

Nuevas vertientes de especialización para la intervención del Trabajo Social en Salud

Por Guadalupe Jacqueline Ávila Cedillo

Guadalupe Jacqueline Ávila Cedillo. Licenciada en Trabajo Social por el Centro Universitario UTEG, Maestra en Desarrollo Social por la Academia nacional de investigación en Trabajo Social-ACANITS, Trabajadora Social en el Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS-Jalisco, Asesora de proyectos de investigación e intervención en ciencias sociales, Directora de la Red de Estudiantes y Egresados de Trabajo Social en Jalisco-REETSJ, México.

Introducción

A través de los años, la disciplina de Trabajo Social ha evolucionado conforme a las necesidades y problemáticas sociales del mundo actual. Con ello emergen las nuevas vertientes de especialización focalizando su área de estudio en diversos tópicos, como los cuidados paliativos, Tanatología, Trabajo Social desde la práctica clínica y Socioterapia, así como el Trabajo Social en Salud Mental. A continuación abordaremos a detalle cada eje.

1. Cuidados paliativos aplicados al área de la salud

Paliar el dolor es imprescindible para pacientes y sus familias que atraviesan enfermedades crónicas mortales como el cáncer, VIH, tuberculosis, entre otras que aumentan o disminuyen los riesgos de mortalidad según el paciente. Es por ello que el equipo multidisciplinar de salud, incluidos los trabajadores sociales, debe tener dominado esta experticia; en este sentido, como afirman Pérez & Zamora (2021):

...según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), los cuidados paliativos: proporcionan alivio del dolor y otros síntomas angustiantes, son una afirmación de la vida y consideran la muerte como un proceso normal, no pretenden adelantar ni aplazar la muerte, integran los aspectos psicológicos y espirituales de la atención del paciente, ofrecen un sistema de apoyo para que el paciente viva del modo más activo posible hasta el momento de la muerte, ofrecen un sistema de apoyo para que las familias puedan sobrellevar la enfermedad del paciente y durante su propio duelo. Utilizan un enfoque de equipo para abordar las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo ayuda en el duelo, si procede; mejoran la calidad de vida y también pueden influir positivamente en el transcurso de la enfermedad. Se pueden aplicar en los primeros momentos de la enfermedad junto con otras terapias que pretenden prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia. Incluyen las investigaciones necesarias para comprender y gestionar mejor las complicaciones clínicas angustiosas.

Los cuidados paliativos no son un método para alargar la vida y agonía de los pacientes y su núcleo, su objetivo central es dar una visión del buen morir con paz y tranquilidad, brindar confort y atención con dignidad y respeto en su proceso de enfermedad.

Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL, 2014:5), las bases de la terapéutica en pacientes terminales son:

1. Atención integral, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Forzosamente se trata de una atención individualizada y continuada.
2. El enfermo y la familia son la unidad a tratar. La familia es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la atención domiciliaria. La familia requiere medidas específicas de ayuda y educación.
3. La promoción de la autonomía y la dignidad al enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas. Este principio sólo será posible si se elaboran los objetivos terapéuticos "con" el enfermo.
4. Concepción terapéutica activa, incorporando una actitud rehabilitadora y activa que nos lleve a superar el "no hay nada más que hacer". Nada más lejos de la realidad y que demuestra un desconocimiento y actitud negativa ante esta situación. Importancia del "ambiente". Una "atmósfera" de respeto, confort, soporte y comunicación influyen de manera decisiva en el control de síntomas.

Otro elemento fundamental por dominar es la comunicación de malas noticias. Una buena comunicación de malas noticias definirá cómo el paciente toma el proceso de su enfermedad, así que debemos ser muy claros y precisos con el mensaje verbal y no verbal que comunicaremos.

Las malas noticias son las que alteran las expectativas de futuro de la persona.

Según la SECPAL, el grado de MALDAD viene definido por la distancia que separa las expectativas de futuro de la realidad de la situación. Las malas noticias nunca suenan bien.

¿CÓMO HACER?

- La honestidad del mensaje nunca debe cambiarse para mejorar su aceptación.

ES IMPORTANTE MANTENER UNA ESPERANZA REAL

- Averiguar primero qué es lo que sabe el paciente. Conociendo lo que el paciente sabe podremos estimar lo que separa sus expectativas de la realidad.
- Averiguar cuánto quieren saber antes de informar.
- Después de pronunciar palabras como cáncer, muerte o "no hay más tratamiento" la persona no puede recordar nada de lo que se diga después.

BLOQUEO POSTINFORMACIÓN

- El paciente olvida el 40% de la información recibida y más si han sido malas

noticias.

- No presuponer lo que les angustia.
- Alargar el tiempo de transición entre el sentirse sano al de sentirse gravemente enfermo.
- Dar síntomas en vez de diagnósticos.

NO MENTIR

- Preguntar inmediatamente después: ¿Cómo se siente? ¿Por qué? ¿Qué otras cosas le preocupan?
- Comprobar las emociones evocadas, tranquilizarle y cerrar la entrevista (SECPAL, 2014:36-37).

Estos son algunos elementos centrales para abordar las malas noticias según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Desde nuestra perspectiva, dejaremos plasmadas las habilidades que deben tener los trabajadores sociales que están inmersos en el ámbito de la salud.

Habilidades del trabajador social en cuidados paliativos

El enfermar no trae consigo solo malestares físicos sino que trae un total desequilibrio socio-familiar y vital de la persona y/o familias que padecen estos sucesos lamentables; por consiguiente, el trabajador social debe tener las siguientes habilidades para tratar con estos casos en el área hospitalaria:

- Hablar con claridad (bajar la información médica para que sea más entendible), no ser fríos con el mensaje por brindar y hacerlo con dignidad y respeto
- Fomentar la espiritualidad y la esperanza real conforme a su pronóstico de vida
- Otra habilidad de comunicación necesaria es preguntar sobre cómo está, escucharlo, analizar su mensaje con profundidad, respetar sus ideales y estar presente en su proceso de enfermedad.
- Buscar y fomentar sus redes de apoyo sociales y familiares que le brinden soporte emocional.

A continuación se analizará el tema del estudio del dolor y la muerte.

Algología y tanatología para los procesos de duelo

En el área de la salud se deben tener dominadas la algología -ciencia que estudia el dolor- y la tanatología -ciencia que estudia la muerte-, ya que en los andares hospitalarios, vida, dolor y muerte constituyen un trinomio ineludible del accionar cotidiano. Para el psicólogo inglés John

Bowlby, los apegos y las separaciones de éstos conllevan procesos de duelo y dolor, y por ello “conocer el proceso de formación del vínculo permite comprender su ruptura por la pérdida y la muerte” (Bowlby 1998 en Di Maio, 2015:242). Para nutrir esta línea de investigación plantearemos el tema del duelo y sus etapas.

Manifestaciones del duelo

Para Worden (2013), las manifestaciones del proceso de duelo pueden ser listadas según su naturaleza, como:

- **Afectivas:** sentimientos de tristeza, rabia, culpa, ansiedad, soledad, fatiga, desamparo, choque, emancipación, alivio y estancamiento.
- **Físicas:** vacío en el estómago, presión en el pecho, nudo en la garganta, hipersensibilidad al ruido, sensación de indiferencia, falta de aire (respiración corta), debilidad muscular, falta de energía y boca seca. Estas dos primeras manifestaciones afectivas y físicas son las más notorias al momento de que el personal de salud comunica una mala noticia o mal pronóstico del paciente, ya que algunas personas pueden presentar profunda tristeza acompañada de lamentos, llanto y gritos, desmayos o dificultad respiratoria.

Otras manifestaciones tras la pérdida de un ser querido serán las cognitivas y comportamentales, toda persona llevará su proceso de duelo de forma diferente y a sus tiempos, sin embargo si estas manifestaciones impiden al familiar llevar su vida del modo más corriente posible, habrá que acudir a un especialista para que no se vuelva esto un padecimiento crónico y se puedan expresar las emociones y sentimientos adecuadamente. Los espacios terapéuticos son espacios seguros y abiertos al diálogo.

- **Cognitivas:** incredulidad, confusión, preocupación, sensación de presencia y alucinaciones.
- **Comportamentales:** trastornos de sueño, trastornos del apetito, comportamiento elevado aislamiento social, sueños con la persona fallecida o perdida, evasión de recuerdos o intentos de invocar a la persona, suspiros, hiperactividad, llanto, visitar lugares y llevar consigo objetos que recuerden al fallecido o a la persona perdida. (Worden 2013, en Di Maio, 2015:244)

Otro tópico fundamental será el de las etapas y tareas del duelo. Este proceso de cierre y despedida de un ser querido, que puede llegar a ser abrumador, imposible y con tristeza infinita, sin embargo es parte de la vida y -como todo elemento vital- conlleva un proceso.

Etapas del duelo

Tal como señala Bowlby (1998) citado por Di Maio (2015),

...al considerar que el duelo es un proceso plantea las siguientes fases:

- **Fase de embotamiento.** Tiene una duración variada y puede ser de algunas horas o semanas. En general se manifiesta por el desespero o la rabia. Esta primer fase es la

más difícil de superar ya que abarca el proceso de asimilar la pérdida de la persona de nuestra vida cotidiana.

- Fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida. Puede durar un largo período. Cuando ocurre la consciencia real de la pérdida, las reacciones son: rabia, desespero, inquietud, insomnio, entre otras. La rabia, en general, se desata hacia otras personas por medio de agresiones y acusaciones.
- Fase de desorganización y desesperanza. Se pretende, por acciones contradictorias, conservar y deshacerse de las pertenencias que le recuerdan a la persona pérdida. Fase de mayor o menor grado de organización. Comienza la aceptación de la pérdida y la necesidad de retomar las actividades cotidianas. El recuerdo y la tristeza aún pueden estar presentes, lo que significa que el proceso no fue totalmente concluido (Di Maio, 2015:244).

La duración de las diversas fases puede variar dependiendo de cada caso particular; sin embargo se deben monitorear para no llegar a una depresión crónica o ansiedad que no se pueda controlar e imposibilite las actividades de la vida cotidiana.

Cada etapa etapa llevará consigo alguna tarea de los prescritas a continuación, para poder sobrellevar la situación de la manera más adecuada:

Tareas del duelo

Según Franco (citado por Di Maio, 2015),

...en el proceso de duelo, la adaptación a la pérdida conlleva cuatro tareas básicas:

- aceptar la realidad de la pérdida;
- elaborar el dolor de la pérdida;
- ajustarse a un ambiente donde falta la persona;
- reposicionar, en términos emocionales, a la persona que perdió y continuar la vida.

Las señales de que el duelo ha sido concluido pueden ser determinadas cuando:

- La persona es capaz de pensar en el vínculo que perdió sin dolor. Puede haber la sensación de tristeza sin el aspecto doloroso que había antes, pero sin manifestaciones físicas, como llanto intenso o sensación de presión en el pecho;
- La persona puede reincorporar sus emociones en la vida y en el vivir (Franco 2005 en Di Maio, 2015:245)

Las tareas básicas de la persona para afrontar y superar su proceso de duelo son:

- Resignificar y recordar a la persona fallecida sin dejar pasar la propia vida.

- Sentir, hablar y sanar el dolor, comunicar las emociones para que puedan ser procesadas en cada una de sus etapas.
- Adaptarse al mundo sin la persona fallecida asumiendo nuevos roles y/o actividades sin perder el sentido de vida.
- Aceptar la pérdida, vivirla y proseguir con el camino sin perder el rumbo ni a ellas mismas.

2. Trabajo Social clínico y socioterapia como formas de accionar independiente

El Trabajo Social es una disciplina relativamente joven dentro de las ciencias sociales. En México surge en 1933, es decir que tiene 90 años de vida dentro de las profesiones contemporáneas de las ciencias sociales. Uno de los objetivos del trabajador social en el área de la salud es

identificar e intervenir en los factores sociales que inciden en las condiciones de salud de las personas, sus familias y la comunidad, por medio de un proceso metodológico tendiente a propiciar que la población usuaria participe en el desarrollo de acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, basadas en sus necesidades (Acosta, M., et al.2012:18),

mientras que el Trabajo Social clínico es considerado

un proveedor de atención de salud para individuos, familias y grupos cuando hay problemas en el funcionamiento biopsicosocial. Los objetivos del trabajador social clínico son tanto preventivos como terapéuticos y los métodos utilizados son variados, éstos incluyen cualquier combinación de psicoterapia clínica, psicoterapia de grupo, terapia familiar e intervenciones con los sistemas sociales y el medio ambiente (Pinkus et.al., 1977, en Colegio Oficial de Trabajo Social de Santa Cruz de Tenerife, 2019)

Así mismo también busca ser

Una práctica especializada del Trabajo Social y un proceso relacional psicoterapéutico que trata de ayudar a un cliente [individuo, pareja, familia o grupo] a afrontar sus conflictos psicosociales, superar su malestar psicosocial y lograr unas relaciones interpersonales más satisfactorias, utilizando sus capacidades personales y los recursos de su contexto socio-relacional (Ituarte, 2017 en Colegio Oficial de Trabajo Social de Santa Cruz de Tenerife, 2019)

Trabajo Social clínico

Qué no es	Qué sí es
<p>Un modelo único y concreto de intervención.</p> <p>Sólo psicoterapia.</p> <p>Una práctica que sólo se ejerce en el</p>	<p>Una especialidad de la profesión.</p> <p>La psicoterapia, en sus diversas formas, es uno de los métodos que utiliza, sólo o en combinación con otros, como pueden ser la</p>

<p>ámbito sanitario (y salud mental).</p> <p>Está destinado a diagnosticar y tratar psicopatologías.</p> <p>Un modelo nuevo que acaba de surgir.</p> <p>Una especialidad que sólo existe en EE.UU.</p> <p>Un modelo para tratar a los casos individualmente.</p> <p>Una práctica profesional que no cuestiona el sistema ni defiende la justicia social y los derechos humanos.</p>	<p>intervención social, la mediación, o la defensa.</p> <p>Se puede ejercer en cualquier contexto de la práctica profesional.</p> <p>Interviene sobre los factores psicosociales que pueden causar patología física y/o mental, y sus consecuencias.</p> <p>Nace en los años 60 en EE.UU como especialidad y sus orígenes se remontan al inicio de la profesión.</p> <p>Una especialidad que existe en EE.UU, Canadá, Puerto Rico, Alemania, Suiza, Noruega, Australia, Sudáfrica...</p> <p>Cuenta con métodos de intervención individuales, grupales, familiares y comunitarios.</p> <p>Los métodos del TSC persiguen mejorar el bienestar psicosocial y su meta final es siempre la emancipación, la justicia social y los derechos humanos.</p>
---	--

Fuente: Colegio Oficial de Trabajo Social de Santa Cruz de Tenerife, 2019:6

Los primeros textos sobre TSC aparecen en España en la década de 1990, de manos de autoras, profesionales y/o académicas como Amaya Ituarte, Josefa Fombuena Valero, Josefa Cardona Cardona, Juan Manuel Herrera Hernández o Francisco Gómez Gómez. Esta vertiente se ha expandido en países como Chile y México, donde se encuentra en aras de la especialización concreta. Algunos de los países en los que el Trabajo Social clínico está consolidado a través de sus programas educativos son:

- Alemania. Máster Europeo en Trabajo Social Clínico. Universidad de Ciencias Aplicadas Alice Salomon.
- EE.UU. Diplomado en Trabajo Social Clínico. Asociación Nacional de Trabajadores Sociales (NASW).
- Puerto Rico. Maestría en Trabajo Social Clínico. Universidad Ana G. Méndez (UAGM).
- Sudáfrica. Máster en Trabajo Social Clínico. Universidad Cape Town.

Fuente; Colegio Oficial de Trabajo Social de Santa Cruz de Tenerife, 2019:10.

Por su parte, la socioterapia es “es una nueva alternativa de intervención profesional del Trabajo Social y una nueva terapia alternativa de atención para personas y grupos con problemas interpersonales e intragrupal de índole social, o sea, de convivencia” (Zamora s.f.)

Desde el punto de vista profesional, fundamentalmente, porque puede desarrollarse

desde un nuevo ámbito laboral, desde el libre ejercicio profesional. La Socioterapia puede ser ejercida de manera privada y esta modalidad resulta una novedad y una gran oportunidad para el colectivo profesional argentino. Debemos acotar que el colega de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires está habilitado por Ley Nacional para ello (Ref. Ley Profesional N° 23.377/86” (Zamora, -s.f.-)

Sin embargo, en México aun no hay una regulación o norma que establezca a la socioterapia como una acción legal como práctica independiente por parte de los trabajadores sociales, a menos que tengan estudios alternos como psicología o maestría en terapia familiar que puedan avalar su practica independiente como terapeutas.

Desde otra perspectiva profesional, Liliana Calvo indica que desde 1970 De Oliveira Lima define a la Socioterapia como una nueva visión del Trabajo Social. Asi mismo refiere que la Socioterapia realizada con modalidad gestáltica consiste en un proceso de acompañamiento promocional socioeducativo experiencial, integrativo y holístico (Calvo: 2004)

Encuentros epistémicos entre la Socioterapia y el Trabajo Social clínico - TSC	
Trabajador social clínico	Socioterapeuta
<p>- Objetivo: el Trabajo Social clínico es un área especializada de práctica del Trabajo Social enfocada a la valoración, diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad mental, los trastornos emocionales y otras alteraciones del comportamiento. La terapia individual, grupal y familiar son modalidades comunes de tratamiento (Fuente: NASW)</p> <p>Herramientas para el diagnóstico y tratamiento:</p> <p>Familiograma, mapa de redes, diagnóstico social, revisión de expediente médico..</p> <p>- Duración: 1 sesión a la semana de 1 a 2 horas, tiempo a determinar.</p>	<p>- Objetivo: la persona participa, se hace responsable de su propio proceso, de sus elecciones y aprende qué cosas puede realizar por sí sólo y qué recursos externos le son de utilidad.</p> <p>Herramientas para el diagnóstico y tratamiento:</p> <p>El socioterapeuta capacita. (instruye, adiestra, ilustra, enseña, forma, informa, prepara), en síntesis, desarrolla la aptitud para evolucionar.</p> <p>Se apoya del sociograma y familiograma que nutren el diagnostico social.</p> <p>- Duración: encuentros semanales de una o dos horas de duración, con una frecuencia semanal, durante algunos meses.</p>

Fuente: elaboración propia a partir de varios autores.

Estas dos modalidades plantean atender problemas de violencia sexual, de pareja, problemas de convivencia familiar, pacientes con adicciones, atención a necesidades de la población lésbica, gay transexual, entre otros.

Conclusiones

El Trabajo Social clínico se está posicionado con fuerza para la práctica clínica independiente. No olvidemos que entre los/as creadores/as de algunas de las corrientes terapéuticas más utilizadas y reconocidas actualmente cabe citar a Virginia Satir (terapia familiar conjunta), Lynn Hoffman (enfoque constructivista), Steve de Shazer (terapia centrada en soluciones), Laura Epstein (terapia breve centrada en la tarea), Lynn Segal (terapia breve), Michael White y David Epton (modelo narrativo), quienes son trabajadores y trabajadoras sociales. Por ejemplo, en los hospitales psiquiátricos en México se requieren trabajadores sociales con una especialidad en Trabajo Social psiquiátrico para poder ejercer en una institución de atención a la salud mental, esto es fundamentar la fuerza epistémica de la disciplina mediante conocimientos específicos como el de la salud mental y todo lo que conlleva ese espectro. En el ámbito de formación profesional se brindan diversas capacitaciones, desde cursos a diplomado y maestrías acerca del Trabajo Social clínico; sin embargo, el tema de la Socioterapia queda relegado o se plantea en forma ambigua. En el ámbito estudiantil se deben reformular los planes de estudio de la licenciatura en Trabajo Social, propiciando la inclusión de materias de Trabajo Social clínico en su malla curricular, ya que ésta será la punta de lanza para la socialización de la práctica clínica individual del Trabajo Social en vías a encarar los problemas sociales a futuro.

3. Trabajo Social en salud mental, alcances y proyecciones

Introducción

La labor del o la profesionista en Trabajo Social en el ámbito psiquiátrico es poco recurrida, tanto a nivel académico como a nivel institucional. A nivel académico encontramos que en pocos planes de estudios se profundiza sobre el Trabajo Social psiquiátrico; en ocasiones hay solo una materia a lo largo de la formación del estudiante y en ocasiones, ninguna. En México es poco recurrido elegir ser un trabajador social psiquiátrico a pesar de que académicamente se cuenta con esta especialización. El campo de la salud mental es desconocido, poco recurrido y a veces hasta se estigmatiza dicha labor.

El primer tópico a analizar será el devenir histórico de la salud mental, para lo que retomamos a Lucía del Carmen Amico (2005), quien afirma que

en el siglo XVII se desarrollan interpretaciones naturalistas de la enfermedad mental como la astrofísica y la agroquímica, durante el siglo XVIII los trastornos mentales son considerados como un alejamiento voluntario de la razón que debía ser corregido mediante el internamiento y severas medidas disciplinares.

De este modo, los enfermos mentales eran encerrados y apartados de la vida comunitaria junto con indigentes, huérfanos, prostitutas, homosexuales, ancianos y enfermos crónicos (Amico 2015:19). En contraste con lo antes señalado, en la actualidad los hospitales psiquiátricos deben velar por la salud integral desde una óptica biopsicosocial en el marco de los derechos humanos.

Posteriormente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró los “Diez principios básicos de las normas para la atención de la salud mental”, basándose en los referidos principios de Naciones Unidas en los que se prioriza:

1. Perseverar la dignidad del paciente.
2. Tener en cuenta técnicas que ayuden a los pacientes a arreglárselas con los deterioros.
3. Reducir el efecto de los trastornos.
4. Mejorar la calidad de vida (Amico 2015:38).

Afecto: punto central en las relaciones familiares

Bowlby (1990) afirma que el intercambio afectivo es una de las interacciones más importantes en la vida del ser humano, debido a que el sentirse amado, respetado y reconocido potencia la satisfacción personal y el desarrollo humano al interior del grupo familiar; así mismo, el afecto es clave para comprender la dinámica familiar. En coherencia con las ideas expresadas, los niños desean ser amados, reconocidos y visibilizados; para ello actúan de acuerdo a los deseos de adultos significativos, es decir que sus comportamientos los enfocan a satisfacer las exigencias y demandas del adulto con el fin de no perder su cariño. En este sentido, Gimeno (1999, p. 69) recomienda “favorecer en el niño un apego seguro que proporcione estabilidad, cuidados básicos y afecto, pero que cultive al tiempo vinculaciones plurales que impliquen a otros miembros de la familia”.

Apoyo social y recursos familiares

A lo largo de su ciclo vital, la familia se enfrenta con numerosas situaciones que pueden producir ruptura de su homeostasis, como son las enfermedades graves o crónicas, dificultades económicas, crisis producidas en los cambios de las etapas del desarrollo familiar (formación, extensión, contracción). Ante estas situaciones, el funcionamiento de la familia puede seguir dos caminos diferentes: o poner en marcha mecanismos de adaptación para lograr nuevamente el equilibrio o la crisis familiar.

Estos mecanismos de adaptación y de apoyo se denominan recursos. Y de la cantidad y calidad de ellos dependerá el funcionamiento familiar. La *homeostasis familiar* depende de dos fuerzas antagónicas: los acontecimientos estresantes que actúan negativamente y el apoyo y los recursos familiares que actúan en forma positiva y compensadora.

Un cuidador primario será una persona de la familia -u otra miembro- que asume primariamente la responsabilidad para abastecer acciones de soporte, que asiste o ayuda a otra persona o grupo, con necesidades evidentes o anticipadas, visualizando una mejora en la condición humana o estilo de vida”.

Un acompañante terapéutico es la persona que se hace cargo de vigilar y atender a otro, ayudándole en sus tareas diarias (aseo, alimentación, desplazamiento, toma de medicación, etc.). Normalmente son mujeres, y en la mayor parte de los casos tienen una relación de parentesco directa con la persona que necesita los cuidados. Es una persona de la familia u otra que asume primariamente la responsabilidad para abastecer acciones de soporte, que asiste o ayuda a otra persona o grupo con necesidades evidentes o anticipadas, visualizando una mejora en la condición humana o estilo de vida. Sin embargo también podemos ver el lado ‘B’, que es el desgaste del

cuidador o acompañante terapéutico, a los que en ocasiones llega a absorberlos la enfermedad de sus pacientes. A continuación se enlistan los derechos de los cuidadores.

Derechos de los/as cuidadores/as

- El derecho a dedicar tiempo y actividades a sí mismos sin sentimientos de culpa.
- El derecho a experimentar sentimientos negativos por ver al enfermo o estar perdiendo a un ser querido.
- El derecho a resolver por sí mismos aquello que seamos capaces y el derecho a preguntar sobre aquello que no comprendan.
- El derecho a buscar soluciones que se ajusten razonablemente a sus necesidades y a las de sus seres queridos.
- El derecho a cometer errores y a ser disculpados por ello.
- El derecho a ser reconocidos como miembros valiosos y fundamentales de la familia, incluso cuando sus puntos de vista sean distintos.
- El derecho a quererse a sí mismos y a admitir que hacen lo que es humanamente posible.
- El derecho a admitir y expresar sentimientos tanto positivos como negativos.
- El derecho a “decir no” ante demandas excesivas, inapropiadas o poco realistas.
- El derecho a seguir la propia vida. · Síntomas de sobrecarga en el cuidador:
- Problemas de sueño
- Pérdida de energía, fatiga crónica, sensación de cansancio continuo, etc. · Aislamiento.
- Consumo excesivo de bebidas con cafeína, alcohol o tabaco, así como abuso de pastillas para dormir u otros medicamentos
- Problemas físicos: palpitaciones, temblor de manos, molestias digestivas, etc.
- Problemas de memoria y dificultad para concentrarse.
- Menor interés por actividades y personas que anteriormente eran objeto de interés. (Ávila 2014:56)

Modalidades del Trabajo Social psiquiátrico

Becerra y Kennell (2008) nos plantean las siguientes características de trabajar en el ámbito de la salud mental:

- el tipo de personas es particular son pacientes neuróticos, o enfermos mentales
- el trabajador social psiquiátrico no tiene la responsabilidad total del diagnóstico: comparte esa responsabilidad con el resto del equipo
- salvo raras excepciones el paciente no se presenta a solicitar la ayuda (generalmente es

traído por otra persona (miembro de s familia, funcionario policial, amigo, etc.)

- el trabajador social no trabaja solo con el paciente generalmente está tratando también a otros miembros de la familia
- el paciente esta tratado por el equipo terapéutico (Becerra y Kennel 2008: 134).

En conclusión

El trabajador social es pilar fundamental para el tratamiento del paciente, él es el encargado de estudiar a la familia, ya que el paciente es miembro de un sistema y no se puede visualizar como una entidad aislada sino que debe ser visto por el profesional en Trabajo Social como un todo, un detonante o un protector de la enfermedad mental.

El trabajador social genera programas de orientación familiar dotándolo de herramientas, preparando al familiar para manejar este padecimiento y así mejorando su estilo de vida aun a pesar de la enfermedad. Lamentablemente, el papel del trabajador social psiquiátrico es poco conocido y estigmatizado aun dentro del gremio de Trabajo Social. En pleno siglo XXI sigue existiendo rechazo para intervenir en esta área, en la que el sujeto de intervención es verdaderamente vulnerable. El trabajador social en salud mental atiende los aspectos de la situación que se orientan hacia su desarrollo desde una perspectiva de autonomía, dignidad e integración, trabajando de cerca con el paciente y su familia para brindarles soporte y orientación en el incierto y enigmático camino de las enfermedades mentales.

Bibliografía

Acosta, M., et al. (2012), *Trabajo Social en el área de salud. Perfiles y competencias profesionales básicas en el área de salud*, Tesis, Bogotá.

Amico L., (2005). *La institucionalización de la locura la intervención de Trabajo Social en alternativas de atención*. Edit. Espacio, Buenos Aires.

Ávila, G. (2014). *Sistematización de la práctica 'Familia y Salud Mental: Perspectivas psicosociales y Abordajes Terapéuticos*. (Publicación inédita) Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios, Zapopan, Jal., México.

Becerra R., & Kennel L. (2008). *Elementos básicos para el Trabajo Social en salud mental*. Edit. Espacio, Buenos Aires, Argentina.

Bowlby (1998) citado en Di Maio Campos Toledo, Laisa Regina (2015). *El tema del duelo en la práctica del trabajador social*. *Trabajo Social* 17: 239-252. Bogotá: Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.

Bowlby, J (1990). *Vínculos Afectivos: Formación, Desarrollo y Pérdida*. Madrid: Ediciones Morata.

Calvo, L. (2004). *Una propuesta de abordaje profesional orientada al Trabajo Social del Nuevo Milenio*. En Revista Margen N° 33. Disponible en <https://www.margen.org/suscri/margen33/calvo.html>

Di Maio Campos Toledo, Laisa Regina (2015). *El tema del duelo en la práctica del trabajador*

social. Trabajo Social 17: 239-252. Bogotá: Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.

Franco, Maria Helena (2005), citada en Di Maio (2015). *El tema del duelo en la práctica del trabajador social*. Trabajo Social 17: 239-252. Bogotá: Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.

Gimeno, A. (1999). *La Familia: el desafío a la diversidad*. Ed. Ariel, Barcelona.

Ituarte, A. (coord) (2017). *Prácticas del Trabajo Social Clínico*. Valencia: Nau Llibres, en Colegio Oficial de Trabajo Social de Santa Cruz de Tenerife, (2019) Guía breve de Trabajo Social clínico.

NASW. Clinical Social Work. <https://www.socialworkers.org>

Organización Mundial de la Salud (s.f.). *Cuidados paliativos*. Disponible en https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12587:palliative-care&Itemid=42139&lang=es#:~:text=El%20cuidado%20paliativo%20es%20la,ser%20f%C3%A4Dsicos%2C%20psicol%C3%B3gicos%20o%20espirituales.

Pérez, M. & Zamora, E. (2021). *Los cuidados paliativos y tanatología para la atención de personas con período corto de vida y sus familias*. Edit. ENTS-UNAM, México.

Pinkus et.al. (1977). *Education for the practice of clinical social work at the master's level: A position paper*. *Clinical Social Work Journal*, 5(4):251-68. En Colegio Oficial de Trabajo Social de Santa Cruz de Tenerife (2019), Guía breve de Trabajo Social clínico.

Sociedad Española de cuidados paliativos -SECPAL- (2014). *Guía de cuidados paliativos*. En <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/guiacpsepal-1.pdf>

Zamora, J. (s.f.). *Socioterapia: Un nuevo paradigma de intervención profesional y una pronta Salida hacia el Libre Ejercicio Profesional*. En revista Margen de Trabajo Social, disponible en <https://www.margen.org/articu/socioter.html>