



TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL:

**“EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN A LOS
ENFERMOS MENTALES: EL IMPACTO DEL
TRABAJO SOCIAL”**

Autor/a:

D^a. Celia Mínguez Sebastián

Tutor:

Maria Félix Rivas Antón

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO ACADÉMICO: 2014-2015

FECHA DE ENTREGA: 30 Julio de 2015

“El doctor está entrenado para que en sus estudios médicos pueda concentrarse en un campo restringido y estudiarlo minuciosamente. El Trabajador Social está entrenado para mantener los ojos abiertos en cada aspecto de la vida”.

(Dr. Richard C. Cabot. 1915).

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1. Objetivos del TFG.....	5
1.2. Resumen sobre el estado de la cuestión y breve referencia a la estructura.....	5
2. JUSTIFICACIÓN.....	6
3. ANTECEDENTES DE LA ATENCIÓN A LOS ENFERMOS MENTALES.....	7
3.1. Edad Media.....	7
3.2. Edad Moderna.....	7
3.3. Edad Contemporánea.....	8
3.4. Período de entreguerras.....	11
3.5. Consolidación del Estado de Bienestar.....	13
3.6. Consolidación del Estado Social.....	14
4. SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN A LOS ENFERMOS MENTALES.....	16
4.1. Contexto jurídico.....	16
4.1.1. Nivel Estatal.....	16
4.1.2. Nivel Autonómico: Castilla y León.....	16
4.1.3. Otras Autonomías.....	18
4.2. Dispositivos sanitarios.....	19
4.3. Dispositivos de carácter social.....	19
4.3.1. Equipo de Promoción de la Autonomía Personal (EPAP).....	20
4.3.2. Centros de Día de Salud Mental.....	20
4.3.3. Centro Residencial.....	21
4.3.4. Viviendas supervisadas.....	21
5. EL TRABAJO SOCIAL Y LA ENFERMEDAD MENTAL.....	21
5.1. El Trabajador Social Sanitario: organización y competencias.....	22
5.2. El papel del trabajador social en el campo de la salud mental.....	23

5.2.1. Comunicación del Trabajador Social con otros profesionales...	25
6. Conclusiones.....	26
7. Bibliografía.....	29
8. Anexos.....	32

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Evolución del número de enfermos internados por cada 100.000 habitantes en España.....	15
Tabla 2. Evolución del número de enfermos internados en manicomios en España.....	15
Tabla 3. Dispositivos y programas sanitarios para la atención a personas con trastorno mental severo.....	19

RESUMEN

Las enfermedades mentales han sido una constante en la historia, pero la atención que recibían las personas que las padecían no siempre ha sido el adecuado. El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de la atención que se ha prestado a los enfermos mentales y cómo se están desarrollando leyes y protocolos que permitan que el Sistema de Acción Social y el Sistema de Salud trabajen de manera conjunta en la atención a personas con enfermedad mental.

En los últimos años el diagnóstico de enfermedad mental ha aumentado, lo que ha supuesto que sea necesario crear dispositivos o recursos específicos para el tratamiento de personas con estas patologías; en ellos el Trabajo Social partiendo de sus conocimientos y técnicas proporciona una atención integral a las personas que padecen una enfermedad mental, al igual que a sus familiares.

Este Trabajo Fin de Grado pretende destacar el papel del trabajador social en salud mental, donde pone en práctica sus conocimientos; desarrollando su actividad profesional mediante una intervención centrada en la persona.

Palabras clave: Enfermedad mental, asistencia psiquiátrica, reforma psiquiátrica, Trabajo Social, Trabajador Social Sanitario.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Objetivos del TFG

Este trabajo tiene como objetivo contemplar la evolución de los trastornos mentales, y su comprensión bajo la óptica de los estudios del Trabajo Social y de la práctica que se desarrolla por los profesionales.

Es importante conocer los antecedentes de la atención que han recibido los enfermos mentales a lo largo de la historia, para en la actualidad desarrollar políticas que permitan regular cómo se ha de tratar a estas personas, con el fin de mejorar su calidad de vida. En la que el trabajador social tiene un papel decisivo puesto que trabaja tanto con la persona como con los profesionales del Sistema de Salud.

Antes de profundizar en el tema central de este trabajo es importante conocer qué es la enfermedad mental.

En 1948 la Organización Mundial de la Salud definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Siendo la salud mental “no sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

El DSM-V (2014: 5) define el trastorno mental como “un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental”.

1.2. Resumen sobre el estado de la cuestión y breve referencia a la estructura

Los trastornos mentales constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. Además, su impacto en la calidad de vida es superior al de enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias.

Según el Plan Estratégico 2011-2013 del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM); algunos datos sobre la relevancia de las enfermedades mentales en el mundo son (2011: 7):

- “Una de cada cuatro personas padecerá alguna enfermedad mental a lo largo de su vida.
- Unos 450 millones de personas en todo el mundo padecen alguna enfermedad mental.
- Las enfermedades mentales suponen el 40% de las enfermedades crónicas y la mayor causa de los años vividos con discapacidad.

Evolución de la atención a los Enfermos Mentales: el impacto del Trabajo Social

- El impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al que tienen otras enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias”.

En cuanto a la relevancia de las enfermedades mentales en España:

- Actualmente el 9% de la población española padece una enfermedad mental
- Se estima que entre un 19% y un 26% de la población padecerá un trastorno mental a lo largo de su vida.
- Más de la mitad de las personas que necesitan tratamiento no lo reciben y de las que están en tratamiento, un porcentaje significativo no recibe el adecuado.
- Un 1% de la población desarrollará alguna forma de esquizofrenia a lo largo de su vida. En la actualidad la padecen 400.000 personas y se cree que muchas otras están sin diagnosticar.

El Acuerdo 58/2003, de 24 de abril señala que “en Castilla y León se estima que, aproximadamente, uno de cada seis varones y una de cada cinco mujeres pueden padecer algún problema relacionado con la salud mental cada año, lo que supone una afectación de casi 450.000 personas. De ellos, los trastornos mentales graves afectan aproximadamente al 1-2% de la población general. Además estos procesos, constituyen una de las primeras causas de discapacidad y la séptima causa de muerte en la Comunidad Autónoma”.

Analizando los datos recogidos en el Plan Estratégico del CIBERSAM, se puede observar la gran cantidad de personas que se encuentran afectadas por una enfermedad mental, y cómo el número de afectados va a aumentar con el paso de los años, de ahí la importancia de desarrollar un sistema de atención específico para tratar estas patologías; trabajando de manera conjunta el ámbito sanitario y el social, para conseguir que el enfermo pueda llevar una vida completamente normalizada, y no sea estigmatizado ni excluido de la sociedad.

Este trabajo se divide en dos partes, la primera donde se plasma el desarrollo desde la Edad Media hasta la actualidad de la atención que han recibido los enfermos mentales, permitiendo la creación de una ley en la que se recogen los derechos de estas personas. Y una segunda parte centrada en destacar la importancia del papel del trabajador social en el ámbito de la salud mental.

2. JUSTIFICACIÓN

El motivo por el que he centrado este trabajo en la atención que han recibido las personas que padecen una enfermedad mental a lo largo de la historia, es el haber realizado las prácticas en una asociación que atiende a enfermos mentales, y la importancia del Trabajo Social en este ámbito.

3. ANTECEDENTES DE LA ATENCIÓN A LOS ENFERMOS MENTALES

Hasta hace muy pocas décadas, los recursos asistenciales disponibles para cubrir la asistencia al enfermo mental han sido muy escasos. A esto se le une que la pobreza puede ser un factor determinante en el desarrollo de ciertas patologías, dado que puede implicar aislamiento social o baja autoestima. Históricamente se puede deducir que las posibilidades de éxito terapéutico se relacionan con las posibilidades económicas o estatus social que el paciente psiquiátrico tenga.

El tratamiento del “loco” ha variado desde posturas de reclusión y aislamiento social severo a posturas de puertas abiertas.

3.1. Edad Media

Durante la época medieval los hospitales nacieron de la caridad cristiana y podían ser de dos tipos: los que estaban situados en las ciudades y los situados en zonas rurales, que eran simples dependencias de los monasterios.

El Medievo se ha considerado como una época de pobreza, penuria e indigencia. La pobreza podía llevar a la muerte, pero también a la locura, porque solía implicar soledad, rechazo social, sensación de impotencia y pérdida de la autoestima.

En 1400, Fray Luis Gilabert Jofré, trabajó para que se fundara en Valencia un hospital o una casa que acogiese a los locos que vagaban por las calles de la ciudad; finalmente, en 1409 se edificó el Hospital de Inocentes.

En 1410 entró en funcionamiento el Hospital de Santa María, el primer manicomio del mundo cristiano-occidental, con el propósito de resolver una necesidad social; donde se trataba de evitar la inactividad, ya que se creía que la permanente ociosidad podía perturbar a los internos.

La fundación del primer manicomio de Valencia supuso la cristalización de una nueva concepción social de la locura.

3.2. Edad Moderna

En 1483, durante el reinado de los Reyes Católicos, se fundó en Toledo otro Hospital de Inocentes y Locos, promovido por el Nuncio de la Catedral de Francisco Ortiz, para lo que cedió varias de sus propiedades; lo que hizo que el nuevo hospital dependiera de la Iglesia. En 1489 se fundó en Valladolid otra casa de locos; y durante el siglo XV continuó aumentando el número de hospitales urbanos.

Durante el reinado de los Reyes Católicos se acentuó el proceso de concentración hospitalaria, sobre todo en las grandes ciudades, y una creciente secularización. Ya en la Edad Moderna España contaba con tres instituciones específicas para el tratamiento de locos (Valladolid, Toledo y Sevilla) y siete hospitales generales con departamentos para dementes (Barcelona, Zaragoza, Valencia, Palma de Mallorca, Lérida, Granada y Córdoba).

En 1526 Luis Vives propuso registrar a todos los pobres que mendigaban por las calles. La locura debía de hallar acogimiento en el hospital, había que excluir al loco, de entre los pobres; era necesario desarrollar una medida de saneamiento que lo pusiera fuera de la circulación social.

Durante la Edad Moderna, la imagen de la locura está más presente en el paisaje cultural de la época, el tratamiento de las enfermedades seguía sin ser una actividad exclusiva de los médicos con titulación universitaria y de los prácticos reconocidos por las autoridades. Aparecían los sanadores o curanderos, que gozaban de un gran reconocimiento social sobre todo fuera de las ciudades, la escasez de médicos y la ineficacia de la medicina unido a la superstición de la gente hacía aceptar con facilidad lo supuestamente divino, diabólico y lo mágico de la vida cotidiana.

En el siglo XVIII los hospitales continuaban impregnados de caridad religiosa, pero a lo largo del siglo fueron cada vez más controlados por los poderes públicos. En 1766 se creó el Hospital General de Madrid, pero el mal estado sanitario y la inexistencia de cuidados, enfermeros y médicos convertían las enfermedades más simples en graves y agudas. El confinamiento fue aumentando y los espacios para los enfermos iban escaseando; por lo que los enfermos quedaban aislados del exterior.

3.3. Edad Contemporánea

En el último tercio del siglo XVIII hubo cambios administrativos y policiales introducidos por Carlos III. El ingreso de los dementes debía de hacerse a instancias de los alcaldes de barrio y otras autoridades civiles, que sobre todo debían tener en cuenta el peligro de hacer violencia en otras personas o en las propiedades de otros. La locura se presentaba estrechamente ligada a alteraciones morales generadas por factores sexuales, formas de vida desintegradas, problemas económicos, relaciones familiares alteradas. Se hablaba más de prevenir que de curar.

En el siglo XIX la Ley de Beneficencia establecida en 1836 ordenaba la existencia de hospitales públicos, entre los que debían diferenciarse los establecimientos especiales para el tratamiento de los locos. En la mitad de este siglo, España toma conciencia del número de ingresos de enfermos mentales.

Cuando España se encontraba bajo la influencia francesa imitaba las reformas que ésta realizó en la primera mitad de siglo, consideró la locura como una amenaza social y definió un espacio específico de confinamiento. Se trataba de proteger a la sociedad del loco y a éste de la enfermedad que padecía, en un espacio en el que la locura era transitoria y curable.

Phlippe Pinel reflejó la necesidad de objetivar científicamente la enfermedad y la integración administrativa de la locura hasta entonces marginada. Este autor dividía la enfermedad de locura en cinco formas: la melancolía, la manía sin delirio, la manía con delirio, la demencia y el idiotismo.

Evolución de la atención a los Enfermos Mentales: el impacto del Trabajo Social

El desinterés por la creación de nuevos manicomios desembocó en la posibilidad de creación de estos o clínicas privadas con la pretensión de ofrecer prácticas asistenciales modernas y trato humanizado a los enfermos. Sobre todo se buscaba la tranquilización del enfermo, no había métodos correctivos, únicamente con paciencia, bondad, actuaciones cuidadosas, limpieza y buen sentido se cuidaba al enfermo.

En 1859 se logró un convenio con el Gobierno para el ingreso de enfermos judiciales a cargo del estado. A partir de ahí la situación comenzó a deteriorarse ya que dio lugar a que en 1860 la población reclusa se triplicara. El modelo del manicomio moral, importado de Francia, no se pudo implantar en España pese a los esfuerzos teórico-prácticos de algunos alienistas, ya que el número y la calidad de los manicomios no se correspondía con las necesidades de la población, sino con el grado de civilización alcanzado; por esto en España había pocos manicomios y de poca calidad.

En julio de 1931 el Gobierno Provisional promulgó un decreto de internamiento de enfermos psíquicos, que recogía casi íntegramente el anteproyecto de la liga; “todo enfermo psíquico debía recibir asistencia médica en España, bien en el medio familiar, bien en un establecimiento público o privado, cuya organización técnica correspondería al estado actual de la ciencia psiquiátrica”. Se preveían tres supuestos de admisión de los enfermos; por voluntad propia, por indicación médica o por orden judicial o gubernativa.

Se pretendió mejorar los manicomios descongestionándolos y convirtiéndolos en hospitales psiquiátricos activos. El hacinamiento de los enfermos en los manicomios hacía inviable la práctica de un tratamiento eficaz.

En 1936, la guerra civil española fue una inmensa locura colectiva, por la que muchísima gente tuvo que sobrevivir en circunstancias extraordinariamente tensas y precarias, al límite de sus posibilidades y recursos psicológicos. Los psiquiatras de la época afirmaron que no había habido un aumento significativo de las auténticas enfermedades mentales, en todo caso la guerra solo había revelado enfermedades ya existentes. La precariedad en los tratamientos afectaba también a los enfermos, ya que solo se les aplicaba las tradicionales medidas de contención.

En 1985, el Ministerio de Sanidad, elaboró un documento para la Reforma Psiquiátrica y la atención en la Salud Mental que publicaba la plena integración de la Salud Mental en la asistencia sanitaria general. Las comunidades autónomas siguieron la pauta indicada, aunque existió desigualdad entre ellas. Unas comunidades tuvieron una amplia gama de recursos mientras que otras poseían una elevada carencia.

Los cambios políticos de España hicieron que los hospitales se convirtieran en una simple arma de control social en manos de la Iglesia. La ideología en que se basó la fundación de tantos asilos u hospitales de todo tipo fue la caridad cristiana y su promotor principal fue Juan Luis Vives.

Evolución de la atención a los Enfermos Mentales: el impacto del Trabajo Social

Debido a esta ideología, surgió enseguida el trabajo organizado en hospicios, asilos y hospitales, figurando ya como medida terapéutica en las Ordenaciones del manicomio de Zaragoza de 1655.

En España, la asistencia del loco tuvo un carácter médico, mucho antes de que tras Pinel se institucionalizara la psiquiatría como especialidad. En el siglo XVIII el hecho de que la mayoría de los asilos de dementes estuvieran adosados a hospitales generales, hizo que el “status” del loco fuese similar al del resto de enfermos, de modo que en todos los Reglamentos hospitalarios de la época figuraba la obligación de los médicos de visitar y tratar a los enfermos de la mente.

En España se dieron las condiciones óptimas para que tuviera lugar el movimiento de reforma que a finales del s. XVIII se dio en Inglaterra y Francia y que, al establecer la figura del médico especialista como responsable definitivo de la asistencia al enfermo mental, inauguraba la asistencia psiquiátrica moderna. Pero, las instituciones de beneficencia se vinieron abajo, a partir de la Guerra de Independencia y, especialmente, de la represión que la siguió.

En la práctica, durante toda la primera mitad del siglo XIX no se hizo absolutamente nada en el terreno de la asistencia al enfermo, mental o no, permaneciendo en condiciones lamentables los mismos viejos manicomios.

Solo durante el corto trienio liberal (1820 a 1823) se dicta una ley de dementes ^[1], que no llegó a entrar en vigor, donde se ve la influencia de la burguesía afrancesada y que apenas tiene más trascendencia que la histórica, por haber sido la primera que se promulgó en Europa.

En 1849 ve la luz la Ley de Beneficencia ^[2], pero esta Ley no menciona los establecimientos para locos, y es lo que se intenta corregir en el Reglamento de 1852. El Estado se atribuye la obligación de atender a los enfermos mentales y como el número de internados era en ese momento llamativamente bajo, se pensó que bastaba con la construcción de seis manicomios nacionales, de los que sólo el de Leganés llegó a inaugurarse.

Dentro del proceso de consolidación e institucionalización del nuevo Estado, juega un papel fundamental el remodelamiento de la Iglesia, para ajustarla a las exigencias de la sociedad burguesa. Desaparecen la mayoría de las Órdenes religiosas y se les confisca muchos de sus bienes, pero se aumenta a cambio el clero secular, que pasa a constituir una nueva especie de funcionariado, encargado

^[1] Marca un hito fundamental de la historia asistencial español, al menos en el plano teórico, ya que sus previsiones no se llegaron a materializar. La Ley de 1822 contempló varias modalidades asistenciales (casas de maternidad, casas de socorro, socorros domiciliarios, hospitalidad domiciliaria y hospitalidad pública), disponiendo que la hospitalidad pública tuviera lugar exclusivamente para “enfermos que no pudiesen ser asistidos y curados en sus propias casas (art. 104)”.

^[2] Supone un paso más en la intervención pública: los fondos de la beneficencia particular se ponen al servicio de la asistencia pública. Disminución del papel del municipio y reforzamiento de la provincia y de la administración central. Según la naturaleza de los servicios, clasifica los establecimientos en: generales, provinciales y municipales.

de la instrucción y vigilancia de las normas morales. Las Órdenes que quedan se encargan de dos sectores básicos para el control de la población: la enseñanza y la beneficencia. Desde esta mitad de siglo se introducen en asilos y hospitales las Hermanas de la Caridad y, muy pronto, comienzan las fundaciones de la Orden de San Juan de Dios.

Los asilos de locos fueron sólo un lugar de recogida y exclusión en una sociedad que se preocupaba no de que no hubiera locos, sino de que no se les viera. La mayoría de los asilos públicos no contaban hasta casi finales de siglo con médicos propios; y sólo en 1885 se regula por Decreto ^[3] el ingreso de enfermos en ellos. Es significativo que el nuevo manicomio nacional de Leganés se pone bajo la dirección de un clérigo, igual que en Valladolid.

La Psiquiatría nació en España realmente, como casi 100 años antes que en Europa, en los manicomios privados, iniciando así una larga tradición que aún perdura en nuestros días. Ese fenómeno se dio en dos polos de mayor expansión demográfica y desarrollo industrial (Barcelona y Madrid).

La psiquiatría oficial fue casi inexistente durante todo el siglo XIX. Y es que entre 1800 y 1895 la población española se mantuvo en un estado de semi-estancamiento, por las guerras civiles, pérdida del imperio colonial, resistencias elementales a los cambios de estructura social y persistencia, de una sociedad agraria y pre-industrial.

Hasta prácticamente 1917 no se manifiestan claramente en España las primeras tensiones conflictivas propias de una moderna sociedad industrial. Si se tiene en cuenta que el incremento absoluto y relativo de los servicios sigue con bastante retraso al lanzamiento industrial, lo que permite un aumento importante de profesiones técnicas o liberales y su llegada a los centros estatales, se podrá comprender por qué la Psiquiatría española puede comenzar su despegue a partir de 1918 y, con mayor motivo, en un sentido moderno, a partir de la consolidación del capitalismo monopolista de Estado, en la década de los 60. Aunque todavía no haya podido superar el modelo asilar que para el resto de Europa fue característico hasta principios de este siglo.

3.4. Período de entreguerras

Entre 1915 y 1920 se produjo un considerable progreso en la vida económica del país, con un proceso de acumulación capitalista, un aumento de la mano de obra y la pauperización de las masas proletarizadas. Esto provocó un auge importante del movimiento obrero y de sus organizaciones sindicales, lo que incrementó la lucha de clases. Fue un período de grandes agitaciones sociales, que se agravaron con la depresión económica de 1921.

Estas circunstancias condicionaron un aumento de la morbilidad psiquiátrica en la

^[3] Los Reales Decretos de 1885 vienen a llenar el hueco existente en relación a la regulación y control de los internamientos

población española, lo que dio lugar a un incremento de la demanda social de internamiento psiquiátrico ^[4].

En 1922 el porcentaje de “dementes” acogidos en establecimientos sanitarios fue de 42 por cada 100.000 habitantes; cuando en 1874 el porcentaje había sido de 18 por cada 100.000 habitantes. Esto condujo a una expansión de los manicomios de “reclusión definitiva”, sobre todo de los pertenecientes a las órdenes hospitalarias, financiadas por donaciones particulares y por las pensiones recibidas de las Diputaciones Provinciales, legalmente responsables de la asistencia a los enfermos mentales indigentes.

La gran crisis social que se produjo entre 1921 y 1925 fue acompañada de un fenómeno de renovación intelectual, cultural y científica, por parte de los sectores más progresistas; de la burguesía liberal surge una “regeneración europeizante”. Esto da lugar a que muchos jóvenes fueron becados al extranjero para ponerse al día en las diversas ramas de la investigación científica; entre ellos médicos, neurólogos y psiquiatras, estimulados por la figura de Ramón y Cajal; que volvieron convertidos en neuropsiquiatras de sólida formación.

Estos profesionales se agruparon en dos núcleos, Madrid y Barcelona, y bajo la influencia de Ortega y Gasset se fundó en 1919 la revista “Archivos de Neurobiología”, que durante muchos años fue el órgano de expresión de la psiquiatría española.

A partir de 1923 los neuropsiquiatras caen en un cierto pesimismo, ante las dificultades que encuentran para llevar a cabo una reforma psiquiátrica. Por eso se dedican a sus consultorios privados, a la investigación neuropatológica y algunos acceden a la dirección de establecimientos psiquiátricos en los que poco pueden hacer debido a las enormes dificultades administrativo-jurídicas que encuentran.

Durante la Dictadura de Primo de Rivera no hay apenas cambios en la psiquiatría española, aunque sí se crearon algunas instituciones nuevas.

Con la II República en 1931 se aprueba un anteproyecto de ley que posibilita jurídicamente la reforma en profundidad de la asistencia psiquiátrica.

Aunque durante el período de 1931 a 1936 no se produjeron cambios en la estructura organizativa-administrativa y financiera de la asistencia psiquiátrica; se consiguieron algunos avances, como la creación del primer Dispensario de Higiene Mental en Madrid, entendido como un servicio abierto de hospitalizaciones breves, y consultas ambulatorias; y el Preventivo Municipal de Psiquiatría de Barcelona. Otro logro destacable fue la creación de la primera cátedra de psiquiatría en la Universidad Autónoma de Barcelona en 1933 ^[5].

^[4] E. Fernández Sanz en el discurso inaugural de la Sociedad Española de Higiene pronunciado en marzo de 1918, describió el lamentable estado de los manicomios españoles e hizo un llamamiento a los profesionales de la medicina para unir esfuerzos en sus demandas de mejora.

^[5] El 7 de julio de 1933 se crea la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad Central adscrita al Doctorado de Medicina, que tendrá en principio el carácter de enseñanza voluntaria.

Evolución de la atención a los Enfermos Mentales: el impacto del Trabajo Social

Los Gobiernos Republicanos apoyaron las inquietudes de los psiquiatras progresistas de aquellos años; así se creó el Consejo Superior Psiquiátrico que dictó las “Reglas para una Estadística Psiquiátrica Nacional”, y la normativa para la formación del personal auxiliar de los establecimientos psiquiátricos, públicos y privados.

De 1931 a 1936 se llevaron a cabo importantes campañas de sensibilización pública sobre problemas de salud mental. Pero todos estos intentos de renovación psiquiátrica quedaron truncados por la Guerra Civil.

Tras finalizar la Guerra la psiquiatría española quedó desmantelada casi por completo. Muchas de sus figuras más significativas desaparecieron, se exiliaron o fueron suspendidos. Los psiquiatras del bando vencedor, con una ideología y mentalidad conservadora, fueron los que ocuparon los puestos oficiales de mayor relevancia. Las reformas iniciadas durante la República se paralizaron o se abandonaron.

Al final de la guerra, en los manicomios españoles había acogidos pocos enfermos; algunos estaban casi vacíos, y muchos otros estaban desmantelados.

En 1943 la Dirección General de Sanidad decreta la creación de los Dispensarios de Higiene Mental (anexo 1), pero que se caracterizan por su poca actividad y la nula entidad en el conjunto de la asistencia psiquiátrica pública.

La asistencia psiquiátrica se presenta como algo caótico, desorganizado y asistemático. Por lo que es necesaria la creación de una ley que tenga como propósito organizar y planificar esa asistencia.

3.5. Consolidación del Estado de Bienestar

En 1955 se promulga una Ley por la que se crea el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica ^[6] (PANAP), que intenta “organizar con sentido de modernización y perfeccionamiento la Asistencia Psiquiátrica en España, constituyéndose en un organismo que establezca los principios, cometidos y normas por los que debe regirse la reforma”.

El PANAP fue una superestructura burocrática, que resultó muy costosa e inoperante, puesto que no tenía un campo de actuación concreto sobre la realidad psiquiátrica del país, por lo que era un organismo consultor, que en ocasiones fue tachado de ineficiente. Todo esto dio lugar a que en 1974 el PANAP terminaría por desaparecer como tal; y su red asistencial, pasaría a depender de la Administración Institucional de Sanidad Nacional.

A finales de los años 50 se inicia el proceso desarrollístico español, con el tránsito acelerado de una sociedad agraria y tradicional a otra más moderna, urbana e industrializada, con un importante correlato en la población de inadaptación, desarraigo, desintegración familiar, etc. Todo esto implica un progresivo aumento

^[6] Presidido directamente por el Ministro, tiene una secretaría permanente, siendo su primer secretario Fernández Turégano.

de la morbilidad psiquiátrica y el incremento de la demanda social de atención psiquiátrica. Esto influye en una expansión de las instituciones psiquiátricas de las órdenes hospitalarias.

Bajo una ideología supuestamente caritativa aparecen los verdaderos objetivos de los centros religiosos, la obtención de los necesarios beneficios económicos para la autofinanciación. Las órdenes hospitalarias disponían de enormes manicomios regionales, que institucionalizaban enfermos procedentes de diferentes provincias, desconectándoles de su medio de origen y dificultándoles su posterior reinserción social.

A finales de los años 60 se agudizaron las tensiones entre la Órdenes Religiosas y algunas Diputaciones.

A lo largo de los años, el número de internamientos psiquiátricos en el país no dejó de aumentar. Y este aumento de la demanda de internamiento se va orientando progresivamente hacia las instituciones de las Diputaciones, que estaban obligadas legalmente a prestar esa asistencia, dado el abandono por parte de la Seguridad Social. De ahí, que las Diputaciones se lanzasen a la construcción de nuevos manicomios más grandes, financiados por el Segundo Plan de Desarrollo de 1968.

Pero todas esas inversiones no se hicieron en función de una adecuada planificación para la reforma de la Asistencia Psiquiátrica, sino que se emplearon en la indiscriminada construcción de edificios de fachada lujosa estructurados manicomialmente, pero poco funcionales en la práctica.

Como consecuencia de la “modernización” económica de las instituciones psiquiátricas españolas se produjo a comienzos de los 70, la contratación de numerosos psiquiatras más o menos jóvenes. Se trataba de nuevos profesionales que pudieron tomar conciencia de las graves deficiencias de la Asistencia Psiquiátrica y la situación de abandono de la mayoría de los enfermos mentales del país, situación que se entiende debido al conservadurismo de la ideología psiquiátrica vigente hasta el momento.

Este hecho supuso una toma de conciencia que llevaría al replanteamiento de esa ideología, pasando de ser represiva y segregadora, a una seria y reflexiva autocrítica de la función social del psiquiatra y la búsqueda de alternativas doctrinales y prácticas, que tuvieran en cuenta la situación real del enfermo mental en la sociedad y en la institución, y que le posibilitase realmente una asistencia socializada y liberadora.

Estos cambios dieron lugar a duros enfrentamientos con las Administraciones, y públicamente surgieron continuos conflictos y escandalosas denuncias. Estos conflictos sirvieron para dar una cierta sensibilización a la opinión pública sobre los problemas de la salud mental.

3.6. Consolidación del Estado Social

Se produce un gran cambio en el concepto del enfermo mental, ya que pasa a ser concebido como “una persona sujeto de derechos y obligaciones que precisa de

Evolución de la atención a los Enfermos Mentales: el impacto del Trabajo Social

una intervención técnica, psicológica y social". El informe elaborado en 1985 por la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica favoreció el desarrollo de la reforma psiquiátrica en España.

Algunos de los puntos principales de este documento son: la integración de la psiquiatría y la salud mental dentro del marco sanitario, realizar una planificación basada en los principios de la psiquiatría de sector y comunitaria, la creación de equipos interdisciplinarios en Salud Mental y que la base de la asistencia ha de ser ambulatoria y garantizar los derechos civiles de los enfermos mentales.

La Ley General de Sanidad de 1986 estableció la integración de la asistencia psiquiátrica en el sistema sanitario general, el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma psiquiátrica y la descentralización del Estado con la progresiva transferencia de las competencias en materia de sanidad a las Comunidades Autónomas, constituyó el punto de partida y el marco que ha permitido el desarrollo de la atención a la salud mental en las últimas décadas.

Los objetivos del Trabajo Social en salud mental empiezan a tener como meta el esfuerzo por el proceso de normalización del paciente a su ámbito social.

Tabla 1. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE ENFERMOS INTERNADOS POR CADA 100.000 HABITANTES EN ESPAÑA	
Año	Número de enfermos
1874	18
1922	42
1931	99
1955	100

Tabla de elaboración propia realizada con los datos obtenidos en el libro González, M. (1980). *La transformación de la Asistencia Psiquiátrica*. Madrid: Mayoría

Tabla 2. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE ENFERMOS INTERNADOS EN MANICOMIOS EN ESPAÑA	
Año	Número de enfermos
1956	46.272
1960	51.041
1964	54.808
1967	62.835

Tabla de elaboración propia realizada con los datos obtenidos en el libro González, M. (1980). *La transformación de la Asistencia Psiquiátrica*. Madrid: Mayoría

4. SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN A LOS ENFERMOS MENTALES

Corresponde a los sistemas públicos establecer las intervenciones que pueden resultar efectivas para mejorar distintos aspectos de la situación de las personas con trastornos mentales severos y organizar los sistemas de atención para facilitárselas. Si bien el primer aspecto, el de las intervenciones, registra un consenso creciente, el relativo a la estructura y organización de los recursos sanitarios y sociales que permiten aplicarlas es mucho más diverso, al ser estos aspectos bastante más dependientes de los contextos sociales (culturales, políticos, administrativos) concretos en que se desarrollan.

4.1. Contexto jurídico

4.1.1. Nivel Estatal

- **Constitución Española (1978):** declara en el artículo 43 “1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”.

El artículo 49 especifica “los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”.

Artículo 50 “los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.

- **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad:** Señala en el artículo 20 de su capítulo III los criterios generales de prestación de asistencia a los problemas de Salud Mental. Posibilita el desarrollo por parte de las Comunidades Autónomas de diferentes instrumentos de planificación sanitaria, entre los que procede incluir los correspondientes específicos de salud de singular trascendencia.
- **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia:** contempla el sistema de atención, ayudas y prestaciones residenciales para las personas en situación de dependencia y sus familias

4.1.2. Nivel Autonómico: Castilla y León

- **Decreto 83/1989, de 18 de mayo, por el que se regula la organización y funcionamiento de los Servicios de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Autónoma de Castilla y León:** “La situación de la atención

psiquiátrica presenta algunos defectos estructurales y funcionales que hacen posible la coexistencia de recursos infrautilizados junto a otros centros y servicios masificados, que ponen de manifiesto el grado de descoordinación aún existente entre las diversas Administraciones Sanitarias Públicas.

La transformación de la asistencia psiquiátrica en esta Comunidad Autónoma se fundamenta en unos criterios que se establecen sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a dicha atención en el sistema sanitario general, la potenciación de los recursos asistenciales en el nivel comunitario, la equiparación del enfermo mental a otros pacientes, la hospitalización en las unidades psiquiátricas de los Hospitales generales, el desarrollo de servicios de rehabilitación y reinserción así como la ejecución de actividades preventivas en coordinación con los servicios sanitarios y sociales.

La reforma de los cuidados en salud mental debe hacerse bajo las premisas de aprovechar los recursos existentes, redefinir nuevas funciones y reconducir el esfuerzo volcado en los Hospitales Psiquiátricos hacia otros servicios nuevos, a medida que el proceso de transformación permita ir liberándolos para evitar de esa manera, situaciones de abandono. El objetivo general de la transformación de los cuidados psiquiátricos es el de su integración en el sistema sanitario general tanto en lo que respecta a los servicios psiquiátricos como a sus prestaciones”

- **Decreto 13/1990, de 25 de enero, por el que se regula el Sistema de Acción Social de Castilla y León:** “Se hace necesario desarrollar el Sistema de Acción Social de nuestra Comunidad Autónoma, integrado por recursos públicos y privados, en consonancia con la Planificación Regional, de manera que sean distribuidos de forma equitativa en el ámbito territorial de la Comunidad, garantizando el respeto a los Principios Inspiradores de la Ley.

Se considera necesario concretar en servicios y prestaciones básicas comunes que han de llevar a cabo todas las Corporaciones Locales a través de los CEAS, y regula la constitución y funcionamiento de los Equipos de Acción Social. Se establecen las diferentes actuaciones que han de realizar las Administraciones Públicas de la Comunidad Autónoma en el ámbito de los Servicios Sociales Específicos con la necesaria participación y colaboración de las Entidades Privadas”.

- **Acuerdo 58/2003, de 24 de abril, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba la estrategia regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León:** “Pretende establecer las bases de la más adecuada atención a este problema de salud en Castilla y León, con la doble finalidad de impulsar nuevas actuaciones de integrar y coordinar en un marco común las actividades que, formando parte de otros planes y programas, inciden en el ámbito material de la atención a los problemas de salud mental. Se asume como objetivo general el fomento en la prestación de servicios integrados de promoción de la Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica para la mejora de calidad de vida e integración social de las personas con enfermedad mental. Para ello se han establecido una serie de líneas

estratégicas prioritarias, fundamentadas en cuatro principios rectores: atención integral, enfoque comunitario, humanización de la asistencia y capacitación profesional, y, finalmente, atención a las necesidades específicas de colectivos y personas.”

- **Ley 8/2010 de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León:** incorpora la atención sociosanitaria encomendando su desarrollo a las Conserjerías competentes en Sanidad y Servicios Sociales.
- **Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León:** “Los servicios sociales son el conjunto de servicios y prestaciones para la prevención, atención o cobertura de las necesidades individuales y sociales básicas de las personas con el fin de lograr o aumentar su bienestar social. Estos servicios, como elemento esencial del Estado del bienestar, están dirigidos a alcanzar el pleno desarrollo de los derechos de las personas dentro de la sociedad y a promocionar la cohesión social y la solidaridad. Los cambios sociales de las últimas décadas y la evolución de las políticas sociales demandan un sistema de servicios sociales de responsabilidad pública que atienda con garantías de suficiencia y sostenibilidad las necesidades de las personas, cubriendo sus carencias y desarrollando sus potencialidades, consiguiendo incrementar el nivel de calidad de vida de aquellos. Se supera así el modelo de servicios sociales de carácter asistencial avanzando hacia un sistema en el que, aquellos que tengan el carácter de esenciales, se configuren como auténticos derechos subjetivos de todos los ciudadanos, exigibles ante los poderes y administraciones públicas y, en su caso, ante los órganos jurisdiccionales, como garantía máxima de su reconocimiento, respeto y protección”.

4.1.3. Otras Autonomías

- **Decreto 389/1994, de 15 de diciembre, por el que se regula la Salud Mental en Galicia:** En el artículo 14 define los dispositivos complementarios que se clasifican en unidades hospitalarias de rehabilitación psiquiátrica y unidades de apoyo comunitario. El artículo 15 define las unidades hospitalarias de rehabilitación psiquiátrica, y el artículo 16 recoge cuáles son las unidades de apoyo comunitario (pisos protegidos y viviendas de transición, unidades de apoyo social intermedio y unidades residenciales).
- **Decreto 155/1997, de 13 de noviembre, por el que se establece el régimen jurídico básico del Servicio Público de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental a efectos de su prestación con medios ajenos a la Administración de la Comunidad de Madrid:** El objeto de este Decreto es “establecer el régimen jurídico básico del Servicio Público de Atención Psiquiátrica y Salud Mental a efectos de la contratación para la gestión del mismo con Entidades no dependientes de la Comunidad de Madrid en base a lo dispuesto en el artículo 156.2 de la Ley 13/1995, de 18 de mayo, de Contratos de las Administraciones Públicas”
- **Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha:** señala en el Título V Capítulo 3 “la relación de funciones que debe cumplir el Sistema Sanitario y formula las actuaciones que debe llevar a cabo en materia de salud pública, asistencia sanitaria y salud laboral.

También regula una serie de actuaciones que debe realizar la Administración Sanitaria de Castilla-La Mancha en relación con la salud individual y colectiva, la evaluación del grado de cumplimiento en materia sanitaria y las medidas preventivas que pueden adoptar las Administraciones Públicas en caso de riesgo inminente para la salud. Por último, en este Capítulo se regula la inspección sanitaria, las infracciones y las sanciones en materia sanitaria y los órganos competente para imponer las sanciones”.

- **Plan Estratégico de Salud Mental de Galicia 2006-2011:** pretende lograr una atención integral a los problemas de salud mental equitativa, eficiente y de calidad.
- **Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2011-2016:** tiene por objeto “mejorar la salud mental de la población asturiana y hacer efectivo el respeto a los derechos ciudadanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental en Asturias”.

4.2. Dispositivos sanitarios

Los servicios sanitarios especializados en salud mental suelen articularse sobre una base territorial, en torno a Centros, Unidades o Equipos Comunitarios de Salud Mental que enlazan, por una parte con los servicios sanitarios generales - especialmente con el nivel de Atención Primaria y, por otra, con un conjunto de dispositivos de mayor especificidad, entre los que suelen ser habituales los de hospitalización diferenciados en función de la duración (Unidades de corta estancia, Unidades de media y larga estancia de carácter activo), o cobertura horaria (hospitales y programas de día).

Tabla 3. DISPOSITIVOS Y PROGRAMAS SANITARIOS PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL SEVERO	
Atención Primaria	Equipos/Centros de Salud Equipos de Enfermería Comunitaria
Servicios Generales de Salud Mental	Centros/Equipos de Salud Mental Comunitaria
Unidades de Hospitalización	Unidades de corta estancia en Hospitales Generales Unidades/Equipos de hospitalización alternativa Unidades de Media-larga estancia Hospitales de día Programas de Hospitalización parcial
Unidades de Rehabilitación	Centros de día/Unidades de rehabilitación
Dispositivos y Programas Específicos	Equipos de intervención en crisis Programas de gestión de casos Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario Equipos de Intervención precoz

4.3. Dispositivos de carácter social

Algunos de los dispositivos de carácter social para la atención de personas con discapacidad por enfermedad mental más utilizados actualmente son:

4.3.1. Equipo de Promoción de la Autonomía Personal (EPAP)

El EPAP es un equipo multidisciplinar que interviene con personas con discapacidad y/o dependencia que presentan problemáticas añadidas derivadas de esta discapacidad. Estos equipos dependen del Área de Servicios Sociales de la Corporación Local; y están compuestos por un psicólogo y otros técnicos que pueden ser un terapeuta ocupacional, un educador social o un trabajador social.

Tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y/o dependencia que presentan dificultades o carencias importantes en la atención de sus necesidades o su integración social.

El EPAP realiza tres funciones: asesoramiento a otros profesionales, a personas dependientes o discapacitados y a sus familias; ejecutan la valoración y diagnóstico a través de la elaboración de informes para el acceso a recursos específicos, para el dictamen inicial o de revisión de Dependencia o Discapacidad y para el acceso a recursos, entre otros; y también interviene en casos que ya están canalizados.

Según el Manual de funcionamiento de los Equipos de Promoción de la Autonomía Personal (EPAP), la intervención de estos equipos se divide en cuatro fases:

- Observación: con una duración de 2 a 3 meses, tiene como objetivo prioritario el enganche con el usuario y su familia, para poder realizar una valoración específica y establecer de manera conjunta el Programa Individual de Intervención (PII) en el que se establezcan los objetivos a conseguir según sus necesidades.
- Intervención: tiene una duración máxima de 18 meses, en los que se desarrolla el PII para conseguir los objetivos planteados a través de visitas en el domicilio, llamadas telefónicas, coordinación con otros profesionales, movilización de recursos, etc.
- Seguimiento: con una duración de hasta 6 meses, una vez finalizada la intervención se establece un período posterior para trabajar el desenganche y la conexión o derivación con otros recursos.
- Cierre: se puede producir por diferentes motivos, como son: la consecución de los objetivos planteados, el no avanzar en la consecución de los mismos en un tiempo razonable, por haberse agotado los plazos máximos previstos para la intervención sin haber logrado objetivos o por imposibilidad material de continuar la intervención.

4.3.2. Centros de Día de Salud Mental

Es un recurso destinado a desarrollar programas de rehabilitación y reinserción a la comunidad de personas con un trastorno mental grave.

El Boletín Oficial de Castilla y León (2012: 49393) ^[7] recoge en el artículo 8 que el servicio de Centro de Día ofrece “una atención integral a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de

^[7] http://www.fsc.ccoo.es/comunes/recursos/15609/doc126460_Acuerdo_de_dependencia.pdf

autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. Cubre, desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal”.

4.3.3. Centro Residencial

El artículo 6 del Boletín Oficial de Castilla y León (2012: 49391), señala que los Servicios de Promoción de la Autonomía Personal tienen por finalidad “desarrollar y mantener la capacidad personal de controlar, afrontar y tomar decisiones acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias y facilitar la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria”.

El servicio de Atención Residencial ofrece “una atención integral y continuada, de carácter personal, social y sanitario, que se prestará en centros residenciales públicos o acreditados, teniendo en cuenta la naturaleza de la dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona” (2012: 49391).

La prestación de este servicio puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial se convierta en la residencia habitual de la persona, o temporal.

4.3.4. Viviendas supervisadas

Se trata de un servicio Socio-sanitario destinado a personas con discapacidad leve o en riesgo de padecerla como consecuencia de su enfermedad mental. Están destinadas al alojamiento de un número reducido de personas, en régimen parcialmente gestionado y que forma parte de un proyecto para la mejora de la convivencia del colectivo de personas con discapacidad por una enfermedad mental.

5. EL TRABAJO SOCIAL Y LA ENFERMEDAD MENTAL

El Trabajo Social mantiene una larga relación con la medicina, lo que dio como resultado un proceso de mayor sensibilidad de esta hacia los problemas sociales.

La reforma sanitaria iniciada en 1984 introdujo a los trabajadores sociales en el campo de la atención primaria en salud. El hecho de que el Trabajo Social se centre tanto en el individuo y la familia como en la interacción con el entorno hace de este una profesión idónea para hacer operativo el abordaje de factores sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad

El trabajo social sanitario contribuye con su labor al fomento de la salud, del bienestar de la población y a desarrollar aspectos preventivos, diagnósticos, curativos, rehabilitadores y paliativos de la enfermedad, aportando la perspectiva social en una intervención integral del paciente.

Según datos de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS), actualmente más de una tercera parte de los trabajadores sociales de todo el mundo desempeñan sus tareas profesionales en el ámbito sanitario y, casi la mitad de todos los que existen en el mundo, ejercen actividades que tienen que ver directa o indirectamente con la salud de la población; por eso he considerado

importante que es necesario delimitar las funciones del trabajador social en el ámbito sanitario, puesto que la labor que éste realiza tiene el mismo valor, que el realizado por un médico o cualquier otro profesional de este ámbito.

5.1. El Trabajador Social Sanitario: organización y competencias

Ituarte (1992) define el Trabajo Social Sanitario como “la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso de salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que padecen en relación a las situaciones de enfermedad, tanto si influyen en su desencadenamiento como derivando de ellos”.^[8]

Para Colom (2008) la intervención de los trabajadores sociales sanitarios se centra específicamente en la enfermedad y sus efectos psicosociales, mediante la aplicación de métodos y técnicas específicas.

Según el Documento del Consenso sobre las funciones del profesional del Trabajo Social Sanitario (2013: 19), las funciones generales de este son:

- Colaborar en la inclusión de la perspectiva social en todas las actividades, ámbitos asistenciales y profesionales de los centros sanitarios.
- Detectar las situaciones de riesgo social que tengan relación con la salud de los individuos, las familias y la comunidad.
- Realizar el estudio y elaborar un plan de intervención que complete la atención integral del proceso de salud-enfermedad como parte del trabajo en equipo.
- Formar parte del equipo que elabore, desarrolle, implante y asesore a la persona enferma, a su familia y a la comunidad.
- Promover un uso adecuado de los recursos del Sistema de Salud, tanto en su gestión como en la cooperación con otros sistemas asistenciales, teniendo como finalidad garantizar la continuidad de cuidados y sostenibilidad de los recursos públicos.
- Fomentar la participación de profesionales de la salud en actividades comunitarias que promuevan la creación de entornos más saludables.
- Facilitar la comunicación y coordinación con el Sistema de Servicios Sociales y con otros sistemas que garanticen una atención integral.
- Impulsar y participar en actividades de promoción y prevención de la salud dirigidas a los individuos, las familias y la comunidad; así como a colectivos específicos por causa de enfermedad o exclusión social.
- Formarse de manera continuada.
- Diseñar y colaborar en proyectos de investigación relativos a la salud y factores psicosociales.
- Registrar la actividad realizada y cuando sea preciso emitir el informe social.

El Trabajador Social Sanitario desarrolla gran cantidad de funciones que realiza en diferentes áreas (2013: 21-25):

^[8] Ituarte, A. (1995) “El papel del trabajador social en el campo sanitario”

- Área de atención directa: se centra en la atención de individuos o grupos como consecuencia de sus necesidades de salud. Esta área se desarrolla a través de las siguientes actividades:
 - Información y orientación general sobre recursos sanitarios y sociales a usuarios
 - Intervención individual y familiar
 - Trabajo con grupos
 - Intervención comunitaria en el ámbito de la salud
- Área de Coordinación y Participación: está formada por aquellas actividades de interrelación entre sectores o instituciones, son:
 - Coordinación: entre niveles asistenciales dentro del sistema de salud, sociosanitaria y con otros recursos de la comunidad.
 - Participación: el trabajador social participa en las reuniones del Equipo de Atención Primaria, Servicio Clínico o Unidad Correspondiente; es miembro del Consejo de Salud de Zona y de Área de Salud; y forma parte de las comisiones existentes tanto de Atención Primaria como de Atención Hospitalaria.
- Área docente y de investigación: formada por:
 - Colaboración en actividades formativas
 - Investigación
- Área de gestión: son aquellas actividades de planificación, organización y evaluación orientadas a la consecución de objetivos de mejora en la calidad de la asistencia.

5.2. El papel del trabajador social en el campo de la salud mental

El ámbito de la salud mental es uno de los principales lugares para la práctica del trabajo social. El trabajador social es un miembro necesario, dentro del equipo terapéutico; con unas funciones específicas y concretas.

Siguiendo a Garcés Trullenque (2010: 335); actualmente, la atención sanitaria a los problemas de Salud Mental se realiza a través de una red de centros especializados como son los Centros de Salud Mental, Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, Unidades de Rehabilitación y Hospitales de Día entre otros.

En el Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre se especifican de forma más amplia las prestaciones, definiendo la cartera de servicios comunes de salud mental dentro de la Atención Especializada, del siguiente modo:

- Diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales
- Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.
- Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales, de conductas adictivas y de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia
- Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.
- Información y asesoramiento a personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

Evolución de la atención a los Enfermos Mentales: el impacto del Trabajo Social

En 2006 la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad en coordinación con las Comunidades Autónomas, las sociedades científicas y las asociaciones de familiares, impulsó la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, ya que uno de los objetivos estratégicos de el Ministerio de Sanidad y Consumo era la mejora de la atención a la salud mental en España.

La Declaración de Helsinki en Salud Mental, reconocida por España en 2005, considera la salud mental como “una prioridad sanitaria, económica y social”. La creación de esta Declaración instó a los sistemas sanitarios a formular estrategias que integraran la promoción y la prevención de los factores determinantes y de riesgo asociados a los trastornos mentales, las intervenciones terapéuticas, la rehabilitación, los cuidados y el apoyo social, potenciando la atención comunitaria y las redes integrales de cuidados y trabajando eficazmente para reducir el estigma asociado a la enfermedad, el enfermo y su entorno familiar.

Teniendo como marco de referencia esta Declaración, la Estrategia se fundamenta en un enfoque que combina la prevención de los trastornos mentales, la promoción de la salud mental, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, y la coordinación inter e intrainstitucional.

Tras la aprobación de la Estrategia, se ha continuado con un trabajo conjunto entre las Sociedades Científicas, las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad y Consumo, intentando unificar los esfuerzos dirigidos a la progreso de la atención en Salud Mental y con ello mejorar la calidad de los servicios prestados en todo el territorio nacional.

Garcés Trullenque (2010: 338) defiende que “la salud mental es parte de la salud integral de las personas y se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y con la capacidad de integración al medio social y cultural. Por tanto, el enfoque de la salud mental es mucho más amplio que el de la enfermedad mental y su tratamiento clínico y el equipo de salud mental trabaja en rehabilitación y reinserción social sin dejar de lado la promoción y prevención de la salud. En la práctica, el trabajador social en salud mental interviene conjuntamente con otros profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales,...) procurando la integración de las diferentes disciplinas”.

Se puede decir que se lleva a cabo un Trabajo Social que tiene que ver con la valoración de la interacción entre la experiencia social, biológica y psicológica del individuo, la cual proporciona una guía para la intervención clínica.

Este Trabajo Social puede implicar intervenciones tanto en la situación social como en la situación de la persona; y los tres fundamentos principales por los que el Trabajo Social Clínico produce el cambio son: (2010: 339).

- Por medio de la relación interpersonal.
- Por medio de cambios en la situación social.
- Por medio de cambios en las relaciones con personas significativas en el espacio vital de los individuos.

5.2.1. Comunicación del Trabajador Social con otros profesionales

El ámbito de la Salud Mental es un campo de intervención interdisciplinar, donde se encuentran diferentes profesionales, modelos teóricos, diversas formas de mirar una realidad, diferentes instituciones e ideologías políticas y sociales acerca de cómo se ha de realizar la atención. Según García, R. (2004) “si algo caracteriza el funcionamiento de la Salud Mental es su intervención en equipo; se ha de ofrecer integración, coherencia y articulación ya que, de lo contrario son imposibles actuaciones eficaces y de calidad. La interdisciplinariedad hace referencia al modelo de trabajo, al método con que se desarrolla y a la forma en que se aplican los conocimientos y las técnicas. Es una puesta en común, una forma de conocimiento, de entender y abordar un fenómeno o problemática determinada”.

Los trabajadores sociales en Salud Mental están integrados en un equipo interdisciplinario. La interdisciplinariedad es definida por Tizón como “el trabajo en equipo de personas y papeles pertenecientes a diversas profesiones y formaciones académicas que realizan un trabajo conjunto con los roles y funciones tradicionales de cada uno: psiquiatra, psicólogo, enfermera, trabajador social,...”

Algunas funciones que desarrolla el trabajador social en estos equipos son ^[9]:

- Función de atención directa: es la atención prestada a individuos, familias y grupos que presentan o están en riesgo de presentar problemas de índole social, en relación con un problema de salud. El objetivo de esta actuación se dirige a trabajar los propios recursos del paciente y la familia.
- Función preventiva, de promoción e inserción laboral: con el objetivo de conseguir la adecuación personal al medio social y familiar del enfermo mental, mediante la aceptación e integración del mismo.
- Función de coordinación: dentro del equipo de salud mental el trabajador social incorpora el factor social de los problemas de salud mental, colaborando en la continuidad de cuidados, aportando los recursos necesarios para la integración y reinserción social del enfermo mental, incluyendo su intervención en el tratamiento de los problemas psicosociales. Todo ello es una exigencia básica de la atención integral de salud, otorgándole el valor de una asistencia de calidad (Díaz, E., 2002). La importancia que lo social adquiere en la comprensión de la vulnerabilidad y la enfermedad, y el hecho de que cualquier tipo de intervención adquiere la categoría de acción terapéutica supone un necesario replanteamiento de las estrategias de salud mental (Pons, I. 2006).

Los profesionales del Trabajo Social basan uno de sus principales modos de intervención en la relación entre profesionales. El conocimiento y desarrollo de habilidades relacionadas con la relación y comunicación interpersonal, grupal y pública resulta esencial para un adecuado desempeño profesional.

^[9] Citados por Garcés Trullenque en “El Trabajo Social en Salud Mental” 2010

Es tal la importancia que tienen las habilidades sociales en Trabajo Social, que durante la formación universitaria, el futuro profesional tendrá que superar una asignatura creada específicamente para el desarrollo de estas habilidades, y que tiene como competencias específicas ^[10]:

- “Capacidad para trabajar y valorar de manera conjunta con personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades sus necesidades y circunstancias estableciendo una buena relación profesional al objeto de identificar la forma más adecuada de intervención.
- Planificar, implementar, revisar y evaluar la práctica del Trabajo Social con personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades y con otros profesionales.
- Apoyar a las personas para que sean capaces de manifestar las necesidades, puntos de vista y circunstancias.
- Interactuar con personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades para conseguir cambios, para promocionar el desarrollo de los mismos y para mejorar sus condiciones de vida por medio de la utilización de los métodos y modelos de trabajo social, haciendo un seguimiento con regularidad de los cambios que se producen al objeto de preparar la finalización de la intervención.
- Trabajar de manera eficaz dentro de sistemas, redes y equipos interdisciplinarios y «multiorganizativos» con el propósito de colaborar en el establecimiento de fines, objetivos y tiempo de duración de los mismos”.

Una manera de asegurar una buena comunicación entre el trabajador social y otros profesionales fue el II Plan Sociosanitario de Castilla y León, que se aprobó para favorecer la coordinación de las actuaciones y creación de un lenguaje común entre los profesionales de los Sistemas de Acción Social y de Salud.

6. Conclusiones

En Europa los trastornos mentales son la causa más frecuente de carga de enfermedad, y su impacto en la calidad de vida es superior al de enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias.

Como se recoge en el Plan Estratégico 2011-2013 del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental en la actualidad en España el 9% de la población padece una enfermedad mental. Y en el futuro esta cifra va a incrementarse.

Estos datos me han hecho plantearme qué futuro les espera a las personas que padezcan una enfermedad mental, qué atención se les va a prestar, qué dispositivos existen para atenderles y cuál es el papel del Trabajo Social en este ámbito.

Tras haber realizado mis prácticas en una asociación de enfermos mentales empecé a conocer qué funciones desempeña un trabajador social, pero al ser una

^[10] Guía docente asignatura Habilidades Sociales para el Trabajo Social Universidad de Valladolid Curso 2012-2013

Evolución de la atención a los Enfermos Mentales: el impacto del Trabajo Social

Asociación de familiares decidí centrar este trabajo en el impacto del Trabajo Social en salud mental en general, con el fin de averiguar las funciones reales del trabajador social en este ámbito en su totalidad.

El Trabajo Social está relacionado con la medicina desde sus inicios, pero siempre he tenido la sensación de que no se tiene tan en cuenta el informe que ha realizado un trabajador social que el realizado por un médico. Y es por eso que creo que si todos los profesionales conociesen las funciones exactas que desarrolla el Trabajador Social Sanitario, se tendría más en cuenta su labor, puesto que conocerían qué actividades desarrolla, con quién y con qué finalidad.

Durante mi período de prácticas pude asistir a reuniones con Equipos de Promoción de la Autonomía Personal (EPAP) y visitar la Unidad de Rehabilitación del Centro Asistencial Doctor Villacián, lo que me hizo preguntarme cómo se había conseguido desarrollar dispositivos y recursos tan efectivos en la atención a personas con enfermedad mental.

Destacando cómo se ha pasado de las políticas de encierro, donde se recluía a los “locos” lejos de las ciudades, intentando que no fuera visible un problema que cada vez afectaba a más personas, hasta la actualidad donde la atención, las actividades realizadas por los profesionales y los recursos existentes se fundamentan en la idea de que llevando a cabo una atención individualizada y centrada en la persona se puede conseguir la normalización y la mejora de la calidad de vida de este. En la que el trabajador social tiene un papel decisivo puesto que trabaja tanto con la persona como con los profesionales del Sistema de Salud.

El Trabajo Social cada vez está siendo más reconocido como profesión. Cabe destacar como cada vez con más frecuencia, cuando se realizan jornadas, cursos o charlas un trabajador social forma parte de los ponentes de estas. Aunque a priori no lo parezca, este hecho supone el reconocimiento del Trabajo Social por parte de otras disciplinas.

Muchos profesionales defienden que con la intervención desde el trabajo social sanitario se pretende aliviar el impacto de la actual crisis económica y ayudar a movilizar los recursos necesarios para poder retomar la situación de equilibrio. Ya que la enfermedad representa una pérdida en el equilibrio, tanto para el paciente como para su entorno más cercano, puesto que desorganiza el sistema familiar, por lo que genera una crisis circunstancial que interrumpe el discurrir normal de la vida de cada uno de los miembros. Por tanto se necesita conocer qué es una crisis, cómo pueden afectar las crisis en las familias y cuáles son las posibles respuestas familiares ante una enfermedad. De ahí la importancia del Trabajo Social Sanitario que permite actuar tanto con el individuo como con la familia y su entorno.

Se están desarrollando cada vez más protocolos de actuación en los que se determinan las funciones del Trabajador Social, pero creo que es importante que también se creen protocolos que tengan que ver con la comunicación de este con el resto de profesionales, puesto que una característica de la práctica del Trabajo Social es que se realiza mediante el trabajo en equipo con otros profesionales.

Evolución de la atención a los Enfermos Mentales: el impacto del Trabajo Social

En definitiva, hay que conocer los antecedentes de la atención que han recibido las personas con enfermedad mental, para tener presente lo que se hizo bien o mal, y poder desarrollar los recursos necesarios de la manera adecuada. Y destacar la labor del Trabajo Social en Salud Mental que va a prestar una atención integral a las personas que padecen una enfermedad mental, atendiendo a sus necesidades y las de su entorno, adaptándose a las diferentes circunstancias que le rodeen ya sean sociales, culturales o políticas.

7. Bibliografía

- Bermejo, F; Acorín, N. (1991). *Demencias: inicio de una década ¿los años del progreso?* Barcelona: MCR.
- (1973). *El asistente social en el tratamiento del enfermo psiquiátrico*. Pamplona: Universidad de Navarra
- Szasz, T. (1973). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu
- Santo, J; Carrasco, D. (1968). *Elementos de psiquiatría y asistencia psiquiátrica: para asistentes sociales, auxiliares técnicos sanitarios, criminólogos, etc.* Barcelona: Editorial Científico-Médica.
- Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica I*. México D. F: Fondo de Cultura Económica
- Goffman, E. (1988). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1969). *La asistencia del enfermo mental*. Madrid: Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica
- González, M. (1980). *La transformación de la Asistencia Psiquiátrica*. Madrid: Mayoría
- Rosen, G. (1974). *Locura y sociedad: sociología histórica de la enfermedad mental*. Madrid: Alianza.
- Bobes, J; Cervera, S. (1996). *Psiquiatría: calidad de vida y calidad de asistencia*. Barcelona: Laboratorios Manrini.
- Gómez Lavin, C; Zapata García, R. (2000). *Psiquiatría, salud mental y trabajo social*. Ediciones Eurate.
- Boné, I. (2010). *Vulnerabilidad y enfermedad mental. La imprescindible subjetividad en psicopatología*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

- Activos para la salud y promoción de la salud mental. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Bienestar Social.
- “Centros de día para personas mayores de la gerencia de Servicios Sociales: al servicio de tu calidad de vida”. Junta de Castilla y León”.
- López de Goicoechea, J. (2003). De Subventionem Pauperum. Los tratados sobre la pobreza en los orígenes del Estado Moderno. *Saberes. Revista de estudios jurídicos, económicos y sociales*, Volumen I, 28 páginas.
- Documento del Consenso sobre las funciones del Trabajador Social Sanitario. Junta de Castilla y León.
- Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social.
- Pileño Martínez, M; Morillo Rodríguez, F; Salvadores Fuentes, P; Nogales Espert, A. (2003). El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval. *Cultura de los Cuidados*, Número 13
- Garcés Trullenque, E. (2010) “El Trabajo Social en salud mental”. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

Evolución de la atención a los Enfermos Mentales: el impacto del Trabajo Social

- Guía docente asignatura Habilidades Sociales para el Trabajo Social Universidad de Valladolid Curso 2012-2013
- “Guía de intervención Trabajo Social Sanitario” (2012). Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat.
- (2005) Instrumento de evaluación para Sistemas de Salud Mental. *Organización Mundial de la Salud*, Versión 2.1.
- IMSERSO. (2007). “Modelo de Atención a las Personas con Enfermedad Mental Grave”. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
- Plan Estratégico 2011-2013 CIBERSAM. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental. Ministerio de Ciencia e innovación.
- II Plan Sociosanitario de Castilla y León. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad.
- (2010).Proceso integrado de atención sociosanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental. Servicios Sociales de Castilla y León.
- Bermejo, J. (2007) Psiquiatría y lenguaje: Filosofía e historia de la enfermedad mental. Rev Chil Neuro-Psiquiat
- Psiquiatría. Programa elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad y aprobado por la Secretaria de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia por Resolución de fecha 25 de abril de 1996. Ministerios de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Cultura.
- Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga. (2012). *Revista de Trabajo Social y Acción Social*, Número 51, 489 páginas.
- Salud mental y medios de comunicación: Guía de estilo. FEAFES Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales

→ **Bibliografía legislativa:**

- Acuerdo 58/2003, de 24 de abril, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba la estrategia regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León
- Constitución Española (1978)
- Decreto 83/1989, de 18 de mayo, por el que se regula la organización y funcionamiento de los Servicios de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Autónoma de Castilla y León
- Decreto 13/1990, de 25 de enero, por el que se regula el Sistema de Acción Social de Castilla y León
- Decreto 389/1994, de 15 de diciembre, por el que se regula la Salud Mental en Galicia
- Decreto 155/1997, de 13 de noviembre, por el que se establece el régimen jurídico básico del Servicio Público de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental a efectos de su prestación con medios ajenos a la Administración de la Comunidad de Madrid
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad
- Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia

Evolución de la atención a los Enfermos Mentales: el impacto del Trabajo Social

- Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León
- Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León
- Plan Estratégico de Salud Mental de Galicia 2006-2011
- Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2011-2016

8. Anexos

Anexo 1

Fragmento del periódico ABC Sábado 19 de junio de 1943. Edición de Andalucía. Página 2. En el que se habla de la creación de los Dispensarios de Higiene mental

España para su paso a la Comisión de Hacienda. La ponencia quedará integrada por los siguientes señores procuradores: Don Luis Figueras Dotti, don Luis Sáenz de Ibarra y don Angel Bernardo Sanz Negués.

Proyecto de ley sobre confección de un crédito extraordinario de 329.278,50 pesetas para

Supremo, fecha 20 de febrero de 1942.

La ponencia designada para estos cuatro proyectos de ley que estudiará la Comisión de Presupuestos estará compuesta por los siguientes señores procuradores: Don Luis Carretero Blanco, don Ignacio Muñoz Rojas y don Gustavo Navarro y Alonso de Celada.

LA ACTUACION DEL GOBIERNO

Creación de dispensarios de higiene mental en Madrid, Barcelona, Valencia, Bilbao, Málaga, Jaén y Huelva

Madrid 18. Por el ministerio de la Gobernación se ha publicado una orden de 14 de junio de 1943, cuya parte dispositiva es como sigue:

Primero. Se crean dispensarios de higiene mental en Madrid (centro de higiene de Valsecas), Barcelona, Valencia, Bilbao, Málaga, Jaén y Huelva en los respectivos Institutos de Higiene y que constarán, además del lo-

cal de la consulta, de una pequeña sala con una o varias camas, según su capacidad para permitir efectuar los tratamientos ambulatorios biológicos, facultándose en las restantes provincias que dispongan de local suficiente a solicitar de este ministerio las instalaciones de estos centros.

Segundo. Por los jefes provinciales de Sanidad se elevará terna de especialista de psiquiatría de reconocida competencia que ejerzan en la provincia para que por este ministerio se designe aquel que interinamente con carácter gratuito haya de ejercer el cargo de jefe de dicho dispensario hasta que la plaza sea cubierta reglamentariamente.

Tercero. Por la Dirección General de Sanidad se darán a las Jefaturas provinciales cuantas instrucciones y aclaraciones se consideren necesarias para la mayor eficacia de estos servicios.

Disposiciones oficiales

Madrid 18. El "Boletín Oficial del Estado" inserta una orden de Educación Nacional por la que se nombra catedrático interino de Solfeo y Piano, del Conservatorio de Córdoba, con el sueldo anual de seis mil pesetas a don Antonio Pantón Pérez.

Solera Ramos

MARCA REGISTRADA

Bullullos del Condado