

Trabajo Social y atención temprana en psicosis, una propuesta de intervención

Daniel GIL MARTORELL

Centro de Salud Mental de Colmenar Viejo (Madrid)
rodas@cgtrabajosocial.es

Recibido: 6 mayo 2010

Aceptado: 18 mayo 2010

RESUMEN

El trabajo social en los servicios de salud mental se ha desarrollado en estrecha relación con dos elementos: la filosofía y organización comunitaria de los Centros de Salud Mental y los programas de rehabilitación y continuidad de cuidados para enfermos mentales graves y crónicos, en sus diversas modalidades de atención. Dichos Programas de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados han sido el eje sobre el que se ha asentado la integración comunitaria de los pacientes con enfermedad mental grave y crónica. Los programas de atención temprana en psicosis son uno de los principales retos que tienen los programas de tratamiento comunitario de los pacientes con enfermedad mental grave. Suponen un cambio en la metodología y filosofía de las intervenciones de los profesionales y en nuestro caso de los trabajadores sociales. A la hora de enfrentarnos a una derivación que asume el trabajador social en un Programa de Continuidad de Cuidados, considero de gran interés la metodología de intervención que nos aporta el «Trabajo social centrado en la tarea o por objetivos».

Palabras clave: atención temprana, psicosis, continuidad de cuidados, rehabilitación, trabajo social centrado en la tarea, solución de problemas, alianza terapéutica.

Social Work and early intervention in psychosis: a proposal for intervention

ABSTRACT

Social work in mental health services has developed in a close relationship with two elements: the philosophy and community organization of Mental Health Centers and rehabilitation and continuity of care programs for the chronically severely mentally ill in its various care models. Said Rehabilitation and Continuity of Care Programs have been the axis upon which the community integration of the severely and chronically mentally ill has been anchored. Early intervention programs in psychosis are one of the primary challenges faced by community treatment programs for patients with severe mental illness. They presume a change in the methodology and philosophy of practitioners' interventions, in our case, those of social workers. When the time comes for a referral made by a social worker in a Continuity of Care Program, we consider the intervention methodology supported by «goal-oriented or task-oriented Social Work».

Key words: early intervention, psychosis, continuity of care, rehabilitation, task-oriented social work, problem solving, therapeutic alliance.

Sumario: 1. Trabajo social y atención temprana en psicosis: una propuesta de intervención. 2. El encuadre institucional de la intervención del trabajador social. 3. Qué entendemos por Atención temprana en psicosis. 4. Trabajo social en la fase de recuperación y período crítico. 5. Trabajo social centrado en la tarea, un caso práctico. 6. Bibliografía.

1. TRABAJO SOCIAL Y ATENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS, UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

«La tarea de la rehabilitación es ayudar al individuo a producir su vida»

(Pelicier en Aparicio 1993).

«Benditas nos sean las buenas intenciones, pero preferimos los buenos métodos»

(Ortega).

El trabajo social en los servicios de salud mental se ha desarrollado en estrecha relación con dos elementos: la filosofía y organización comunitaria de los Centros de Salud Mental y los programas de rehabilitación y continuidad de cuidados para enfermos mentales graves y crónicos, en sus diversas modalidades de atención. Dichos programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados han sido el eje sobre el que se ha asentado la integración comunitaria de los pacientes con enfermedad mental grave y crónica. Casi el 100% de los pacientes atendidos en estos programas tenían diagnóstico de esquizofrenia y sufrían un alto deterioro de su red social y de su autonomía. La evolución socio-económica y cultural de la población, el desarrollo de la red de atención que ha facilitado el acceso a la misma, las nuevas patologías prevalentes han ido generando un cambio en el perfil de los pacientes, dicho cambio se ha centrado básicamente en dos elementos: aumento de la prevalencia de los pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y una disminución de la edad de los pacientes atendidos en dichos programas con diagnóstico de psicosis. El segundo elemento está íntimamente relacionado con la accesibilidad a los dispositivos y con el desarrollo de Programas de atención temprana en psicosis.

Es sobre este segundo punto sobre el que va a versar mi reflexión y propuesta de intervención. Los programas de atención temprana en psicosis son uno de los principales retos que tienen los programas de tratamiento comunitario de los pacientes con enfermedad mental grave. Suponen un cambio en la metodología y filosofía de las intervenciones de los profesionales y en nuestro caso de los trabajadores sociales. Los programas de rehabilitación y continuidad de cuidados de la comunidad de Madrid tuvieron su origen íntimamente vinculado a los procesos de desinstitutionalización, de la atención a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de larga evolución se ha ido pasando progresivamente a un conjunto de pacientes con menos uniformidad en los diagnósticos, con menor historia psiquiátrica en el momento de entrar en contacto con el programa, con un nivel socio cultural y económico distinto. Todo ello supone inevitablemente una

adaptación y una reflexión de las intervenciones de los trabajadores sociales de salud mental.

Analizaremos a continuación el paradigma de la intervención temprana en psicosis, su repercusión en la organización de los programas y las propuestas de intervención desde el trabajo social.

2. EL ENCUADRE INSTITUCIONAL DE LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL

El Centro de Salud Mental representa el eje sobre el que se estructura el modelo comunitario de atención a la Salud Mental y, por tanto, la atención al paciente con enfermedad mental grave y crónica. Está constituido por un equipo multiprofesional que ofrece una atención integral y considera sus necesidades biológicas, psicológicas y del entorno social y familiar. Además de las funciones asistenciales, desempeña las de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, siempre desde un ámbito más cercano al lugar de residencia de la población a la que atienden. Es el lugar de derivación a los restantes dispositivos, incluyendo Unidad de Hospitalización Breve, Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación, Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados, Hospital de Día, Centro de Rehabilitación Psicosocial, Centro de Rehabilitación Laboral, Centro de Día, Equipo de Apoyo Socio Comunitario...

En el tratamiento de la enfermedad mental el Centro de Salud Mental debe establecer el primer contacto con todo paciente derivado con sospecha de psicosis, valorándolo y definiendo la estrategia a seguir, tratando y garantizando la continuidad de atención y rehabilitación a los pacientes que la requieran. Debe establecer la coordinación de la derivación a los dispositivos especiales de Salud Mental cuando sus propias posibilidades de actuación resulten superadas, asumiendo en todo momento, y aún después de concluir la intervención de aquellos dispositivos, el seguimiento del paciente.

La existencia de pacientes especialmente graves, con trastornos persistentes en el tiempo, con especiales dificultades de integración y con un mayor riesgo y tendencia a las recaídas y a la hospitalización ha llevado al diseño de diversas modalidades de atención y seguimiento intensivo en la comunidad, que pueden sintetizarse en el modelo de tratamiento comunitario asertivo y en el de gestión de casos. Ambos modelos se diferenciarían fundamentalmente por el hecho de que el primero se organiza en torno a un equipo específico, y el segundo por ser realizado individualmente por profesionales de la gestión de casos, entre otros los trabajadores sociales. Ambos modelos proponen intervenciones comunitarias terapéuticas coordinadas y de apoyo. La gestión de casos permite que uno o más miembros de un equipo sean asignados como gestores de casos para garantizar que los pacientes reciban servicios coordinados, continuados e integrales. El análisis sobre la forma de intervenir los trabajadores sociales en la atención temprana a la psicosis, se enmarca en esta metodología previa de programa de gestión de casos en la que se desarrolla nuestra intervención.

En la Comunidad de Madrid la atención comunitaria se estructura, como ya hemos dicho, desde el programa de rehabilitación y continuidad de cuidados del Centro de Salud Mental, con un modelo de gestión de casos. Estableciéndose un coordinador de casos que realiza funciones de gestor de casos y permite la conjunción de dispositivos y las intervenciones individuales en el entorno. Con el surgimiento de dispositivos como los Equipos de Apoyo Socio-comunitario (atención intensiva en el entorno habitual y con un número concreto de pacientes), se pueden conjugar los dos modelos de atención en función de las fases de intervención o la situación del paciente, pero esto ya sería objeto de una reflexión en la que no vamos a entrar ahora.

Los criterios de inclusión, aprobados desde la Oficina Regional de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, de pacientes en el censo de crónicos que permitía el acceso a estos programas han sido:

- Diagnóstico de Psicosis CIE 9.
- Llevar más de 2 años en tratamiento en los Servicios de Salud Mental de Distrito.
- 5 ó más ingresos ó 120 días en los dos últimos años.
- Deterioro en el área de autocuidados y socio-familiar, escala DAS (6 ó más puntos).
- 5 ó más asistencias al mes (2 ó mas no programadas).

Como podemos observar los pacientes jóvenes, con un primer ingreso psiquiátrico o ninguno en muchos casos, que entrarían en los programas de atención temprana suponen una reorientación de los criterios de inclusión en los programas de rehabilitación y como consecuencia una redefinición de las intervenciones de los trabajadores sociales. Debemos partir de una nueva premisa aconsejada por toda la bibliografía especializada y las distintas guías clínicas publicadas: la intervención global y mantenida se debe proporcionar durante los años iniciales tras el diagnóstico porque el curso de la enfermedad es influenciado fuertemente por lo que ocurre durante este «período crítico». Los pacientes no deben tener que «probar su cronicidad» antes de tener un acceso continuado en los servicios de salud mental especializados.

Debemos evitar algo que ocurre con gran frecuencia que: «La mayoría de los casos de psicosis aparecen en los servicios de atención a la salud mental cuando llevan años de sufrimiento personal y familiar. En esas situaciones se ha producido un grave deterioro de la vida familiar y social, y de la integración educativa o vocacional de las personas con psicosis» (Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2009).

3. QUÉ ENTENDEMOS POR ATENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS

El paradigma de la intervención temprana en psicosis (ITP) promueve la idea de que «una adecuada atención en las fases tempranas de la enfermedad puede

mejorar los resultados de la misma, disminuyendo su discapacidad y reduciendo los costes de su atención. Para ello se proponen dos estrategias básicas:

- Reducir el periodo que suele pasar la enfermedad sin recibir tratamiento.
- Un combinado y amplio tratamiento ajustado a las fases iniciales de la enfermedad (McGorry y Edwards, 1997; Vallina, O., 2003).

Los programas de atención temprana desarrollan por lo general tres tipos de intervención:

- Detección y tratamiento precoz de los síntomas prodrómicos de la enfermedad, tratando incluso de evitar la transición a la psicosis.
- Detección y derivación de posibles casos de psicosis con el objetivo de reducir el tiempo de psicosis sin tratar y mejorar el pronóstico y el sufrimiento y la carga personal y familiar.
- Tratamiento temprano por tiempo e intensidad suficiente de los primeros episodios de psicosis ya identificados (Consenso sobre Atención temprana a la Psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2009).

Los tipos de intervención se relacionan con las fases de aparición /desarrollo de la psicosis y con los conceptos de «duración de la enfermedad sin tratar» y «duración de la psicosis sin tratar»:

- Fase de estado mental de alto riesgo o prodrómica.
- Fase de primer episodio psicótico.
- Fase de recuperación y período crítico.

Duración de la enfermedad sin tratar (DUI): Periodo de tiempo antes de que los pacientes inicien el tratamiento de su enfermedad. Puede durar de dos a cinco años. Es la Fase prodrómica o de estado mental de alto riesgo.

Duración de la psicosis sin tratar (DUP): Fase de enfermedad ya marcada y manifiestamente psicótica que se mantiene durante prolongados periodos de tiempo (uno o dos años, con una media de seis meses) y que sin embargo no recibe tratamiento alguno durante todo ese tiempo.

Nos centraremos en los programas y actividades que se realizan en el tratamiento temprano de los primeros episodios de psicosis, en la intervención del trabajador social en estos primeros momentos que tienen que ver con el inicio de la fase de recuperación y el periodo crítico. Estas intervenciones tienen «como finalidad ayudar a los pacientes a reconstruir su vida y ayudarles a lograr una comprensión de la psicosis y desarrollar recursos para el futuro. Brichwood y Macmillan (1993) han propuesto el concepto de un «periodo crítico» de 2 A 5 años después del primer episodio psicótico, durante el cual los factores personales, sociales y biológicos influyen en el futuro equilibrio entre enfermedad y bienestar» (Edwards, J., y McGorry. P.D., 2004).

Es muy importante comprender que el desfase entre el funcionamiento clínico y el social se produce en estos momentos tempranos de la psicosis. Debemos tener en cuenta que en gran parte de los casos la incapacidad social surge en es-

te periodo de dos a cuatro años antes de la primera admisión, que las consecuencias sociales dependen del nivel de desarrollo social adquirido antes del inicio de la enfermedad.

El mayor grado de discapacidad se da durante los primeros años, pero a partir de entonces tiende a estabilizarse, con lo cual el nivel de funcionamiento conseguido dos años después del diagnóstico es un buen indicador del nivel de funcionamiento quince años después. Por ello la intervención temprana debe realizarse desde una perspectiva bio-psico-social (síntomas, funcionamiento social y psicológico). Se sabe ya que mejorías en una de ellas no se transfieren mecánicamente a las otras, la mejoría clínica no implica per se una mejoría en el funcionamiento social y viceversa, la perspectiva integral y multidisciplinar del tratamiento se hace indispensable.

Los estudios realizados sobre el curso del inicio de la esquizofrenia muestran que la mayoría de los primeros episodios, 73% de los casos, se inician con síntomas prodrómicos inespecíficos o con síntomas negativos y solamente un 7% lo hacían con síntomas positivos. Por otra parte la mayoría de individuos presentan algún tipo de fase prodrómica que se manifiesta por un desarrollo lento y gradual de diversos signos y síntomas (retraimiento social, pérdida del interés en la escuela o el trabajo, deterioro de la higiene y el cuidado personal, conducta poco habitual, episodios bruscos de enfado, etc.). Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. (Guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. www.guiasalud.es).

Ambos elementos implican que los programas de intervención deben incidir sobre los síntomas negativos de la enfermedad, sobre el deterioro de la red social del paciente y su riesgo de «expulsión» de las redes de participación social (empleo, formación, ocio), con lo que el trabajo social preventivo es crucial en estos momentos.

4. TRABAJO SOCIAL EN LA FASE DE RECUPERACIÓN Y PERÍODO CRÍTICO

En los primeros momentos de la intervención son fundamentales la labor de apoyo, la psicoeducación y el acompañamiento en la resolución de problemas concretos e inmediatos al inicio del tratamiento. El apoyo requiere transmitir esperanza, respeto y empatía reconocible por el paciente facilitando la construcción de una alianza terapéutica. Todo ello da al paciente esperanza y sentimiento de un mayor control sobre el trastorno. El trabajo de recuperación debe enfatizar la necesidad de encontrarle un sentido a la experiencia psicótica y desarrollar cierto «dominio» de la situación.

La intervención psicosocial llevada a cabo en los dos años siguientes al primer brote de Esquizofrenia, es decir, durante este «periodo crítico», tiene unos objetivos que coinciden en la mayoría de las Guías Clínicas, nacionales e internacionales, como ejemplo podemos seguir la *Guía Clínica de Primer Episodio*

de Esquizofrenia, del Ministerio de Sanidad de Chile (2005), que plantea entre otros:

- Disminuir la resistencia al tratamiento.
- Aumentar el conocimiento de la enfermedad y prevenir recaídas.
- Remisión de los síntomas positivos residuales y de los síntomas negativos.
- Promover la sensación de control del paciente frente a la amenaza psicótica.
- Proteger la autoestima y separar el «yo» o el sentido de identidad del proceso psicótico.
- Evitar la ruptura de las relaciones sociales, recuperando los ámbitos personales premórbidos.
- Apoyo familiar.
- Mejorar el manejo de las situaciones conflictivas por parte del paciente y su familia.
- Se recomienda que antes de utilizar recursos específicos se promueva la derivación, uso e integración en recursos normalizados.

Entre las recomendaciones y objetivos de la «Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente» (Ministerio de Sanidad), de nuestro país, selecciono algunas que nos son de interés a la hora de analizar nuestra propuesta de intervención desde el trabajo social:

- Se recomienda *proporcionar una atención biopsicosocial intensiva y de calidad, de forma continuada y activa durante los años críticos* posteriores al inicio de la psicosis, mejor desde programas especializados de atención temprana que incluyan además de farmacoterapia, psicoeducación, manejo de estrés, prevención de recaídas, *solución de problemas*, reducción de daños por consumo de sustancias, *consejo de apoyo y rehabilitación social y laboral*, así como intervención con la familia y terapia cognitiva.
- Se debe trabajar sobre un plan de tratamiento *donde se comprometa* al paciente y a la familia.
- Se debe *promover la implicación y consenso con el afectado* a lo largo de todo el plan de tratamiento.
- Se requiere *un enfoque asertivo hacia el problema* tanto de los profesionales implicados como de los servicios.
- El plan de tratamiento debe asegurar la coordinación entre los profesionales implicados en dicho plan.
- *El plan de tratamiento debe ser individualizado* para cada paciente, para ello debe conocerse lo más posible a la persona y su entorno, no sólo sus síntomas clínicos sino también los aspectos psicosociales que acompañan a la enfermedad. El abordaje debe ser bio-psi-social.

Entre los objetivos podemos destacar:

- *Alcanzar fines académicos o laborales realistas.*
- *Desarrollar relaciones sociales y un normal desarrollo sexual.*

- Apoyar para conseguir una vida independiente.
- Fomentar el establecimiento de valores personales e identidad.
- Proveer el apoyo adecuado a la edad para *minimizar los efectos de la interrupción del trastorno en la vida del paciente* y capacitarle para que afronte con éxito los retos que favorezcan su desarrollo.
- Limitar el sufrimiento y las repercusiones negativas de la conducta psicótica.
- Atender a las familias.
- *Ser sensible a los factores que pudieran impedir el seguimiento adecuado del tratamiento*, como son los efectos negativos que puedan generar una evaluación o procedimientos que generen rechazo, efectos adversos de las medicaciones, el estigma y otros impedimentos a una relación de colaboración.
- Ofrecer tratamiento para problemas asociados como tendencias suicidas, depresión, agresión, abuso de sustancias, déficits cognitivos, trastornos de ansiedad, en lugar de asumir que simplemente se trata de fenómenos secundarios.
- Reforzar el concepto de enfermedad biológica.
- Hacer hincapié en la necesidad de abstinencia de drogas y alcohol.
- Comprometer al paciente y la familia en un proceso de cooperación.
- *Dar apoyo continuado* para la adherencia al tratamiento.
- Ofrecer psicoeducación exhaustiva centrada en los síntomas positivos y negativos.
- Enseñar estrategias de afrontamiento.
- *Facilitar las oportunidades para reducir el aislamiento social con tratamientos grupales.*
- *Ayudar a recuperar la autoestima.*
- Proporcionar formación en *habilidades sociales.*

Al plantear la intervención desde trabajo social con estas premisas valoramos la importancia del compromiso, la alianza terapéutica, la resolución de problemas, la individualización, el mantenimiento de la red social... Nos encontramos con pacientes en los que la labor de «enganche» al programa y la necesidad de dotar de un sentido la intervención es clave. No es fácil que pacientes jóvenes asuman procesos de intervención marcados por la lógica de la cronicidad, sin objetivos evaluables a corto/medio plazo. Así mismo el riesgo de que la resolución inadecuada de problemas concretos en estos primeros momentos de la enfermedad generen problemas sociales de más difícil resolución a posteriori es muy alta. En el ámbito formativo y laboral el riesgo es aún mayor.

A la hora de enfrentarnos a una derivación que asume el trabajador social en un Programa de Continuidad de Cuidados, considero de gran interés la metodología de intervención que nos aporta el «Trabajo social centrado en la tarea o por objetivos». Si bien existen ciertas reticencias a usar esta metodología en procesos de enfermedad mental crónica porque no responde a la lógica de interven-

ciones a largo plazo, considero que para favorecer los objetivos antes mencionados si es de gran utilidad. *Las personas mayores, los minusválidos, los enfermos crónicos, ciertos enfermos mentales pueden también obtener un gran beneficio de ese modelo. Tengo que trabajar con una población de gentes que se encuentran brutalmente inmersas en la enfermedad. Mi intervención precoz de corta duración permite resolver situaciones que tenderían a estancarse a hacerse crónicas (...)* Los problemas bien estructurados de personalidad, las neurosis, el alcoholismo y las toxicomanías no son aptos para este tipo de tratamiento, lo que no excluye que un diente psicótico, alcohólico o toxicómano pueda beneficiarse de una intervención centrada en la tarea para ciertos problemas bien delimitados, que se convierten entonces en problema diana (Mathilde du Ranquet, 1996).

Mi propuesta responde a esta lógica: una intervención social precoz en pacientes psicóticos permite la resolución concreta de problemas que podría convertirse en crónicos e invalidantes socialmente, así mismo permite trabajar desde la tarea la alianza con el paciente, poniendo las bases de una relación a medio o largo plazo que va implícita en un Programa de continuidad de cuidados.

5. TRABAJO SOCIAL CENTRADO EN LA TAREA, UN CASO PRÁCTICO

Expondré un caso concreto para hacernos una idea más real de lo que estoy hablando:

«R es un varón de 22 años, soltero, que convive con sus padres (56 y 55 años) y dos hermanos (un varón de 24 y una hija de 28 años de edad). La hermana se encuentra en tratamiento en el CSM y acude a dispositivos de rehabilitación con patología psiquiátrica de larga evolución. Es atendido en el CSM por primera vez a las 21 años, tras un ingreso hospitalario (con diagnóstico de trastorno psicótico a floriar), con un contacto previo con tratamientos psicológicos privados por problemas conductuales a los 12 años (dos sesiones y abandonó). Tras recibir tratamiento psicoterapéutico y farmacológico, el paciente se estabiliza de la sintomatología activa, pero empieza a destacar su sintomatología negativa.

Es derivado al Programa de Continuidad de Cuidados, con una conciencia relativa de enfermedad, pero aceptando la necesidad de tratamiento. El paciente se niega a acudir a dispositivos específicos de rehabilitación por asociarlos a la situación de su hermana de la que él quiere distanciarse en estos momentos por todo lo que le supone el proceso de contarse lo que le está sucediendo a él misma

Actualmente está cobrando el subsidio de desempleo, tras haber encontrado trabajo con facilidad después del ingreso hospitalario. Es-

tudió hasta finalizar la Educación Básica, sin interés por los estudios decide ponerse a trabajar y desde entonces ha encontrado trabajos en distintos sitios (construcción e industria) con cierta facilidad.

Mantiene sus amistades, aunque no suele salir con ellas últimamente por no tener trabajo, estar «mal»... No presenta un deterioro de su red social, aunque empiezan a presentarse ciertas tendencias al aislamiento.

El facultativo que realiza la evaluación del paciente y asume su tratamiento elabora un protocolo de derivación al Programa, que describe la situación y los objetivos de la siguiente manera:

En este momento el paciente presenta una conciencia parcial de enfermedad, aunque presenta una buena adherencia al tratamiento. La clínica delirante y las alucinaciones auditivas han desaparecido, si bien han dejado lugar a una dinámica fundamentalmente afectiva, con bajo ánimo y ha comenzado a presentar sintomatología negativa, que parece que ya había aparecido antes del inicio del tratamiento, de manera que priman su escasa red social, su aislamiento empobrecimiento ideo-afectivo y ciertos déficit cognitivos (achacable por el momento a la medicación).

Objetivos de derivación a Seguimiento:

- Adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad.*
- Mejora de sus habilidades sociales.*
- Inicio de una red social para favorecer su integración.*

El paciente acude a su primera cita para información y contacto con el programa de Continuidad de Cuidados, acompañado por su madre, y muy reacio a lo que le podemos ofrecer, con dificultades (del profesional) para el «enganche». En gran parte la dificultad viene dada por la historia familiar previa lo que hace que R sea reacio a entrar en la vida en que se encuentra su hermana, que busque dar un sentido a lo que le ocurre más allá del proceso vivido previamente, por la familia, con su hermana. Es por ello que acepta el apoyo profesional, siempre que no sea la atención en dispositivos específicos para EMGC (enfermedad mental grave y crónica). R necesita que la intervención no solo sea individualizada, necesita sentirla como tal.

Se le plantea una entrevista a solas y se decide centrar la intervención en intereses del paciente, al margen de la necesidades valoradas por el profesional a medio y largo plazo, necesidades que, en cierta forma, están cargadas de prejuicios adquiridos por el trabajo continuado con pacientes inmersos en procesos crónicos (en la misma medida que la familia estamos marcados por nuestras experiencias previas).

Considero que para responder a esta situación nos es de gran utilidad el trabajo social centrado en la tarea (TSCT). Nos permite centrar la intervención en la resolución de problemas sentidos por el paciente y marcar un tiempo concreto desde el que evaluar la intervención, nos permite un encuadre inicial al trabajo social

en procesos de atención temprana en psicosis, un encuadre que permitirá desde la resolución concreta de problemas la construcción de una alianza terapéutica.

Por otra parte, este modelo de intervención también nos permite manejarnos en un marco teórico integrador, en un marco que parte de la adaptación de la teoría al problema a analizar y no a la inversa. El trabajo social centrado en la tarea asume elementos del análisis sistémico, de la Teoría de la Comunicación, de la Teoría del aprendizaje, la Teoría de roles y la Teoría psicoanalítica entre otros.

Pero, ¿cómo es el proceso de intervención en concreto?, ¿cómo se desarrolla? El TSCT sitúa el problema elegido por el paciente en el centro de la intervención y se estructura en torno a tres elementos clave:

- *Diagnóstico*: Centrado en problemas vividos y formas ineficaces de tratarlos. Hablamos de tipología de problemas y no de pacientes.
- *Tratamiento*: Con un tiempo limitado, con objetivo específico y evaluable.
- *Acento en la tarea*: Importancia del acuerdo paciente-profesional. Incide en la idea de Contrato. Idea, por otra parte, muy asentada en la intervención del trabajador social en salud mental dado que los protocolos de intervención desde hace tiempo deben ser firmados por el paciente y el profesional siempre salvo que esté contraindicado por la situación clínica.

Como he mencionado ya, este modelo es válido en procesos crónicos para realizar tareas y objetivos concretos y movilizar la situación. En este caso facilitaría el éxito en una tarea y con él la visión positiva del apoyo a recibir, prioriza la autonomía y la decisión del paciente, facilitando la relación con el paciente desde otro contexto de intervención distinto al clínico, apoyando la construcción de un relato que de sentido a la experiencia vivida desde la toma de conciencia, desde el análisis, de las dificultades concretas sentidas por el paciente.

El Problema elegido debe tener las siguientes características:

- Conciso y limitado. Problema *diana*.
- El paciente lo reconoce explícitamente como un problema y *desea resolverlo*.
- Accesible a la acción del paciente. Ayudar a identificar el problema que quiera y *pueda* resolver.

R. plantea en la primera entrevista los siguientes problemas en los que cree que podríamos ayudarle:

- No tener empleo.
- No saber como buscarlo bien y si lo he hecho bien.
- Me cuesta centrarme en la búsqueda de empleo por otros problemas (desde que estoy mal).
- Ansiedad por lo que me pasa y si todo es por estar enfermo.

Desde el trabajador social se le plantea la metodología que vamos a seguir y las características que debe tener el problema, llegando a la siguiente elección y definición del mismo:

Problema: «No saber buscar empleo y no saber si lo he hecho bien».

Observamos que cumple los requisitos y no es inalcanzable a corto plazo como sería el tener un empleo. Está relacionado con la historia laboral del paciente, que nunca se ha visto en la obligación de buscar empleo o hacer un currículum vitae, siempre ha encontrado empleo por amistades o de una obra o fábrica a otra.

Además del compromiso del paciente y la alianza terapéutica como elementos «ejes» de la intervención, un problema de este tipo nos permite trabajar dos factores clave en este periodo crítico de la psicosis, como son:

- Las dificultades en la inserción social y laboral, que como hemos visto en las recomendaciones para la atención temprana en psicosis, son un factor clave en la evolución positiva del paciente.
- El mantenimiento de su red social de apoyo, mantenida en estos primeros momentos, pero con riesgo de irse «deteriorando».

El TSCT considera que son susceptibles de tratarse desde su perspectiva problemas que tengan que ver con:

- Desempeño de rol, problemas con organismos, cambio.
- Conflictos interpersonales.
- Insatisfacción en las relaciones sociales.
- Problemas con organismos oficiales.
- Dificultades en el desempeño de un rol.
- Problemas ligados al cambio.
- Los recursos insuficientes.

En este caso estaríamos abordando un problema que tiene que ver con la relación con organismos (búsqueda de empleo), una situación de desempeño de rol (desempleado/enfermo), un problema de cambio (desempleado).

Una vez elegido el problema con el paciente, se define el objetivo y las tareas.

El Objetivo es:

- El punto de no existencia del problema.
- Lo designa el paciente.
- Es específico, es un comportamiento observable y verificable.

Se construye de la siguiente manera:

- El sujeto del verbo debe ser el paciente.
- El verbo debe indicar una acción observable (no comprender, saber...).
- Describe el resultado esperado y no las actividades.

El objetivo planteado fue: «Acudiré solo a la lista de servicios de búsqueda de empleo del Municipio, sin faltar a las citas que me concierten y consiguiendo información escrita de las alternativas que me planteen».

Posteriormente se deben desarrollar las tareas para el cumplimiento del objetivo. Debemos prever estímulos ante las mismas, realizar repeticiones o juegos

de rol para facilitar su ejecución, analizar dificultades y los obstáculos previsibles, informar en cada entrevista de las tareas programadas.

Establecimos conjuntamente las siguientes **tareas** vinculadas al contrato de intervención:

Tareas paciente	Tareas T. Social
<ul style="list-style-type: none"> — Conseguir su Vida Laboral. — Elaborar un CV. — Hacer un listado de (Empresas de Trabajo Temporal (ETTs). — Hacer un listado de Servicios Público de empleo del Municipio. — Apuntarse al INEM con una demanda concreta. — Acudir solo a los centros. — Elaborar tras acudir a un centro: dificultades en la tarea e información recibida. — Evaluar con el T.S. las respuestas en las entrevistas de acceso a los centros. 	<ul style="list-style-type: none"> — Informar de los requisitos de acceso a dispositivos. — Facilitar el contacto (material, teléfono, mediación...). — Entrenar previamente la situación con el paciente. — Información socio-laboral relevante. — Derechos del paciente en la esfera laboral. — Citar periódicamente al paciente para seguimiento de sus tareas.

El tiempo durante el que se desarrolla la intervención debe atenerse a una duración fijada de antemano que no sobrepase los tres meses y no más de doce entrevistas. Precisarlos bien permite:

- Acelerar el ritmo de Tratamiento.
- *Disminuir la dependencia.*
- Concentrar la energía.
- *Aumento de esperanza* y anticipación del éxito.
- *Evita abandonos.*

En el caso que estamos analizando se plantearon tres meses, una entrevista semanal, facilitando esta concreción la duración del subsidio de desempleo que en ese momento estaba cobrando R.

El TSCT estructura la intervención en tres fases, que nos permiten comprender la conjunción de los elementos comentados: problema, objetivo, tareas y tiempo.

Fase inicial: exploración de las dificultades y elección del problema diana, determinar el objetivo, planificar las tareas, definir el tiempo y establecer el contrato.

Fase intermedia: puesta en marcha del contrato.

Fase terminal: Se examina la situación actual de la dificultad diana y se analizan las tareas cumplidas y los resultados producidos. Supone la toma de conciencia del aprendizaje.

A lo largo del proceso de intervención se pueden utilizar diversas técnicas:

- Clarificación (verbal, reflexión, documental...).
- Aireación (expresión de sentimientos y emociones).
- Información.
- Consejo.
- Acompañamiento y alianza.
- Aprendizaje de conducta.
- Estimulación (apoyo, seguridad).
- Intervención con las personas u organismos de la red social del paciente.
- Evaluación.

El TSCT facilita en la intervención temprana en psicosis:

- La construcción de una relación con el paciente (reacio a otra intervención en paciente de riesgo).
- Le permite al paciente percibir la rentabilidad del apoyo que se le oferta (confianza).
- Motiva para el cambio (no solo para la curación).
- Abre otras posibilidades de intervención desde el análisis de las dificultades reales (Centro de Rehabilitación Laboral o Centro de Rehabilitación Psicosocial, Grupos del CSM...).
- Permite la autonomía e individualización del proceso (no relación con el problema de su hermana).

«El trabajo por objetivos se dedica a ayudar a los clientes a alcanzar, en un tiempo corto y determinado de antemano, objetivos precisos y delimitados elegidos por ellos mismos. No busca un cambio en la personalidad, actitudes o conducta, sino un cambio a nivel de un problema. La resolución del problema y el aumento de la autoestima que conlleva, permitirán a los clientes reiniciar su proceso de crecimiento mejor preparados para hacer frente a las dificultades» (Mathilde du Ranquet, 1996).

6. BIBLIOGRAFÍA

CONSENSO SOBRE ATENCION TEMPRANA A LA PSICOSIS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA, 2009

DU RANQUET, M.

1996 *Los modelos en Trabajo Social. Intervención con personas y familias*. Madrid: Siglo XXI.

EDWARDS, J., y MCGORRY, P.D.

2004 (edición inglesa 2002) «La intervención precoz en psicosis». Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis. *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*.

Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.
www.guiasalud.es

HALEY, J.

1980 *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

HOWE, D.

1999 *Dando sentido a la práctica. Una introducción a la teoría del trabajo social*. Granada: Maristán.

MINISTERIO DE SALUD

2005 *Guía Clínica Primer Episodio Esquizofrenia*, 1ª ed. Santiago: Minsal.

PAYNE, M.

1995 *Teorías contemporáneas del trabajo social*. Barcelona: Paidós.

REID, W. J., y EPSTEIN, L.

1972 *Task-centered casework*. New York: Columbia University Press.

VALLINA, O.; ALONSO, M.; GUTIÉRREZ, A.; ORTEGA, J.A.; GARCÍA, A.; FERNÁNDEZ, P., y LEMOS, S.

2003 *Aplicación de un programa de intervención temprana en psicosis. Un nuevo desarrollo para las unidades de salud mental Avances en Salud Mental Relacional*, 2, 2.

PÁGINAS WEB

<http://www.p3-info.es/>. Programa de Prevención de Psicosis (P3).

www.task-centered.com