

APROXIMACIÓN A LOS MODELOS TEÓRICOS PROFESIONALES A TRAVÉS DE UN CASO DE SALUD MENTAL

VARIOUS THEORETICAL MODELS EXAMINED THROUGH ONE MENTAL HEALTH CASE

María José Planas García de Dios

Vocal del Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid. N.º. Colegiada 1.789

Resumen: Este artículo es una revisión de un caso realizado hace diez años, cuya complejidad requirió un elaborado abordaje profesional. Después de hacer una reflexión del mismo, hemos analizado “desde la distancia”, los diferentes modelos profesionales que se usaron.

Esta intervención se realizó en el contexto de un centro de salud mental dependiente de la Comunidad de Madrid, requiriendo una coordinación estrecha de diferentes recursos tanto públicos como del tercer sector. Trabajamos coordinadamente Salud Mental con Servicios Sociales, Hospital Psiquiátrico Dr. Rodríguez Lafora, Fiscalía de Incapacidades, Fundación Manantial, Miniresidencia, Piso de Alternativas Residenciales Comunitarias -ARCo-, Equipo de Apoyo Socio Comunitario -EASC-, Cáritas, FEAFES, etc., en diferentes momentos de la intervención.

Gracias a esta importante labor de coordinación se logró crear una red de protección para una persona en situación de vulnerabilidad extrema.

(Todos los nombres señalados en el texto son ficticios con el fin de respetar la privacidad. Asimismo, en las transcripciones de los artículos periodísticos se ha procedido a eliminar el nombre completo de la persona).

Palabras clave: Modelos de práctica profesional, Estigma, Salud Mental, Coordinación, Redes de apoyo.

Abstract: This paper is a review of an especially difficult case from ten years ago. The case was of such complexity that various types of professional intervention were required. We have reflected on the case and analyzed it “from a distance”, looking particularly at the different professional models that were used.

The intervention took place in the context of a mental health care centre operated by the Community of Madrid and it required the close coordination of different resources, from both the public sector and non-governmental organizations. The following bodies worked in conjunction with each other: Mental Health, Social Services, the Dr. Rodríguez Lafora Psychiatric Hospital, Public Bureau of Incapacity, Manantial Foundation, Miniresidencia (supervised living quarters), ARCo (Community Living Alternatives) apartment, EASC (socio-community support team), the private entity Cáritas, FEAFES (Federation of associations of persons and families affected by mental illness), etc., at different times during the intervention. Thanks to this very significant coordinating activity a protection network could be created for a person in a situation of extreme vulnerability.

María José Planas

(All of the names appearing in the text are fictitious, to respect the privacy of those involved. The names have also been eliminated from the extracts of newspaper articles that appear in this paper).

Key words: Models of professional practice, Stigma, Mental health, Coordination, Support networks.

| Recibido 09/12/2014 | Revisado 25/02/2015 | Aceptado 02/03/2014 | Publicado 31/05/2015 |

Correspondencia: María José Planas García de Dios. Vocal del Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid N°. Colegiada 1.789. Correo electrónico: mjplanas@comtrabajosocial.com.

Referencia normalizada: Planas, M.J. (2015). Aproximación a los modelos teóricos a través de un caso de salud mental. *Trabajo Social Hoy*, 75, 17-36. doi 10.12960/TSH.2015.0008.

1. INTRODUCCIÓN AL CASO

Jesús nació en Madrid hace 43 años, es el mediano de tres hermanos. Lucía (hermana por parte de madre) es la mayor con 47, y Antonio -el hermano menor- cuenta con 42 en la actualidad. Estuvo escolarizado hasta finalizar 7º de la EGB.

La madre falleció de cáncer cuando él realizaba el servicio militar con 21 años, tras lo cual su hermano Antonio fue a vivir con una tía suya a Málaga y su hermana Lucía con su abuela a Sevilla, perdiendo ambos todo contacto con Jesús y con su padre, José. Los últimos 20 años han vivido solos.

La enfermedad de Jesús se inicia coincidiendo más o menos con la muerte de la madre en 1983. Sus delirios se caracterizan por ser de corte místico, teniendo al demonio y Satán como protagonistas. La culpa y el pecado suelen ser los temas recurrentes de sus soliloquios.

La convivencia en estos veinte años ha sido muy difícil y violenta, contabilizándose hasta el año 2005, 29 ingresos en urgencias de diferentes hospitales psiquiátricos (llegando a romper la lápida de la tumba de su madre en dos ocasiones), y recibiendo el diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

Entre ellos no se mostraban afecto ni cariño, ni pudieron establecer vínculos de apego con nadie: eran solitarios. Con los profesionales del centro de salud mental siempre hubo una relación de respeto.

2. SEGUIMIENTO DESDE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Durante los primeros años su enganche con nuestros dispositivos fue errático, aceptando el tratamiento de forma discontinua, aunque a partir de 1994 comenzó a acudir de forma periódica a ponerse el inyectable y a consultas con su psiquiatra. Siempre se negó a participar en actividades en las que tuviera que compartir espacio con otras personas, no aceptó terapia ocupacional o grupos terapéuticos.

La situación económica del padre e hijo siempre fue muy precaria. Después de una larga temporada en paro, el padre, José, se jubiló pasando a cobrar una pensión mínima y Jesús una pensión no contributiva tras habersele tramitado la calificación de minusvalía. Nunca trabajó de forma estable.

Tanto José como Jesús abusaban del alcohol: El padre lo bebía metido en casa y Jesús se iba a un parque cercano con una "litrona", y un bate de béisbol con el que amenazaba a los viandantes.

La relación con los vecinos se iba deteriorando cada vez más y se producían escalladas de violencia, con peleas y agresiones mutuas padre-hijo. Jesús llegó en varias ocasiones a romper las puertas de los vecinos, con las correspondientes denuncias de estos a la policía. También se denunciaban mutuamente sin que hubiera ningún tipo de consecuencia salvo la asistencia de la ambulancia psiquiátrica y consiguiente ingreso de Jesús.

Desde los servicios de salud mental se mantenían reuniones con el padre y el hijo intentando llegar a acuerdos de convivencia sin ningún resultado positivo. El único contacto que mantenía con nosotros el padre era para llamar por teléfono gritando que Jesús “ponía la música muy alta”, y “que no podía soportarlo”. En varias ocasiones se le ofreció la posibilidad de tratamiento en el centro o apoyo psicológico, negándose siempre. En el año 2000 José solicitó plaza en residencia de personas mayores de la Comunidad de Madrid, y cuando se la concedieron la rechazó diciendo que “tenía que cuidar a su hijo”. Al poco tiempo volvía a venir al centro diciendo: “Ojalá se muera pronto y yo pueda descansar tranquilo”.

En los últimos 5 años la situación pareció calmarse.

Jesús ya no presentaba tantas conductas de heteroagresividad fuera de casa, aunque continuara saliendo a primera hora del domicilio y volviera a la noche para no encontrarse con su padre. Fuera de casa se limitaba a sentarse en un banco del parque o caminar sin rumbo fijo con sus soliloquios centrados en la figura del demonio.

La situación económica era cada vez más comprometida ya que no pagaban la comunidad de propietarios ni arreglos por desperfectos de las cañerías. Seguían negándose a cualquier tipo de colaboración por parte de Servicios Sociales de Distrito (SS.SS) ni aceptaron ayuda a domicilio. Después de diferentes gestiones se consiguió ayuda por parte de Cáritas, y en ocasiones Jesús acudía y traía paquetes de lentejas, garbanzos y arroz, aunque la mayoría de su dieta era a base de latas.

En las visitas que realizábamos conjuntamente SS.SS y Salud Mental comprobamos que la situación de la vivienda cada vez se iba haciendo más insostenible. Las condiciones de habitabilidad empezaron a ser insalubres y los olores insoportables, llegaban más allá del portal. No funcionaba la nevera ni la lavadora, teniendo en barreños de plástico la ropa a remojo por varios días con moho.

En una de estas visitas (noviembre del 2004) encontramos a José en la cama (la puerta estaba abierta) con ojos vidriosos, fiebre alta, dolor en una pierna que no le dejaba moverse, con descomposición y se notaba que hacía días que no se limpiaba por el fétido olor que despedía. La situación era dantesca, con la dentadura postiza tirada entre restos de latas de sardinas y sábanas y ropa sucia tirada por toda la casa.

Llamamos de urgencia al 061 intentando aprovechar si ingresaban al padre para hacer una limpieza de choque en el domicilio, pero el médico lo evaluó y diagnosticó gripe, alcoholismo crónico y reuma, y que no estaba mentalmente incapacitado para realizar un internamiento involuntario. José se negaba a salir de casa.

Después de este episodio tanto SS.SS como Salud Mental informamos al Departamento de Sanidad del Ayuntamiento para que acudiera al domicilio con una orden judicial para limpieza, y tramitar en este tiempo una residencia temporal para José. Jesús nos dijo en el centro que no le importaría ingresar voluntariamente en el hospital esos días. Nunca le vimos cuando íbamos a la casa.

Fuimos varias veces al domicilio para que el padre firmara la solicitud de residencia y las autorizaciones para que los voluntarios de servicios sociales le recogieran la documentación, encontrándonos invariablemente con la negación a firmar nada y su renuncia a salir del piso para hacer la limpieza.

Durante este proceso fallece una tía materna de Jesús dejándole en herencia varios millones de pesetas a repartir entre los 3 hermanos. A partir de este momento el padre empieza a mostrarse más colaborador y dice que va a contratar a una auxiliar de hogar para limpiar el domicilio.

Era junio de 2005....

3. PRECIPITACIÓN DE LOS HECHOS

El día 16 de agosto aparece esposado en el centro Jesús, acompañado por policías del departamento de homicidios.

Comentan que el paciente llamó al 091, y al acudir al domicilio encontraron al padre en avanzado estado de descomposición y con una herida en la cabeza. Deciden detener a Jesús para iniciar una investigación sobre lo sucedido, pero antes de llevarle a las dependencias policiales el paciente les pide que le acompañen al centro de salud mental ya que le toca inyectarse la medicación que tiene pautada. En el centro nos pide que le ayudemos, que no sabe qué está pasando.

Al día siguiente nos encontramos publicado en el periódico "El País", y "el Mundo", los siguientes titulares: *"Enfermo mental asesina a golpes a su padre"*, indicando además el nombre y apellidos del paciente, sin nombrar en ningún momento su presunta inocencia y haciendo comentarios de valor sensacionalistas recreándose en el impacto de la noticia.

María José Planas

A los dos días se realiza la autopsia del padre del paciente y se comprueba que falleció de muerte natural.

Jesús sale de las dependencias policiales e ingresa en el Hospital Rodríguez Lafora por la conmoción del suceso y la imposibilidad de volver a su domicilio con la etiqueta de “asesino”, en toda la vecindad. (Anexo 1. Noticia publicada por “El País”).

Desde el centro de salud mental, indignados por el tratamiento injusto al que fue sometido nuestro paciente, nos ponemos en contacto con el periódico mediante “cartas al director”, y con el departamento de prensa de FEADES (Federación de Asociaciones de Personas con Enfermedad Mental y a sus Familiares). Asimismo ofrecen su apoyo el Colegio de Trabajadores Sociales de Madrid y el de Médicos (ofrecido desde el Hospital) por si hiciera falta una carta de reclamación exigiendo su inmediata rectificación de los hechos. (Anexo 2: Nota enviada desde los Servicios de Salud Mental).

Tanto “El País”, como “el Mundo”, publicaron una rectificación de la noticia, y desde el departamento del “defensor del lector”, de “El País”, se pusieron en contacto con nuestros dispositivos para publicar una nota recriminando esa forma de poner los titulares (ver anexo 3).

4. LA “OTRA REALIDAD”

Poco a poco Jesús fue contando lo que pasó.

Se encontró a su padre en el suelo (ya fallecido) y lo tumbó en el sofá. Durante varios días intentó alimentarlo hasta que el olor le hizo darse cuenta de la realidad y fue cuando llamó al 091.

En estado de shock y en pleno brote psicótico fue la escena con la que se encontraron los servicios sanitarios al acudir al domicilio, y ahí es donde todos los dispositivos de salud mental comunitaria teníamos que actuar conjuntamente:

Una persona completamente sola, con un trastorno mental grave, sin red ni apoyo familiar ni afectos, e injuriada y tratada como “asesino”, por los medios de comunicación y con la etiqueta de “loco peligroso”, con sus vecinos.

Una vez ya ingresado, se realizaban visitas cada 3-4 días al hospital con la finalidad de acompañarle para que supiera que no estaba solo, y que le íbamos a ayudar. En una de ellas refiere estar muy nervioso diciendo que ha “aparecido”, su hermano pequeño del cual no había sabido nada en 20 años, que se lo iba a llevar a vivir con él a Sevilla y que le firmara un poder para que “solucionara”, el tema de la herencia. Nos pide ayuda ya que no sabe qué hacer.

Tenemos en el hospital una reunión conjunta con el hermano, el cual muestra una actitud poco creíble en su empeño de manifestar su desconocimiento de que su hermano tenía problemas, que igual “se había equivocado”, pero que a partir de ahora “le cuidará”. Cuando le decimos que hay otra hermana y que nos gustaría saber su opinión, nos dice que ella está de acuerdo en todo, pero no nos facilita sus datos para que nos pongamos al habla con ella, ya que “no es asunto nuestro”.

Cuando terminamos la reunión, hablamos con Jesús y le explicamos que tenemos serias dudas sobre toda esta situación, y que hace falta más tiempo para conocer en profundidad las alternativas. Cuando le preguntamos por los datos de su otra hermana dice desconocer la dirección o teléfono para poder localizarla, por lo que en vista de la posible situación de desamparo le decimos que sería adecuado informar de esta situación a Fiscalía con la finalidad de proteger sus intereses, a lo cual accede de buen grado.

En la siguiente visita, nos dice que su hermano ha dicho el nombre de su cuñado y que trabajaba en una empresa de transportes en Málaga. Inmediatamente mediante el servicio de información de telefónica procedimos a localizar al abonado, presentándonos y explicando por encima la situación. Nos dijo que no nos fiáramos en absoluto de Antonio, que había tenido que denunciarle por acoso a su mujer, y nos facilitó sus datos por si los necesitábamos. Nos cuenta que Lucía no quiere saber nada de la situación, y que de su padre solo tiene recuerdos dolorosos. Por su parte dicen que no van a mover nada de la herencia, y que si le viene bien a Jesús que ellos renuncian. Se les informa que íbamos a poner en conocimiento del Ministerio Fiscal esta situación, instando a que se tomaran medidas cautelares y que propondríamos a la Comunidad de Madrid o a alguna otra entidad como tutora.

Al mismo tiempo nos pusimos en contacto con la Fundación Tutelar Manantial para que asumiera la defensa judicial del caso, e intentar mediante escritos poder agilizarlo lo más posible.

Mientras tanto, se aprovechó para hablar con el presidente de la comunidad de propietarios y solicitar una reunión con los vecinos para explicar la situación. En ella se les informa de lo sucedido, que Jesús está ingresado y que se va a nombrar un tutor a la mayor brevedad posible. Que se va a proceder a limpiar la vivienda, que se pagará la deuda que tiene con la comunidad, y que habrá un seguimiento de Jesús. Asimismo se les informa de las características de esta enfermedad, y de los problemas que se ha tenido para abordar las dificultades. Se espera que a partir de ahora la situación se normalice, y también se les facilitan los datos del centro por si se quieren poner en contacto con nosotros para cualquier cosa.

5. PROCESO DE INTERVENCIÓN

El proceso de incapacitación de Jesús y de aceptación de la herencia de la tía avanzó rápido. Se calcula le corresponderían unos 125.000 euros, y quedaría pendiente el tema del domicilio familiar.

Debido a la urgencia por las malas condiciones de la vivienda, se hacen fotos de la casa y se solicita una audiencia previa al juzgado de incapacidades para que aprueben una reforma y limpieza de la misma. Acompañamos a Jesús al juzgado, y estamos con él en todo momento explicándole los pasos a seguir. Se realizan también salidas del hospital psiquiátrico acompañándole al domicilio para que diga qué cosas no quiere que se tiren.

Se preveía que el primer contacto con el piso fuera doloroso, ya que los recuerdos de la muerte de su padre aparecerían. Nos estuvo contando todo el relato, dónde se cayó su padre y cómo le intentó ayudar, con emoción contenida y adecuado en todo momento. Solo quiso conservar 2-3 cosas, el resto aceptó que se tirara.

Mientras tanto habían pasado ya dos meses y no procedía que Jesús siguiera ingresado en el hospital psiquiátrico, por lo que se realizan las gestiones oportunas para ingresarle en un dispositivo de residencia temporal, ARCo. El hermano al principio había dicho que estaba de acuerdo con la reforma, y que a lo mejor se venía a Madrid a vivir con él. Fue a verle a la residencia en dos ocasiones, pero después volvió a “desaparecer”. Trabajamos con Jesús para ver qué expectativas tenía con su hermano, y cómo se había sentido ante otro posible “abandono”, pero no muestra ninguna tristeza o sentimiento de pérdida.

En ARCo aunque sigue siendo solitario, se integra de forma adecuada. No ha vuelto a beber, y está más alegre. Comienzan las obras del piso gracias a la autorización judicial y gestionadas por Fundación Manantial, y le acompañamos para ver materiales. Él participa y dice cómo quiere las cosas, y cómo le gustaría poner su habitación. También aprueba tirar un tabique y unir el que era cuarto de su padre con el salón.

A los tres meses ya se ha terminado la reforma, pero se plantea un acercamiento progresivo a la casa, sobre todo teniendo en cuenta la posible expectación de los vecinos. Para ello se traslada a la miniresidencia que está más cercana al domicilio, y se empieza a trabajar con el equipo de apoyo socio comunitario y con las educadoras de la Fundación Manantial, ya que la entidad ha jurado el cargo de tutor. Se decora la casa a gusto de Jesús, con mobiliario sencillo y cortinas y ropa de cama. Se compran también utensilios de cocina, lavadora, ropa y artículos para el hogar.

Uno de los días que se le acompañó al domicilio junto con la educadora salió una de las vecinas de arriba a saludarle y preguntar cómo iba todo. Jesús la invitó a ver las reformas, y la vecina confirmó que “parecía nueva”.

Mientras tanto, se estableció el siguiente plan de intervención para la salida de la miniresidencia. Iría a dormir primero dos días en semana, luego los fines de semana y se vería cómo se iba encontrando. Se le acompañó a las tiendas y preparó junto con la educadora una serie de menús. Jesús siguió viniendo a las citas al centro de salud mental, y aunque solitario y sin hacer muchas amistades en la miniresidencia, aceptó empezar a venir a terapia ocupacional el día de taller de cocina.

El 25 de enero de 2006, Jesús se fue a vivir de forma permanente a su domicilio, con la supervisión semanal del Equipo de Apoyo Socio Comunitario (EASC), y de la educadora de la Fundación Manantial.

6. CONTEXTO INSTITUCIONAL

En este caso concreto, partimos de un contexto institucional determinado, los centros de salud mental, dependientes orgánicamente de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

La atención a los pacientes en los servicios de salud mental es realizada por un equipo multidisciplinar compuesto, entre otros profesionales, por psiquiatras, psicólogos/as especialistas en psicología clínica, enfermeras/os, trabajadoras y trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, diferenciando la atención para niños y adolescentes y para adultos mayores de 18 años.

Las personas con un trastorno mental grave y duradero son incluidas en el Programa de Continuidad de Cuidados, cuya misión es prestarles el conjunto de ayudas necesarias para que tengan la oportunidad de lograr la recuperación de su enfermedad a través de un proceso de tratamiento mantenido y de rehabilitación psicosocial, con los objetivos de superar o reducir sus síntomas y discapacidades y de alcanzar el máximo nivel posible de autonomía personal y participación social.

En este caso concreto se necesitaba una atención multidisciplinar continuada y el uso simultáneo de varios dispositivos de la red, tanto sanitarios como sociales, por lo que su coordinadora de cuidados fue la trabajadora social del centro.

Por tanto, las *variables* que se han tenido en cuenta para elaborar los modelos de intervención a utilizar, se han caracterizado por el contexto desde donde se prestaba la intervención. Se ha trabajado en diferentes niveles, individual, grupal, institucional e incluso comunitario.

7. MODELO PSICOSOCIAL

Al principio, antes de que sucediera la situación que precipitó el cambio global de atención, el modelo que se venía utilizando con Jesús era el psicosocial.

Este modelo es el habitual en los centros de salud mental, y se caracteriza por integrar un proceso de acompañamiento profesional a nivel personal, familiar y comunitario, para restablecer la integridad emocional de las personas y de sus redes sociales.

El modelo psicosocial se construye históricamente desde la primera forma de “Case Work” (trabajo de caso), el cual está caracterizado por tener en cuenta de forma interdependiente los aspectos psicológico y social que conforman cada caso. A partir de ahí podemos hablar de intervención preventiva, asistencial, rehabilitadora, dinamizadora o de cambio. Du Ranquet establece la siguiente secuencia metodológica a seguir (1996: 67): 1. Comprender el problema del usuario; 2. Establecer un primer diagnóstico; 3. Comprometer al cliente en el tratamiento; 4. Establecer una relación de trabajo; 5. El estudio psicosocial; 6. El diagnóstico-evaluación; 7. Objetivos y Plan de acción.

Sabemos que el modelo no se lleva invariablemente fase por fase en todos los casos. Muchas veces se mezclan varias a la vez, o se superponen, por lo que el más comúnmente utilizado es el modelo ecléctico (Fernández y Ponce de León, 2013).

Jesús era un paciente con enfermedad mental grave y duradera, en situación de riesgo social grave rayando la exclusión. Carecía de red social de apoyo, no contaba con ninguna figura consistente de protección ni familiar ni de amistad, y presentaba una situación de aislamiento social extremo, sin capacidad clara para pedir ayuda institucional. Vivía en un entorno conflictivo, con graves problemas relacionales con su única familia –padre–, y dificultades serias de convivencia.

Mientras vivía su padre, con Jesús el objetivo central era establecer el enganche con el centro, y para eso se realizaban tareas de contención, de apoyo, y de supervisión de la continuidad de cuidados.

En ocasiones, la línea que separaba la plena autonomía moral del paciente (el tener que instaurar una medida de recorte de su capacidad de autogobierno), era muy delgada. Jesús se tomaba la medicación, ingresaba en urgencias si la descompensación era severa, pero durante muchos años no procedía iniciar un proceso de incapacitación. Con José y sus problemas con el alcohol, la dificultad era importante también. Solo se pudo actuar en el momento que las condiciones de insalubridad eran tan alarmantes que pudieron actuar las autoridades sanitarias y proceder a la limpieza y desinfección del domicilio.

Jesús no aceptaba integrarse en ninguno de los grupos terapéuticos del centro, pero nos tenía de referencia. Acudía cada 15 días puntual a ponerse el inyectable, se pasaba por el despacho a “saludar”, a traer cartas que no entendía de cuestiones de hacienda o de revisión de pensiones, y se intentaba planificar la visita domiciliaria o reunión con Cáritas o la parroquia para el tema de comida. Venía vestido y con higiene relativamente adecuada.

Si llamaba el padre por conductas disruptivas o no venía el paciente a ponerse la medicación, se realizaba visita domiciliaria por si procedía realizar internamiento en urgencias, realizándose estos sin ningún problema por su parte.

Las técnicas utilizadas serían la entrevista, la escucha activa, el apoyo, orientación, visitas domiciliarias y coordinación.

Se realizó un trabajo en múltiples ejes: se trabajó con el paciente, con la familia, con los vecinos, con el entorno (deudas en tiendas), pero también con los propios recursos intra-centro, realizando un trabajo multiprofesional. En las reuniones de seguimiento de continuidad de cuidados, la psiquiatra decía si había algún cambio relevante, el equipo de enfermería comentaba si había habido incidencias en la medicación, desde trabajo social se informaba sobre las visitas y seguimiento tanto de solicitud de residencia como de altercados en el vecindario, contactos con los responsables de sanidad del ayuntamiento cuándo la situación se iba tornando más problemática, etc.

8. MODELO DE “INTERVENCIÓN EN CRISIS”

El modelo de intervención en crisis surge a partir de los estudios sobre cómo las personas sufren y afrontan situaciones de catástrofe o de extrema tensión. Según Payne (1995: 138), la intervención en crisis es “una acción clásica que consiste en interrumpir una serie de acontecimientos que provocan anomalías en el funcionamiento normal de las personas”.

La crisis es definida por Du Ranquet como: “estado de conmoción, de parálisis en una persona que sufre o ha sufrido un gran shock. Sobreviene cuando el estrés actúa sobre un sistema y requiere un cambio que se sitúa fuera del repertorio habitual de respuestas. La persona o la familia se encuentran ante un obstáculo que no pueden superar por sus propios medios” (1996: 179).

En el modelo de crisis el profesional deberá responder con inmediatez, efectividad y eficacia, lo que permitirá acotar rápidamente las consecuencias adversas de la crisis, por lo tanto el tratamiento ofrecido desde este modelo tiene también un efecto preventivo ante graves problemas que pudieran derivarse a raíz de la crisis (Fernández y Ponce de León, 2014: 208-209).

En el caso de Jesús, si ya partía de una situación de clara vulnerabilidad, en este caso el problema se volvió dramático. La relación que tenía con su padre era realmente dependiente (y patológica) en todos los niveles, y ahora se encontraba con ausencia plena de vínculos afectivos y desprotección completa.

Para trabajar este modelo, Mathilde du Ranquet (1996) establece las siguientes fases:

Fase inicial

1. Crear una relación.
2. Centrarse en la situación.
3. Percibir la realidad.
4. Organizar la acción.

Fase intermedia

1. Apoyarse en las capacidades del cliente y estimularlas.
2. Ayudar al cliente a tener una percepción realista de la realidad.
3. Utilizar el apoyo del entorno.

Fin de la intervención

El vínculo y la confianza que tenía con nosotros resultó ser un punto de apoyo fundamental en esos momentos. De hecho se creó una situación que muchos calificaron de paradójica: en un momento tan complicado, los mecanismos de defensa podrían haber desencadenado un brote psicótico mucho más difícil de manejar, con un “racional”, deseo de huida de una realidad tan dolorosa. Sí tuvo una descompensación importante en el momento de encontrar a su padre y posterior comportamiento, pero después su “bajar a tierra”, y mostrarnos la percepción tan real que tenía de las cosas, resultaba asombroso.

El objetivo principal después del primer “shock”, fue, aparte de que supiera que iba a estar acompañado en todo momento, centrarse en la situación y jerarquizar las acciones a realizar según la urgencia y el impacto que tenían. Había que denunciar el escenario que se había creado con el tratamiento de la noticia en los periódicos de la forma más rápida posible para que no se alterara más el entorno del barrio y los vecinos, ya bastante deteriorado. Jesús tenía que ver lo que había pasado, pero también las opciones que había. Se le habló de las cartas a los periódicos, de las visitas a los vecinos y al bar de abajo, de los contactos con las asociaciones de defensa de las personas con enfermedad mental (FEAFES) y de las reuniones con Fiscalía y la Jueza de incapacitaciones.

Y sobre todo, se le fue haciendo partícipe de toda la situación. Él mismo se dio cuenta de los posibles riegos con la aparición de su hermano, y llegó a ver las obras de la casa como un “empezar de nuevo”.

9. MODELO DE “INTERVENCIÓN EN REDES”

La base teórica utilizada en este modelo estaría desarrollada por Silvia Navarro (2004). El proceso metodológico consistiría en:

- Identificar las redes sociales existentes, ver las relaciones más importantes que existen en la vida de una persona.
- Análisis de estas redes: valorar la cantidad, tipo y funciones de las relaciones de apoyo, así como las tensiones y conflictos que hay en esas relaciones.
- Realizar un establecimiento de objetivos y estrategias de intervención.

En el caso de Jesús, la red social de apoyo se circunscribe únicamente en el nivel institucional, en los profesionales del centro de salud mental. ¿Cómo había que actuar en este caso? Pues como bien describe Navarro, “poniendo en contacto, relacionando, vinculando, creando y ampliando redes sociales, que a modo de tela de araña, irán dibujando el espacio comunitario” (2004: 37).

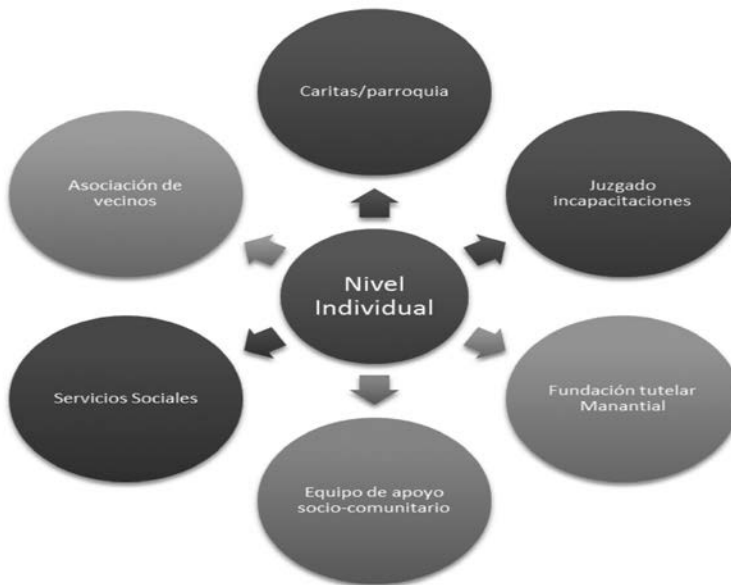


Figura 1. Apoyos sociales del caso.

Fuente: Elaboración propia.

Con Jesús se planteaba el reto de tejer una red de apoyo lo suficientemente densa para facilitarle protección. El objetivo principal era vincularle con las instituciones (e inevitablemente con las personas), y ayudar a que se establecieran lazos importantes. Nuestra función en este desarrollo fue de mediación e interlocución: una figura facilitadora.

Silvia Navarro hace un apunte clave en el desarrollo de este modelo, nos habla del necesario “cambio de posicionamiento”, del profesional, que “debe ser capaz de renunciar a ser él quien tiene que saber, y a su vez, tiene el poder para transferir ese poder a la comunidad” (2004: 39).

En el caso de Jesús, al vincularle con la Fundación Tutelar Manantial, con la miniresidencia, con el equipo de apoyo sociocomunitario..., fue efectivamente hacer una “entrega de poder”. De alguna forma sí que se cede el “control”, sobre el usuario, ya que son otros los que pasan a responsabilizarse y comprometerse en su nuevo sistema de apoyo, aunque el “eje central”, el “ancla”, siga siendo el centro de salud.

Para realizar esta intervención, fue necesaria una labor de coordinación importante para que no se sintiera “agobiado”, con demasiada gente interviniendo. Cada entrada en “escena”, de un recurso se hacía en función de las necesidades establecidas. Mientras estuvo en ARCo, se iniciaron los contactos con la Fundación Manantial en su calidad de defensores judiciales del proceso de incapacitación. Al derivársele a la miniresidencia empezaron los contactos con su educadora y con el equipo de apoyo sociocomunitario para cuando volviera al piso. También se realizó otra reunión una vez tutelado con el presidente de la comunidad de propietarios para que conocieran la situación y tuvieran presente que habría alguien responsable para que no pudiera producirse otra situación así.



Figura 2. Ecomapa del caso.

Fuente: Elaboración propia.

10. CONCLUSIONES

El trabajo en salud mental no es fácil, en medio de las prisas y las urgencias en ocasiones acabamos considerándonos una especie de “apagafuegos”. El día a día va a tal velocidad que es difícil pararse a pensar en qué distancia tenemos que posicionarnos. Sí..., hay que implicarse, pero sin acercarse tanto al fuego como para no poder salir después...

Uno de los problemas con que nos encontramos en el trabajo con personas con trastorno mental grave es reconocer nuestras limitaciones, y aceptar que en ocasiones “no se puede hacer nada”, o lo que puedes hacer no va a solucionar la situación como uno quisiera, y en el momento que quisiera.

El escoger este caso en particular para la revista ha tenido varios motivos. Más allá de la “espectacularidad”, del mismo con su repercusión mediática y su, quiero creer, buena coordinación de los recursos, fue un caso difícil en el que durante muchos años la frustración e impotencia por no poder hacer nada, era constante.

El reflexionar pasados diez años acerca de las actuaciones realizadas enmarcándolas en los diferentes modelos profesionales de actuación, generó una interesante reflexión teórica para razonar “por qué hacemos lo que hacemos”. Igualmente, también ha servido como catarsis para “cerrar”, cuestionamientos relegados sobre ética y sobre posicionamientos profesionales.

El ser un “ancla”, a tierra, a la realidad, a veces es suficiente hasta que surge la oportunidad de actuar.

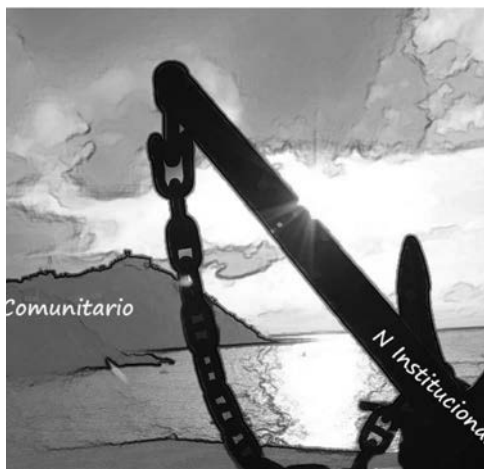


Figura 3. Relación entre la intervención individual y la comunitaria.

Fuente: Elaboración propia.

11. BIBLIOGRAFÍA

- Comunidad de Madrid (2014). *I Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2010-2014*. Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheader_name2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPLAN+E+SALUD+MENTAL+2010-2014.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1268585196938&ssbinary=true
- Du Ranquet, M. (1996). *Los Modelos en Trabajo Social: Intervención con personas y familias* (pp. 67-107 y 196-209). Madrid: Siglo XXI.
- Escartín, M. (1998). *Manual de Trabajo Social: Modelos de práctica profesional*. Segunda Edición. España: Editorial Aguaclara.
- Fernández, T., y Ponce de León, L. (2014). *Nociones básicas de Trabajo Social*. Madrid: Ediciones Académicas.
- Fernández, T., y Ponce de León, L. (2012). *Trabajo Social individualizado: Metodología de intervención*. Madrid: Ediciones Académicas.
- Galiana, N. (2014). *Mapa modelo psicosocial*. Disponible en <http://www.mindomo.com/es/mindmap/modelo-psicosocial-ab073bc65f314b24b4e6f24e7e1ab658>.
- Navarro, S. (2004). *Redes sociales y construcción comunitaria. Creando (con)textos para una acción ecológica* (pp. 33-66). Madrid: Editorial CCS.
- Payne, M. (1994). *Teorías contemporáneas del Trabajo Social. Una introducción crítica* (pp. 137-146). Barcelona: Paidós.

12. ANEXOS

Anexo 1. TITULAR “EL PAÍS”

http://elpais.com/diario/2005/08/17/madrid/1124277865_850215.html

Un hombre con problemas mentales mata a golpes a su padre en Ciudad Lineal

La policía descubrió ayer el cuerpo de la víctima, que llevaba varios días fallecida

F. JAVIER BARROSO - Madrid - 17/08/2005

El distrito de Ciudad Lineal descubrió ayer un parricidio que fue perpetrado hace varios días. Un hombre de 43 años con problemas mentales, [REDACTED], fue detenido por la policía acusado de haber matado de un golpe en la cabeza a su padre, [REDACTED], de 79. La víctima llevaba fallecida varios días, ya que presentaba un avanzado estado de descomposición, según fuentes de la investigación. Los vecinos de esta familia se quejaron de los problemas que causaba el arrestado, ya que tenía atemorizado al barrio.

La noticia en otras webs

El hallazgo se produjo sobre las 9.45 de ayer en el piso segundo izquierda del número 79 de la calle de [REDACTED], cerca de la avenida del Marqués de Corbera, en el barrio de La Elipa. A esa hora la policía recibió en el 091 una llamada del supuesto asesino en la que informaba de que su padre estaba muerto. Presuntamente se había golpeado en la cabeza con la mesa del salón al caerse del sofá.

Los agentes de la comisaría de Ciudad Lineal acudieron al lugar y comprobaron que la víctima llevaba varios días muerta, ya que presentaba un avanzado estado de descomposición. Avisaron a los facultativos de una UVI móvil del Summa que comprobaron que la herida que tenía el padre en la cabeza no correspondía con el de un mero accidente, según un portavoz de Emergencias 112. Los sanitarios no manipularon el cadáver y lo dejaron a disposición de los investigadores. Sólo pudieron certificar la muerte.

A partir de ese momento, se hicieron cargo de las pesquisas policías del Grupo X de Homicidios. Los agentes detuvieron al hijo y le condujeron a la Brigada de Policía Judicial. Según fuentes de la Jefatura Superior de Policía, los investigadores comprobaron que, antes de morir, la víctima había denunciado en tres ocasiones a su hijo, con el que vivía en el citado inmueble, por agresiones y amenazas de muerte.

El juez de guardia ordenó el arresto de ██████████, sobre el que constan distintos antecedentes psiquiátricos. El detenido estaba pendiente de ser interrogado ayer por los agentes de Homicidios.

Los vecinos de la familia ██████████ no se mostraron sorprendidos por el trágico final de esta familia, ya que, según afirmaron, causaron muchos problemas en el inmueble y en el barrio. Residían en esa casa desde que fueron construidas en 1961. “Sabíamos que antes o después iba a pasar algo así. No nos sorprende nada”, afirmó ██████████, la vecina del tercer piso. El otro hermano de la familia fue criado por unos tíos en Málaga.

Según explicó la mujer, el fallecido enviudó hace más de 15 años. Desde entonces se repitieron los problemas. “El fallecido estaba todo el día borracho y no pagaban nada, ni la comunidad ni el agua. Siempre estaban dando voces y molestando. A veces salía a la calle en pijama o se asomaba por las ventanas”, añadió ██████████. De hecho, el fallecido adeudaba 7.359 euros a la comunidad de propietarios. “El padre no ha trabajado nunca. Al menos desde que yo les conozco, y de eso hace ya más de 20 años”, subrayó ██████████.

El vecindario hacía varios días que no veía a ██████████ por la calle. “Creíamos que lo habían internado porque ni le oíamos ni nada”, concluyó. De hecho, este tiempo que los residentes del inmueble no le oían podía coincidir con su muerte.

El hijo también era muy conocido en el barrio, porque tenía atemorizado a toda la ciudadanía, según comentaron algunos. “Hemos pasado mucho miedo porque el hijo estaba todo el día con la litrona, borracho, y no paraba de insultar a la gente y de amenazarles de muerte. Empezaba: ‘¡Hijo de puta, os voy a matar a todos!’. Yo siempre que le veía me daba la vuelta y me iba por otras calles porque le tenía pánico”, afirmó otra mujer.

Según varios conocidos de la familia, el hijo estaba siendo atendido en el centro de atención mental La Paz, de la calle de la Virgen de África, junto al tanatorio de la M-30. “Le habían recetado antidepresivos, pero como los mezclaba con alcohol estaba todo el día muy agresivo y muy violento. Ha amenazado a mucha gente de todo el entorno”, comentó otro hombre. “Como es muy fuerte y muy alto [190 centímetros], imponía mucho”, concluyó.

Este homicidio eleva a 35 el número de muertes violentas registradas en la región en lo que va de año, frente a los 42 del mismo periodo de 2004.

Anexo 2. NOTA ENVIADA DESDE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

De: [REDACTED]

Enviado el: vie 26/08/2005 11:45

CC: defensora@elpais.es

Asunto: Presunción de inocencia (también para enfermos mentales)

Estimado Sr.

Nos ponemos en contacto con Vd. para manifestarle nuestra decepción.

Desde hace muchísimos años somos asiduas lectoras de su periódico y nos sentíamos orgullosas por su credibilidad y seriedad. De ahí nuestra conmoción al leer la noticia publicada en la sección Madrid el día 17 de agosto de 2005 con este titular a gran tamaño:

“Enfermo mental mata a golpes a su padre”, poniendo asimismo su nombre y apellidos [REDACTED] en vez de las siglas que normalmente se suelen utilizar.

En ninguna parte del titular se menciona la palabra “presunto”, y a nuestro modo de ver se recrea en la morbosidad y sensacionalismo. Sentimientos que según la filosofía y estilo de un periódico de prestigio como “El País” deberían ser rechazados sin ninguna contemplación.

Después de la autopsia se ha comprobado que el padre falleció de muerte natural. Y nuestro paciente, además de tener que luchar contra la estigmatización del “peligro social” que implica una enfermedad mental, (peligro alimentado por tratamientos informativos como el que ha realizado su periódico), se ha encontrado con que en su comunidad tiene marcada la etiqueta de “asesino”.

Desde estos servicios de salud mental hemos mandado una carta al director solicitando una rectificación a todas luces ética y moral, cuya publicación nos han denegado.

A la espera de considerar otras posibles acciones legales a tomar por parte de los responsables del presunto incapaz por el daño a su imagen, le solicitamos a Vd. como defensor de una línea editorial y de un libro de estilo de acuerdo con el prestigio de su periódico, tenga a bien luchar contra este tipo de tratamientos informativos.

Sin otro particular le saluda atentamente:

[REDACTED] Enfermera
[REDACTED] Trabajadora Social
Servicios de Salud Mental [REDACTED]

Anexo 3. RECTIFICACIÓN

http://elpais.com/diario/2005/09/01/madrid/1125573864_850215.html

La autopsia descarta el homicidio en el caso del anciano hallado muerto en Ciudad Lineal

EL PAÍS - Madrid - 01-09-2005

██████████, de 43 años, no acabó con la vida de su padre, ██████████, de 79 años. La autopsia ha descartado totalmente que el primero, que sufre problemas mentales, matase a su progenitor el pasado 16 de agosto, sino que éste falleció a consecuencia de diversos fallos en su organismo.

El Grupo X de Homicidios había detenido a ██████████ ese día, después de que éste llamase al 091 informando de que su padre estaba muerto en el interior de su casa en el número 79 de la calle de ██████████ cerca de la avenida del Marqués de Corbera, en el barrio de la Elipa.

Cuando los facultativos del servicio sanitario de emergencias acudieron al domicilio a petición de los agentes, comprobaron que el fallecido presentaba un golpe en la cabeza y que llevaba dos días muerto, ya que el cuerpo sufría una fuerte descomposición.

Tres denuncias

██████████, además, había denunciado en tres ocasiones a su hijo, con el que convivía en el citado inmueble, por agresiones y amenazas de muerte. Los vecinos aseguraron que ██████████ les había amenazado también en ocasiones y solía beber excesivamente.

A pesar de todo ello, los análisis *post mortem* descartan por completo el homicidio, por lo que ██████████ no se halla en prisión. Fuentes cercanas a esta persona destacaron ayer el “enorme daño causado” a ██████████, ya que “es una persona muy conocida en el barrio y que ha sido injustamente acusado de algo que nunca cometió”.

“Es cierto que ██████████ se halla en tratamiento desde hace 20 años”, puesto que es “un enfermo”, pero “nadie le creyó cuando contaba lo que había ocurrido. Menos mal que ahora la autopsia ha puesto las cosas en su sitio, pero el daño está hecho”.

“El problema”, añaden estas fuentes, “es que ahora es señalado por todos los vecinos y que la reinserción va a ser muy complicada. Aún no ha vuelto a su vivienda, a pesar de que no acabó con la vida de su padre”.

El fallecido, según los vecinos, era una persona que solía estar ebrio y no pagaba la comunidad de propietarios. A menudo daba grandes voces y molestaba al resto del vecindario. Ateudaba más de 7.300 euros a la comunidad.