidad asistencial y la socialización. Un claro ejemplo de este hecho en nuestro país se plasmó a partir de la reforma de la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de abril)⁵, que en su Capítulo tercero de salud mental en el Art.20 dice: «*La atención a los problemas de salud mental de la población se realizarán en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales ambulatorios y los sistemas de hospitalización parcial y atención en el domicilio, que reduce el máximo posible la necesidad de hospitalización*». De este modo se empezó a plantear la implantación de servicios extrahospitalarios para la atención de personas diagnosticadas con una enfermedad mental, por lo que se estableció un desarrollo de los servicios de rehabilitación y de reinserción social como necesarios para una atención integral a los problemas de las personas que sufren un trastorno mental y se define la necesidad de la coordinación con los servicios sociales. Este nuevo modelo de atención comunitaria sitúa a las disciplinas frente al reto de organizar y articular una adecuada y amplia red de servicios y programas que atiendan a las diferentes necesidades y problemáticas de la población diagnosticada con una enfermedad mental

Pese a esta ley, uno de los mayores problemas que tiene la población es la ausencia de un sistema sanitario de atención a la Salud Mental estructurado a partir de las necesidades, debido a que no existen políticas de protección social tanto para las personas diagnosticadas con un trastorno mental como para sus familiares, siendo el internamiento el único recurso con el que pueden ser atendidos. Para poder hablar de la intervención total en el tratamiento de las personas que padecen un trastorno mental se debe tener presente en todo el proceso la importancia que tiene el medio donde se desarrolla la intervención, ya que *«se contempla en una localización geográfica concreta, la comunidad de referencia de los usuarios (...) favoreciendo dinámicas de implicación de todos los actores que inciden en el tratamiento»* (Arqués, E., et al.; 2007: 5)⁶. Así pues, el cambio que se ha de favorecer es el reconocimiento de los derechos de los «pacientes», de su capacidad de autonomía y de su participación en la adecuación de su tratamiento y de su modelo de atención (Desviat, M.; 2007:89-91)⁷. Esta visión, propicia un diálogo entre la figura profesional y la persona usuaria del servicio, posicionándose como persona que trata con otras personas, puesto que esta reflexión interna fomentando la restitución de los derechos y de la dignidad como sujetos previstos de decisión activa en su tratamiento y como ciudadanos.

Una de las medidas de protección de la Salud Mental de la población es la conservación de una red relacional preventiva e interconectada con la sociedad en la que convive. Trasladando esta premisa a las personas que padecen un trastorno mental, la posibilidad de mantener una red relacional sólida les facilita la mejora en su calidad de vida, en su autonomía y en su capacidad de decisión (Martínez, F et al., 2000:300-304)⁸. Como consecuencia, disminuyen sus ingresos hospitalarios y el riesgo de exclusión social. Este hecho promueve su reconocimiento como ciudadanos con derecho a la participación social en la construcción de nuevos espacios de reflexión para romper con el histórico estigma.

Las redes sociales son consideradas por Barnes (1954)⁹ como *«el conjunto de personas que se relacionan con un individuo, que forma vínculos sociales, utiliza espacios y tiempos conjuntamente y se prestan ayudas recíprocas»*. Por este motivo, las personas que padecen un trastorno mental que disponen de una red social protectora e interconectada evolucionan de forma más favorable que aquellos que no la tienen. Debido a que, la red social, como argumenta Sluzki (1996)¹⁰ *«prevé una retroalimentación cotidiana de las desviaciones de la salud que favorece comportamientos correctivos»*. Así pues, la red social actúa como favorecedora de la salud y las actividades personales que se asocian con: unos hábitos saludables, unas rutinas de actividades y una correcta

administración del tratamiento. Como norma general, las redes sociales de las que disponen las personas que padecen un trastorno mental son escasas y están compuestas por familiares. Estas a su vez se construyen alrededor de la enfermedad y no de la persona.

La profesión del Trabajo Social es imprescindible en la mejora de la participación de todos los sujetos sociales como tales, no sólo por la dignificación como ciudadanos en plena capacidad de obrar, sino por la rotura de los estereotipos que conlleva la participación y la creación de nuevos espacios en los que el diálogo sea constructor de inclusión social (Aguilar, M. et al.; 2012:16-19)¹¹. Este objetivo se realiza mediante el acompañamiento y la promoción de las capacidades de las personas para favorecer una mayor autonomía y *autoorganización*. Para poder llevar a cabo esta tarea, es necesaria la comprensión de la construcción de la realidad de cada individuo, así como la interpretación de los acontecimientos de la comunidad en la que conviven. En la realización de esta labor se comprende que en la disciplina existe una mirada holística que tenga en cuenta los diferentes aspectos de las personas y de su entorno (Asamblea de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales, Montreal, Canadá, en Julio de 2000)¹². Por este motivo el modelo profesional tiene el cometido de transformar las situaciones sociales mediante la implicación de los diferentes agentes de participación de la comunidad (ciudadanos, profesionales y políticos).

El Trabajo Social como profesión se ha caracterizado por su adaptación constante a los cambios sociales, a las nuevas formas de pedir ayuda, que han desarrollado nuevas estrategias de respuesta, debido a que la profesión ha evolucionado desde un modelo que fomentaba la participación con formas diversas para llegar al «empowerment» (Ureña, A.; 2010: 358)¹³ o lo que es lo mismo a la persona como experta de sus propias vivencias.

El Trabajo Social en el ámbito de la Salud Mental ha vivido diferentes etapas y episodios, que no siempre le han sido favorables, hasta la actualidad, dónde los/las trabajadores/as sociales forman parte de los equipos de atención a las personas que padecen un trastorno mental (Garcés, E. M.; 2010:334)¹⁴. Esta integración ha sido posible gracias a la constante demostración de la necesidad de las estrategias que pueden desarrollar los/las profesionales de la disciplina y al cambio de modelo de la psiquiatría. Junto con este hecho, en las últimas décadas, se deben sumar las líneas de actuación de los agentes políticos que han diseñado o aconsejado tomar respuestas comunitarias a las problemáticas que han ido apareciendo. Este nuevo paradigma se cristaliza en el reconocimiento de los aspectos psicosociales que influyen en los procesos de salud/enfermedad.

A pesar de este enfoque, actualmente el sistema sanitario continúa basándose y sustentándose en el modelo de tipo biológico prestando poca atención al concepto biopsicosocial. Por este motivo, se recomienda una reconceptualización de la importancia interdisciplinaria, para formar nuevos equipos donde la igualdad sea uno de los pilares de la atención a las personas.

Los/as trabajadores/as sociales deben estar atentos a las consecuencias sociales de la enfermedad mental, que van a traducirse en una perturbación o limitación de una función, en la incapacidad funcional para el desempeño de un rol social, en la dependencia permanente a una tercera persona o a un servicio concreto, en la sobrecarga familiar, o bien, la ausencia de familia y de red social (Garcés, E. M.; 2010: 337)¹⁴. Por tanto, las personas con diversidad mental necesitan la utilización de distintos servicios de Salud Mental, de forma prolongada o reiterada. Así pues, la rehabilitación psicosocial tiene como meta global ayudar a las personas con diagnósticos psiquiátricos a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de manera que puedan mantenerse en su entorno social y familiar, en unas condiciones lo más normalizadas e independiente que sea posible (Florit, A.; 2006:228)¹⁵.

La integración social se puede considerar como la participación del individuo en las diferentes esferas de la vida social y es el principio de la unidad del cuerpo social, en comparación de la marginación. Por ello, la recuperación del trastorno mental se basa también en conseguir un sistema de apoyo comunitario que favorezca esta integración social.

El Trabajo Social en Salud Mental tiene como meta la ayuda a los seres humanos para el logro del desarrollo de sus capacidades en un sentido positivo. El objetivo propio del Trabajo Social, dentro de las dimensiones del tratamiento terapéutico, es el cambio en las condiciones de vida de la persona diagnosticada y de su grupo familiar, que se identifica como un aspecto importante y conclusivo para la optimización del proceso de recuperación. Este hecho propicia un cambio de paradigma en la atención de las personas que padecen una enfermedad mental en el que se le reconocen las propias capacidades y, así, se potencian sus fortalezas. Por lo tanto, se le otorga el valor idóneo en la propia experiencia vital como una herramienta importante en la normalización de la Salud Mental en la comunidad, que conlleva la aparición de la figura de las personas como expertos de sus propios procesos.

Fomentando de este modo la aparición y la creación de la figura del paciente experto, dado que este nuevo agente pretende dar cobertura a un vacío en el sistema sanitario, en el que la persona afectada por una enfermedad crónica sea capaz de mejorar la comprensión, de identificar y responder lo que le pasa y adquirir habilidades que le ayuden a gestionar el impacto de la

patología. Esta tarea se ha llevado a cabo mediante la formación continuada que han impartido diversos profesionales del ámbito de la salud a personas diagnosticadas con una enfermedad crónica, para fomentar la creación de la figura del paciente experto como agente de cambio que facilite puentes de comunicación entre las personas usuarios de los servicios y sus profesionales (González, A.; 2006: 2-3)¹⁶. Propiciando un cambio de paradigma en la atención de las personas que padecen una enfermedad mental en el que se le reconocen las propias capacidades y, así, potenciar sus fortalezas. Por lo tanto, se le otorga el valor idóneo en la propia experiencia vital como una herramienta importante en la normalización de la salud mental en la comunidad. Favoreciendo la aparición de la figura de las personas Expertas Por Experiencia (Palomer, E. et. al.; 2011: 16)¹⁷. Esta transmisión del protagonismo a la ciudadanía facilita que esta, a su vez, asuma funciones organizativas y de responsabilidad cada vez mayores (Martí, J. y Rebollo, O.; 2007:31)¹⁸.

Material y método

La finalidad de este estudio es conocer y comprender la opinión de las personas diagnosticadas con un trastorno mental respecto al papel que las relaciones sociales y la profesión del Trabajo Social guardan con los procesos de integración y normalización de este colectivo. Por este motivo se optó por utilizar el método cualitativo, ya que se centralizó el interés en las personas que colaboraron en el trabajo de campo. Para conseguir esta aproximación y debido a la difícil localización de participantes que configuraron la muestra, se escogió el muestreo no probabilístico de bola de nieve, ya que los individuos forman parte de un colectivo concreto, siendo ellos mismos los encargados de la localización de las otras unidades de la población que se incluyeron en la investigación.

La recogida de datos fue realizada a partir de dos grupos de discusión con ocho personas vinculadas a la Asociación EMILIA Barcelona², cuatro técnicos que han apoyado y han ayudado a formar este grupo, así como cuatro componentes de esta entidad y, por otro lado, dos entrevistas individuales en profundidad con dos trabajadores sociales que han participado y desarrollado

2. EMILIA (Empowerment of Mental Illness Service Users: Lifelong Learning Integration and Action)¹⁹ es el fruto de un proyecto a nivel europeo que tenía como iniciativa integrar a las personas que sufren una enfermedad mental crónica, mediante un proceso formativo de empoderamiento para acontecer «pacientes expertos» con el reconocimiento de las propias aptitudes y, así, potenciar sus fortalezas como agentes de cambio que facilite puentes de comunicación entre las personas usuarias de los servicios y sus profesionales.

diferentes proyectos de integración y normalización de personas diagnosticadas con un trastorno mental.

La clasificación de la información extraída a través de cuatro documentos primarios, correspondientes a las transcripciones de audio de los grupos de discusión y de las entrevistas, se realizó mediante la comprensión y la categorización de las diversas realidades concretas surgidas en el proceso de análisis.

El análisis dio como resultado cinco dimensiones/variables diferentes: Participación en los procesos, Normalización, Estigma, Redes Sociales y Relación del Trabajador Social en los procesos de integración y participación.

Los resultados o las representaciones que se obtuvieron de las diferentes entrevistas fueron varios, ya que brotaron de recopilaciones de percepciones y/o de vivencias subjetivas. La tabla 1, de Categorizaciones extraídas, mostró las dimensiones de análisis que tiene en cuenta la visión de los participantes y del investigador. La distribución de la tarea de análisis se dividió en dos etapas de tipo circular en continua relación e interpretación de los párrafos, las citas significativas del trabajo de campo, las categorizaciones del objeto de estudio y la conceptualización del investigador.

Tabla. 1. Categorizaciones

Categoría	Concepto sintético	Descripción
Participación en los procesos	Dignificación	La capacidad que se deposita en las personas afectadas por un trastorno mental para valorar y opinar sobre los propios procesos que los incumben.
Normalización	Reconocimiento social	El replanteamiento de las peculiaridades de las personas diagnosticadas con una enfermedad mental como experiencias legítimas y valoradas, más allá de ser considerada como una experiencia de dificultad.
Estigma	Anulación de la participación social	El proceso de incapacitación que aplica la sociedad y las propias personas afectadas a aquellos que son comprendidos como diferentes.
Redes sociales	Recuperación de roles y espacios sociales	El reconocimiento social es uno de los beneficios individuales más importantes en el proceso de normalización de un individuo.
Relación del trabajador social en los procesos de integración y participación.	Praxis responsable	La fomentación de la participación colectiva es uno de los compromisos profesionales de la disciplina.

Resultados

El estudio pone de manifiesto que en la mejora de la autonomía de las personas diagnosticadas con un trastorno mental juegan un papel muy destacado los beneficios de las relaciones sociales y la participación en los procesos que se desprende de la normalización de su propia historia.

Participación en los procesos

Los componentes de la asociación perciben la participación en los procesos como una característica de la transformación en la que se reconocen las capacidades y las cualidades de las personas, puesto que, se sienten agradecidos por la posibilidad que se les ha brindado de intervenir en sus propios procesos y el protagonismo que han construido conjuntamente mediante relaciones igualitarias donde se han creado vínculos y modificado viejas rutinas. Este tipo de atención y de participación es descrito como un proceso facilitador de desarrollo personal hacia la identidad individual:

[...] «Poder expresar lo que yo creo que es beneficioso para mí...mmm... lo que yo opino acerca de algunos temas, eh... de todo, de lo que sí, de lo que no. Se ha escuchado mi voz, que es (...) lo que mejor me han dado y el respeto de que todo el mundo tiene una opinión (...) y por ahí tengo que estar muy agradecida» (GDCA 1³).

Los profesionales expresan su confianza en el cambio de concepción, que supone la comprensión de las personas con diversidad mental como expertos en Salud Mental, valorando sus capacidades y su opinión. Éstos, también, piensan que la promoción de la participación puede producir un cambio orientado a un empoderamiento de las personas:

[...] «Un factor que puede ser facilitador es el momento de crisis actual, (...) comiencen a valorar la figura del paciente experto de una manera integrada en su plantilla en diferentes espacios y poco a poco ir los integrando, con la pertinente valorización...que puede ser un poco facilitador de este cambio « (GDP 3)

Los trabajadores sociales por su parte reconocen que la disciplina de la que forman parte está en un cambio en la concepción profesional e institucional en relación a la capacitación de las personas que padecen un trastorno mental.

3. En la clasificación del material extraído del trabajo de campo se organizó mediante el grupo de referencia del que provenía y se le asignó unas siglas para abreviar su significado y una numeración que hacía referencia al orden de intervención en las entrevistas. Como es el caso de GDCA: Grupo de Discusión de Componentes de la Asociación, GDP: Grupo de Discusión Profesionales y TS: Trabajador Social.

Asimismo enfatizan en la importancia del mundo asociativo de las personas afectadas por una enfermedad mental. Por último, aunque apuestan por esta nueva orientación profesional, afirman que se está trabajando en el camino correcto, planteándose cuál es la forma de propiciar una participación más allá del propio proceso:

[...] «Los profesionales de la Salud Mental también han hecho una evolución y un proceso de dejar espacio a la negociación, a la participación del otro (...) desde que hay asociaciones de usuarios y que están trabajando este tema, yo creo que cada vez más las personas afectadas, sentirán más que tienen la posibilidad de participar (...) en este momento ya hay servicios que están empezando a participar y asignar con el usuario (...) las decisiones de su proceso» (TS 1).

Normalización

En referencia al concepto de la normalización, éste está fuertemente ligado con la concepción de las personas como sujetos dotados de conciencia y de razón como el resto de la población sin enfermedad mental. Los participantes del grupo formado por los componentes de la asociación argumentan su deseo de normalizar su situación y sus relatos de vida, remarcando la importancia que tiene en el proceso el cambio de concepción y de relación con los profesionales. La noción de la normalización es descrita como una oportunidad para las personas diagnosticadas con un trastorno mental, en la que se les propician herramientas que les ayudan a ser conscientes de sus capacidades reales. Por este motivo reclaman la necesidad de que se respeten y se comprendan sus diferencias, superando así la discriminación. En las aportaciones de los técnicos relacionados con la asociación EMILIA se confirma el mismo interés en un cambio de perspectiva en el proceso de normalización de la situación de las personas diagnosticadas con un trastorno mental:

[...] «Ahora se está o nos estamos formando los propios pacientes (...), es muy importante para... para explicar desde nuestra propia voz, que somos precisamente los implicados, qué significa padecer una enfermedad mental, cuáles son los límites y también qué capacidades tenemos los enfermos mentales (...) que podemos integrarnos en una vida normalizada» (GDCA 3).

Por su parte los trabajadores sociales se muestran esperanzados en la implicación en los procesos de normalización y de integración de este colectivo. Estos dos conceptos son descritos como la apertura en la concepción y los paradigmas que se han vivido en la Salud Mental y el cambio de relación profesional, en que se tiene en cuenta la opinión de las personas implicadas. A pesar de ello, señalan sus dudas de si se han llevado a la práctica proyectos reales de ayuda para el desarrollar de las capacidades y las posibilidades de

las personas, o si por el contrario sólo se han promocionado la apertura de las instituciones psiquiátricas:

[...] «Ahora que tenemos atención a la comunidad, tenemos refuerzo de las capacidades desde el punto de vista de la rehabilitación, (...) faltaría la parte que da la autonomía real, que es la que tiene que ver con la autonomía personal, económica, de vivienda, de trabajo... falta esa parte» (TS 1).

Estigma

Las personas con diversidad mental exponen sus miedos a presentarse socialmente como sujetos que sufren un trastorno mental, debido a las respuestas con las que se pueden encontrar, ya que a través de sus experiencias dicen haber sufrido discriminación social, hecho que los ha marcado. Por este motivo, existe una correlación entre la interiorización de las repercusiones negativas y sus reservas a explicar abiertamente lo que les pasa. Aunque verbalicen una relativa normalización en los diferentes discursos, exteriorizan su angustia a ser descubiertos o a ser clasificados como enfermos mentales, perdiendo de este modo su identidad. Por ese motivo, reclaman mayor tolerancia con las peculiaridades de sus situaciones, sin perder de vista la propia labor que como colectivo deben realizar en relación a los *auto-estigmas* interiorizados:

[...] «El estigma también está en... a la hora en el que uno mismo intenta presentarse en sociedad. O sea, sabes que... que por ejemplo si alguien te pregunta: '¿Trabajas, estudias, que haces, que te pasa?' Pues sabes que... te sientes coartado a la hora de decir abiertamente que tienes un problema, porque a lo mejor se van a apartar de ti» (GDCA 3).

La opinión de los profesionales vinculados a la asociación EMILIA en relación a las consecuencias del estigma como proceso incapacitante se expresa como un problema a nivel procedimental, institucional y profesional, aceptando así su parte de responsabilidad en el proceso. De este modo, reconocen que de la relación con la estructura de la red de Salud Mental es posible la extracción de un modelo basado en la prolongación de las posiciones pasivas de los usuarios a través de las directrices de actuación en las que no se cuestionan, ni revisan las lógicas de actuación, ni de los protocolos existentes:

[...] «Hay una red de Salud Mental, hay todo un aparato asistencial de Salud Mental, das por hecho, como profesional, que los recursos están dentro de este sector (...) si tú estás en un Centro de Salud Mental, tú ya lo posicionas en el rol de paciente y lo tratas como tal (...) le etiquetas porque estás en un entorno, ya que parece que la vía de acceso para la que conoces a una persona, parece que te impulse a etiquetar» (GDP 2).

Los trabajadores sociales clasifican por un lado las consecuencias del estigma mediante la asimilación de la etiqueta o a través de los prejuicios de la población y de los profesionales, así como discernen que la presencia del estigma se encuentra relacionada con un trastorno mental en el imaginario de la sociedad. Por último, en relación con este tema denuncian la importancia de ser conscientes de las respuestas que facilitan los profesionales, puesto que siguen siendo estigmatizadoras y promocionan relaciones y espacios endógenos alrededor de la propia enfermedad:

[...] «Si la persona tiene una enfermedad mental pues hace que las familias piensen que ya no podrán tener una autonomía, ni familia, ni trabajo, etc, todo lo que te ha dicho la sociedad que no puede tener una persona con enfermedad mental» (TS 1).

Redes sociales

En la dimensión de la interacción social los miembros de la asociación cuentan sus vivencias personales. En primer lugar explican que han podido realizar un proceso socializador que consideran beneficioso para ellos en relación al medio asociativo. En este sentido indican que las relaciones sociales les permiten continuar ejerciendo ciertos roles y actitudes que socialmente son entendidos como normalizados. Además, el mundo asociativo y la relación como iguales con los profesionales les lleva a identificar la aparición de un sentimiento de pertenencia que les ayuda en la construcción de su identidad. Por otro lado, la perspectiva de los profesionales respecto a las redes relacionales ha sido igualmente representativas y concuerdan con la de los componentes de la asociación EMILIA, considerando y valorando los avances y los beneficios que se consiguen a partir del medio socializador:

[...] «En mi caso...ah, la evolución ha sido muy positiva de estar muy cerrada en mí misma a irme abriendo poco a poco (...) y de estar en el centro de día cerrada, que me agobiaba muchísimo, pedir ayuda, a salir de allí de alguna manera» (GDCA 2).

La opinión de los trabajadores sociales en cuanto a los beneficios de las redes sociales está estrechamente relacionada con la participación de los sujetos de forma voluntaria y libre. Los diferentes argumentos significativos de los trabajadores sociales determinan que aunque el profesional se exponga a romper las barreras de los diferentes protocolos o programas, debe tener presente los deseos, las expectativas y la implicación de cada individuo, pues la singularidad de cada sujeto puede pedir grados y niveles diferenciales entre ellos.

[...] «Las redes sociales tienen un efecto exponencial sobre la vida de las personas, o sea la reducción de las redes supone el aislamiento, la no participación,

la no oportunidad de acceso de recursos, ya que accedemos a los escasos recursos a través de los vínculos que mantenemos con la comunidad» (TS 1).

Relación del trabajador social en los procesos de integración y participación

El análisis en relación a la disciplina del Trabajo Social por parte de los componentes de la asociación se ocupó de una serie de dudas en relación al significado que guarda para ellos la disciplina. Éstos creen que es una profesión que cuida y se preocupa por el bienestar de las personas, que establece comunicaciones y da respuestas a diferentes situaciones a través de diversos servicios, recursos o procesos. Por otra parte, esperan que la profesión recoja en su práctica diaria una serie de reclamaciones propias como son la mejora en la accesibilidad, la predisposición de los profesionales, el interés por el mundo asociativo, los diversos recursos existentes y que se posibilite el acceso a la información más allá de los canales oficiales. Para finalizar, consideran que una tarea importante que el/la trabajador/a social debe realizar es el acompañamiento y el apoyo de forma externa a los movimientos o asociaciones de personas para poder preservar las identidades:

[...] «Yo con la Trabajadora Social de Salud Mental (...) me intento vincular siempre a.... lo social, ¿no? Y me mandaba a sitios (...) me decía 'mira este curso o toma el listado de los Centros Cívicos, vete a tal asociación a ver qué es lo que puedes hacer' (...) me propuso en algunas situaciones recursos que me hicieron salir un poco y mantenerme en la línea de no aislarme» (GDCA 1).

El grupo de profesionales relacionados con la asociación EMILIA reconoce la dificultad en la que se encuentra la profesión del Trabajo Social en relación con su comprensión de la disciplina y la presión que sufre tanto a nivel estructural como social. Sin embargo, expresan la necesidad que tiene de dar respuestas en las diferentes situaciones, sin dejar de ser creativos e innovar con los recursos existentes. También, se cuestionan el grado de responsabilidad que los trabajadores sociales se comprometen a adquirir, ya que en muchas ocasiones se perpetúa un modelo perjudicial para las personas. Para terminar lanzando un reto al futuro de la profesión donde reencontrar los propios orígenes de la disciplina:

[...] «El trabajador social debe provocar el cambio, primero en cómo modificas los procedimientos para que sean accesibles los recursos, (...) de qué manera trabajas conjuntamente con el usuario para ofrecer o crear (...) que se creen espacios comunes entre el profesional y el usuario (...) en la vía de aprovechar recursos de los propios usuarios» (GDP 2).

Los expertos en Trabajo Social se interpelan sobre la responsabilidad profesional de promover esta competencia como una de las partes de la disciplina. Por este motivo reclaman la necesidad de espacios donde promover el Trabajo Social desde una visión holística de la profesión, cuyo principal objetivo sea la inclusión y la participación de diferentes colectivos de la ciudadanía, abandonando la perpetuación de una visión reduccionista de los procesos comunitarios. Según su opinión, para que esto pueda suceder es imprescindible que las personas sean aceptadas con sus capacidades, limitaciones y posibilidades para poder elaborar la creación de su identidad social:

[...] «Lo que debe hacer un trabajador social, yo pienso que debe promover activamente, porque la comunidad no viene a la consulta, ni te viene el centro, debes ser tú, que realmente quieras hacer el paso de salir del servicio y de entrada conocer el territorio (...). Esto implica cambios en la manera de trabajar (...) significa flexibilizar mucho la jornada laboral, hay instituciones que lo permiten y otros no» (TS 2).

Discusión

La participación de las personas diagnosticadas con un trastorno mental en el ámbito de la Salud Mental se encuentra muy relacionada con el cambio de paradigma de la psiquiatría y como éste ha «igualado» el tipo de relación con los profesionales. Este tipo de reciprocidad propicia el reconocimiento como sujeto de pleno derecho, con cualidades y con potencialidades, por lo que permite el desarrollo de este colectivo en los procesos de decisión y de participación de forma autónoma e individualizada, devolviendo el protagonismo de sus historias y no sólo de su tratamiento, sino como ciudadano activo. Esta participación, según la población estudiada, ayuda a la creación o el mantenimiento de una identidad propia y de un sentimiento de dignificación personal.

De este modo, el concepto de normalización está relacionado estrechamente a los procesos de reconocimiento de las capacidades de los sujetos dentro de un diálogo simétrico que posibilita la participación de los procesos del tejido social y facilita la *coconstrucción* de la normalización de las personas afectadas con un trastorno mental. Esta concepción se concreta mediante el reconocimiento de sus derechos y de sus responsabilidades con su tratamiento, con su posición frente a sus procesos vitales y con su capacidad de autonomía. Por tanto, el reconocimiento de las cualidades y de las posibilidades de las personas es el inicio de la modificación de los procesos.

Las diferentes voces que se recogen en esta investigación reclaman la importancia y el eco que tienen las relaciones sociales en las vidas de las

personas con diversidad mental. Por ese motivo, se destaca la importancia que guarda en sí el respeto de las decisiones y las preferencias sobre las formas de vida de cada sujeto interesado en la elección del lugar, el momento y con quién ejercer este proceso socializador.

Los participantes definen el derecho de las personas que sufren un trastorno mental a vivir dentro de la comunidad, promocionando su participación efectiva y evitando situaciones y procesos de exclusión y de marginación social.

En relación a otro punto estudiado, las redes sociales son un mecanismo productor de cambio. Mediante la interacción establecida, los miembros participantes en esta investigación identifican los beneficios de las redes sociales como exponenciadoras de la mejora de la calidad de vida. Así se ha creado una identidad frente a la generalización del estigma y se ha promocionado sus relaciones sociales a través de la integración, más allá de los prejuicios entorno a la Salud Mental. Por este motivo, se debe tener presente que la sociedad comprende los hechos a través de las propias vivencias.

En tercer lugar, el estigma es un término que todavía tiene una gran vigencia y que afecta a las personas que se encuentran diagnosticadas con un trastorno mental. Así pues, las acciones y el tipo de relaciones que se conforman en torno a esta categoría ayuda a la normalización de las historias de las personas con diversidad mental. Esta afirmación asigna un papel protagonista a las relaciones sociales, ya que las posiciona como el vehículo de cambio y que pretenden conseguir una participación del individuo en las diferentes esferas de la vida social, para así favorecer el florecimiento del apoyo comunitario que facilite la integración social a través de las relaciones interpersonales.

Otro de los temas centrales de la investigación, es conocer el papel que desarrolla el Trabajo Social en los procesos de integración y normalización. Es visto, por las personas relacionadas con la asociación EMILIA, como una disciplina capaz de dar respuestas adecuadas a las necesidades de la población y por tanto como generador de cambios. A consecuencia de esta concepción, todas las voces reclaman espacios de protagonismo y de valoración de criterio propio. Este cambio lo basan en la compromiso profesional de los/las Trabajadores/as Sociales en fomentar una relación de reconocimiento mutuo y un espacio de trabajo conjunto con la población, dejando de lado el asistencialismo. Los participantes demandan que la postura del profesional sea más cercana, que los acompañe y que se interese más por la vida asociativa, paradójicamente a la razón de su esencia. Los profesionales son capaces de aceptar su responsabilidad en la promoción real de la participación de la ciudadanía y las trabas detectadas son su propia actitud profesional, la difícil negociación

con las instituciones y las repercusiones que supone propiciar este tipo de promociones.

Por último, el estudio pone de relieve que en la práctica de la profesión se plantea la atención desde la perspectiva individual pero debe tenerse en cuenta también la magnitud comunitaria de las situaciones, para evitar respuestas existencialistas y de cronicidad de la dependencia de las personas. Por tanto, queda patente el reto profesional de concebir los tres métodos del Trabajo Social como parte de la misma ciencia indivisible.

Bibliografía

- AGUILAR, M., LLOBET, M. y PÉREZ, B. (2012): Los servicios sociales frente a la exclusión. *Zerbitzuan*. 51: 9-26.
- ARQUÉS, E., BERRUEZO, M., FOIX, J., GRIFOLL, C., LAGO, P., LALUCAT, LL. PINAR, I., ROIG, A., TOMÉS, A., UREÑA, T., VEGUÉ, J. (2007): *Pla Territorialitat d'Atenció Integral Comunitària (PTAIC)*. Fòrum Salut Mental.
- Asamblea de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales. Definición del Trabajo Social. Montreal, Canadá 2000. [En línea] <http://www.ifsw.org/p38000377.html> [visitado el 22 de junio de 2013].
- Asociación EMILIA Barcelona [en línea]. http://www.emiliaonline.org/web/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=146 [visitado el 6 de abril de 2014].
- BARNES, J. A. (1954): Class and communittees un a norwegian islant parish. *Human relations*, 7: (39-56).
- DESVIAT, M. (2007): Vigencia del modelo comunitario en salud mental: teoría y práctica. 1:88-96.
- FLORIT, A. (2006): La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de Psicología*. 24:223-224.
- GARCÉS, E.M. (2010): El Trabajo Social en salud mental. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza. *Cuadernos de Trabajo Social*. 23: 333-352.
- GONZÁLEZ, A. (2006): *Programa Pacient Expert Catalunya: Una estratègia per potenciar l'autoresponsabilitat del pacient i el foment de l'autocura*. Generalitat de Catalunya [En línea] http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematics/Linies%20dactuacio/Model_assistencial/Atencio_al_malalt_cronic/documents/arxiu/programa_pacient_expert_Catalunya.pdf [visitado el día 3 de junio de 2013].
- MARTÍ, J., REBOLLO, O. (2007): Participació ciutadana: bases, mètodes i tècniques (Revisió actual). Generalitat de Catalunya.
- MARTÍNEZ, F., OCHOA, S., NEGREDO, M.C., CASACUBERTA, P., PANIEGO, E., THOMAS, C., TORRENTE, E., IRAZABAL, M. y CAMPS, N. (2000): Redes Sociales de personas con esquizofrenia. *Cuadernos de Trabajo Social*. 13: 299-322.

- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [En línea] www.msps.es/ciudadanos/proteccionSalud/home.htm [visitado el día 22 de octubre de 2013].
- OMS (2001): Informe sobre la Salud en el Mundo [En línea]. http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1 [visitado el 12 de mayo de 2014].
- OMS (2010): La Salud Mental [En línea]. http://www.who.int/topics/mental_health/es/ [visitado el 24 de octubre de 2013].
- OMS (2013): Salud Mental: Un estudio de bienestar [En línea]. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/ [visitado el 24 de octubre de 2013].
- PALOMER, E., IZQUIERDO, R., MASFERRER, C. y FLOREZ, P. (2011): Advocacy: fomento y apoyo de la salud mental. Concepto, modalidades y agentes implicados. El proyecto Emilia como ejemplo. *Atopos*. 5-17.
- SLUZKI, C. (1996): *Red social: Frontera de la práctica sistémica*. Gedisa: Barcelona.
- UREÑA, A. (2010): La salud mental del Trabajo Social a Cataluña. *Cuadernos de Trabajo Social*. 23: 353-360.
- VERDUGO, M. A., LÓPEZ, D., GÓMEZ, A. y RODRÍGUEZ, M. (2003): Atención comunitaria, rehabilitación y empleo: Actas II Congreso de Rehabilitación en Salud Mental, II Congreso Ibérico de Saúde Mental. Salamanca: INICO.

Presentado parcialmente como a comunicación en «I Congreso Internacional de Facultades y de Escuelas de Trabajo Social», Murcia, España, celebrado el 23, 24 y 25 de abril de 2014.
