



Universidad de Valladolid

Trabajo Social y Salud Mental

No solo psiquiatría y Medicamentos

Lourdes Martín Virumbrales

4º Curso, Grado de Trabajo Social

Facultad de Educación y Trabajo Social

Universidad de Valladolid

Tutora Académica: M^a Félix Rivas Antón

Fecha de entrega: 30/06/2014

Resumen

La prevención, la detección precoz y el tratamiento de las enfermedades mentales deben plantearse con un enfoque multifactorial (físico, psíquico, social y económico).

El Trabajo Social en Salud Mental supone una actividad organizada, cuyo objetivo es contribuir a una mejor adaptación entre los individuos que padecen una enfermedad mental y su medio social, a mantener, mejorar y restablecer el funcionamiento social, promoviendo cambios, eliminando factores patógenos que favorezcan a la enfermedad, y dotando de los recursos que sean necesarios.

Teniendo en cuenta lo anterior, a lo largo del presente documento, se tratará de desarrollar la importancia del Trabajo Social en el ámbito de la Salud Mental.

Palabras Clave: Salud Mental, Enfermedad Mental, Paciente Psiquiátrico, Enfermo Mental, Trabajo Social, Trabajo Social Psiquiátrico.

Abstract

The prevention, the early detection and the treatment of mental disorders must be considered through a multifactorial approach (physical, psychic, social and economic).

The Social Work in Mental Health supposes an organized activity, which aim is to contribute to improve the adaptation between the individuals who suffer a mental disorder and their social environment, to maintain, to improve and to restore the social working, developing changes, eliminating damaging factors that favour the illness, and providing necessary resources.

By joining the previous text together and through the present document I will try to develop the importance of the social work in mental health field.

Key words: Social work, Mental disorder, Mental health, Psychiatric patient, Mental ill, Psychiatric Social Work.

Índice

| | | |
|-------|--|----|
| I. | Introducción..... | 5 |
| II. | Justificación..... | 8 |
| III. | Contexto Jurídico y de Política Social..... | 14 |
| | a) Introducción..... | 14 |
| | b) Textos Jurídicos y Sociales..... | 14 |
| | c) Incapacitación y Salud Mental..... | 16 |
| IV. | Papel del Trabajo Social en Salud Mental..... | 30 |
| | a) Evolución..... | 30 |
| | b) Rol del trabajador social en la actualidad..... | 32 |
| | c) Intervención del trabajador social en el ámbito de la Salud Mental..... | 34 |
| V. | Recursos Socio-Sanitarios en la Salud Mental..... | 39 |
| | a) A nivel local..... | 39 |
| | b) A nivel regional..... | 41 |
| | c) Proceso Integrado de Atención Sociosanitaria a Personas con Trastornos Mentales..... | 43 |
| VI. | Propuestas de Mejora y Opinión Personal..... | 45 |
| VII. | Conclusión..... | 49 |
| VIII. | Bibliografía..... | 51 |

Índice Gráficos

| | |
|---|----|
| Gráfico 1. Principales Asociaciones y Fundaciones Locales y Regionales Vinculadas a la Salud Mental..... | 26 |
| Gráfico 2. Referencia Regional Sanitaria..... | 41 |
| Gráfico 3. Dispositivos de la Red de Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León..... | 43 |

Índice de Siglas

AEN – Asociación Española de Neuropsiquiatría

CC – Código Civil

CE – Constitución Española

CEAS – Centros de Acción Social

C.R.P.S. – Centro de Rehabilitación Psicosocial

CSM – Centro de Salud Mental

CYL – Castilla y León

FEAFES - Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental

LEC – Ley de Enjuiciamiento Civil

OMS – Organización Mundial de la Salud

R.P.A. – Residencia Psiquiátrica Asistida

SACYL – Sanidad de Castilla y León

I. Introducción

Podemos entender por enfermos mentales a “aquellas personas que sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de su vida diaria, que además dificultan el desarrollo o mantenimiento de su autosuficiencia económica.” (Blanco y Pastor, 1997. Pág. 36)

En el contexto de este trabajo, es de remarcar que una de las consecuencias de estos problemas va a ser la discapacidad y la dependencia que frecuentemente generan, (Ramos y Díaz, 2005), por lo que “las enfermedades mentales deben plantearse con un enfoque multifactorial (psicoterapéutico, médico y socioeconómico)” (Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre el “Año Europeo de la Salud Mental- Mejorar el trabajo y aumentar la calidad de vida” (2013/C 44/06). Resumen y Recomendaciones, apartado 1.4)

La Salud Mental es una especialidad transversal que abarca tanto la Atención Primaria como la Especializada, y el Trabajo Social está presente en los distintos dispositivos de atención (Sanchez, 2009). Con su intervención, el trabajador social busca atender a los pacientes tratando de alcanzar el mayor nivel de calidad de vida y bienestar posible, ofreciendo siempre una atención integral a las necesidades y demandas presentadas por los enfermos mentales, en coordinación con el resto de profesionales de los Equipos Interdisciplinarios en los que se desarrolla su labor, tanto en atención primaria como especializada, y con el respaldo de diferentes teorías y normas jurídicas.

Es destacable la labor del trabajador social no solo con el paciente sino también con la familia del mismo, que, en muchas ocasiones, se ve desbordada con la situación, y con la población en general y su visión respecto la enfermedad mental y a los enfermos mentales, pues son muchos los mitos y estereotipos que rodean a estos pacientes, generando desigualdad y exclusión hacia ellos. Siguiendo a Guimón (2002), “los trabajadores sociales, por su parte, son los que mejores preparados están para asegurar el adecuado desempeño de las relaciones comunitarias”.

Esto no nos puede llevar a pensar que la labor del trabajador social para con los enfermos mentales se limita a lograr su inclusión en la sociedad, ya que el papel que juega el Trabajo Social en el ámbito de la Salud Mental es mucho más amplio como veremos posteriormente. El trabajador social cumple también las funciones de **prevención**, mediante el estudio de los factores patológicos que se encuentran en el medio social en el que se desenvuelven los pacientes; **ayuda diagnóstica y terapéutica**, tratando de lograr la disminución de la prevalencia de los trastornos mentales; y, **tratamiento en la rehabilitación**, tomando medidas orientadas a reducir la frecuencia e intensidad de las secuelas y de la incapacidad.

Esa capacidad para actuar en el ámbito de la Salud Mental, prestando una atención integral, abarcando todos los aspectos y necesidades que confluyen en el individuo, se debe a la adquisición de competencias propias del Título de Trabajo Social y al desarrollo de habilidades y aptitudes (empatía, respeto, actitud exenta de juicios, capacidad de comunicación, trabajo en equipo, iniciativa, creatividad o responsabilidad) que permitirán el desarrollo de la intervención de la manera más correcta posible. Estas competencias recogidas en la Guía del Grado de Trabajo Social de la Universidad de Valladolid y en el Libro Blanco del Título de Grado de Trabajo Social (2004), hacen referencia a la capacidad para trabajar y valorar de manera conjunta con personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades sus necesidades y circunstancias, ayudándolas a manifestar sus necesidades y puntos de vista, y a tomar sus propias decisiones fundamentadas; planificar, implementar, revisar y evaluar la práctica del trabajo social, dando respuesta a las situaciones de crisis, esto significa valorar la urgencia para la acción y responder a cualquier señal de riesgo potencial; actuar para la resolución de las situaciones de riesgo con los sistemas cliente así como para las propias y las de los colegas de profesión, lo que supone la evaluación, respuesta y tratamiento del riesgo para los usuarios donde el trabajador social ha de identificar y valorar la naturaleza del riesgo con y para ellos; administrar y ser responsable, con supervisión y apoyo, de la propia práctica dentro de la organización, con capacidad para dirigir y priorizar su trabajo, y para justificar y ser responsable de la propia práctica del trabajo social; por último, demostrar

competencia profesional en el ejercicio del trabajo social, mediante investigación, evaluación y uso del conocimiento actualizado de la mejor práctica del trabajo social.

II. Justificación

La razón de haber centrado este trabajo en la Salud Mental y a labor del Trabajo Social en este ámbito es que, tras haber realizado las prácticas en una institución que, entre otras tipologías, atiende a pacientes psiquiátricos, he detectado que es un tema apenas esbozado en la carrera. Por ello, mi Trabajo Fin de Grado lo he dedicado a entender mejor el tema de la Salud Mental.

A efectos de encuadrar el objeto de este proyecto podemos entender por población enferma mental, aquella que incluye a: “personas que sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves y crónicos como: esquizofrenia, trastornos maniaco-depresivos y depresivos graves recurrentes, síndromes cerebro orgánicos, trastornos paranoides y otras psicosis, así como algunos trastornos graves de la personalidad, que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria, tales como: higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc.; y que además dificultan el desarrollo de su autosuficiencia económica. Así mismo, muchas de estas personas han estado hospitalizadas en algún momento de sus vidas, variando su duración según los casos» (Goldman, Gatozzi y Tanbe, 1981).

Los trastornos mentales constituyen una circunstancia que se presenta en todas las culturas y pueden aparecer en cualquier edad. Los datos empíricos actuales muestran la incidencia de la salud mental en Europa y España. Sabemos que **una de cada cuatro** personas padece alguna enfermedad mental a lo largo de su vida, por lo que unos **450 millones** de personas en todo el mundo padecen alguna enfermedad mental. Para 2020 se espera que la **depresión** sea la causa de enfermedad número uno en el mundo desarrollado.

Centrándonos en Europa conviene destacar que los trastornos neuropsiquiátricos son la segunda **causa de carga por enfermedad**, sólo por detrás de las enfermedades cardiovasculares. En la Unión Europea, **18,4 millones** de personas con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años padecen cada año una depresión importante.

Todo ello hace que el **20% del gasto sanitario** en los sistemas sanitarios de la Unión Europea lo ocupan los procesos de tratamiento y rehabilitación de la enfermedad mental. El coste social y económico de la enfermedad mental se calcula en torno al **4% del PNB** de la Unión Europea, sobre los 182.000 millones de euros.

Concretamente en **España**, podemos decir que el **9% de la población** española padece en la actualidad una enfermedad mental, y algo más del **19% de la población** padecerá un trastorno mental a lo largo de su vida, cifra que se incrementará considerablemente en el futuro, de hecho, un 1% de la población desarrollará alguna forma de **esquizofrenia** a lo largo de su vida. En España la padecen 400.000 personas y se cree que muchas otras están sin diagnosticar.

Otro dato de interés es que la tasa de mortalidad por **suicidio**, ajustada para la edad y el sexo de las personas que padecen un trastorno esquizofrénico, es 9 veces mayor que la de la población general; en la depresión mayor el riesgo de suicidio se multiplica por 21, en los trastornos de la alimentación por 33 y en las toxicomanías por 86.

Es importante tener en cuenta que los trastornos que aparecen con mayor frecuencia a lo largo de la vida, son los **trastornos depresivos** (26,23%), seguidos de los **trastornos de ansiedad** (el 17,48%) y a continuación la **esquizofrenia** (1,02%).

Por último, el 18% de la población general, el 28% de los familiares e incluso el 20% de las personas con enfermedad mental crónica creen que las personas con enfermedad mental suponen un **riesgo** si no se las hospitaliza. Y el 56% de la población general confunde la enfermedad mental con el **retraso mental**. Lo que indica la falta de información que tiene la población acerca de este tema.

Todos los datos comentados nos dan una idea de la importancia de la Salud Mental y de las enfermedades que la obstaculizan, y por ello, la importancia de trabajar con los pacientes para lograr su rehabilitación y su integración social. También hay que tener en cuenta que el impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior

al de las enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias, y ahí la necesidad de intervención del trabajador social.

Como hemos apuntado, la enfermedad mental se da en todas las culturas, pero su consideración y tratamiento han variado de acuerdo con el contexto histórico, social y cultural.

La historia de la atención a la Salud Mental nos proporciona una visión multifactorial de las enfermedades mentales al mostrarnos como han influido todos los factores sociológicos y antropológicos en la perspectiva evolutiva del concepto de Salud Mental, siguiendo a Pileño, Morillo, Salvadores y Nogales (2003), podemos decir que las enfermedades tienen una historia, no solo porque aparecen en un momento dado, sino también porque algunas cambian de carácter a lo largo del tiempo, de agudas a crónicas, de virulentas a benignas. El hombre de cada época se ha enfrentado al problema de la Salud Mental en base a la cultura, la política, conocimientos, el avance de la ciencia,... propia del momento histórico, lo que debe ser considerado en la conceptualización clínica de las enfermedades, sobre todo de las mentales.

Debe tenerse en cuenta que la historia juega un papel relevante en este ámbito porque a medida que las culturas evolucionan aparecen nuevos tipos de enfermedad mental, como corrobora el hecho de que en Europa se pasara de las epidemias de locuras de danzantes (siglos XIII y XIV) a las posesiones demoniacas (siglos XVIII y XIX).

Un factor que ha incidido también en el desarrollo de la enfermedad mental ha sido la pobreza, que se ve asociada a diversas patologías. El binomio indigente-enfermo psiquiátrico se puede observar desde la época medieval, cuando 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 España podemos señalar como un hito en la historia del tratamiento de los enfermos mentales el hecho de que, en 1400, Fray Juan Gilabert Jofré se inclinó por los cuidados de estos pacientes, logrando que se fundase un hospital o una casa que

acogiese a los locos de vagaban por las calles de la ciudad de Valencia, de tal modo que no fuesen sueltos por la ciudad y no pudieran hacer daño. Como consecuencia, en 1409 se edificó el Hospital de Inocentes – primer manicomio cristiano-, cuya dedicación exclusiva era la atención de los enfermos locos. A los internos, se les obligaba a trabajar en la granja, en el jardín, en la limpieza y en los servicios, si eran hombres; cosiendo, tejiendo o confeccionando vestidos, si eran mujeres. Se trataba siempre de evitar la inactividad. Si eran desobedientes o se mostraban furiosos, se les azotaba, se les colocaban grilletes, incluso de forma permanente o se les encerraba en jaulas o gavias. Se les vestía con sayos hechos de jirones y con una caperuza de loco.

En nuestro país, durante los **siglos XV y XVI** continuaron proliferando por doquier los hospitales urbanos, hasta tal punto, que se llegó a la necesidad de integrar los pequeños hospitales y convertirlos en hospitales generales, con secciones o departamentos para dementes y locos. 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 vida cotidiana, apareciendo los sanadores o curanderos, que gozaban de un gran reconocimiento social sobre todo fuera de las ciudades.

Y es ya en el **siglo XVII** cuando la atención y los cuidados de los enfermos se basaban en la alimentación sana, abundante y variada, y se ponía especial esmero en la limpieza corporal de los pacientes mediante el baño.

En el **siglo XVIII**, aumentó la población española, desaparecieron las hambrunas y las grandes epidemias del pasado, creció la producción económica y surgieron expectativas de desarrollo de los recursos existentes. En este siglo, los hospitales continuaban impregnados de caridad religiosa, sin un tratamiento sistematizado y profesionalizado, pero la consolidación del Estado moderno supuso que en el último tercio de este siglo el poder público asumiera conciencia de su responsabilidad en este ámbito, 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.

Los estudios en el campo de la medicina manifestaban que el desorden social y moral producía alteraciones importantes en la conducta de los obreros, la locura se presentada estrechamente ligada a alteraciones morales generadas por factores sexuales, formas de vida desintegradas, problemas económicos, relaciones familiares alteradas.

En este momento el tratamiento de estos enfermos se enfocó hacia su aislamiento físico de la sociedad, pero de acuerdo con las nuevas concepciones médicas este aislamiento debía darse en unas condiciones determinadas. Los recintos, hospitales de locos, además de estar bien situados y disponer de un recinto vasto y espacioso, debían ser contruidos de manera que permitieran la separación de las diversas clases de locos, evitando que éstos se relacionasen entre sí, con el fin de prevenir la recaída.

Los cuidados al enfermo estaba enfocados hacia la relajación, no había métodos correctivos, únicamente con paciencia, bondad, actuaciones cuidadosas, limpieza y buen sentido se cuidaba al enfermo. Había habitaciones acolchadas para casos de agitación.

En **1914**, en España, se empieza a desarrollar la enfermería mental profesional. Los enfermos mentales son atendidos en dos sistemas: el penitenciario y el sanitario. En **1924** se crea la Escuela Nacional de Sanidad y en **1926** se inaugura una escuela de Psiquiatría dotada con toda clase de elementos para la investigación científica del enfermo mental y su tratamiento y curación. Se abordó la mejora los manicomios, descongestionándolos y convirtiéndolos en hospitales psiquiátricos activos. El tratamiento médico evolucionó a partir de **1940**, cuando fueron introducidas la insulina, el electroshock y las lobotomías como tratamiento para los pacientes con larga hospitalización.

En **1985** se da un punto de inflexión en la historia del tratamiento de la enfermedad mental, al elaborar, el Ministerio de Sanidad, 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.

Desde entonces y hasta 2006 (20 años después), han acontecido numerosos cambios de orden político, legislativo, conceptual y técnico que afectan a la salud de los ciudadanos y que han sido abordados de forma diferente por las instituciones sanitarias de las Comunidades Autónomas, generando diversidad enriquecedora pero también desigualdades. El resultado de reflexionar sobre todo ello es la publicación, en 2006, de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.

Continuando con la historia del tratamiento de las enfermedades mentales, creo que es necesario hacer referencia a la nueva reforma que se plantea del Código Penal, que afecta a los enfermos mentales, a los que considera “sujetos peligrosos” dada su enfermedad. Supone el juzgar a la persona y no al acto que comete, además de juzgar actos futuros, algo que no ocurre en ningún sistema democrático. Propone como medidas el internamiento indefinido (ya que se prolonga hasta que desaparezca la peligrosidad, y dado que la mayoría de las enfermedades mentales se catalogan como crónicas, la peligrosidad también) y la libertad vigilada. Como aclara **José María Monge**, presidente de FEAFES, esta reforma confunde enfermos mentales que sufren un brote psicótico en un momento determinado con psicópatas, quienes sí que saben que están cometiendo un delito, lo quieren cometer y se alegran de ello. La reforma “incide de modo severo en el factor seguridad en detrimento notable del factor reinserción y rehabilitación social” (AEN).

Hecho este breve esbozo histórico trataremos de analizar el papel que cumplen los trabajadores sociales en la atención a los mismos en el momento actual, no sin antes explicar uno de los mecanismos jurídicos de protección con el que cuentan los enfermos mentales, como es la incapacitación.

III. Contexto Jurídico y de Política Social

a) Introducción

Las medidas de protección del enfermo mental son tanto sanitarias como sociales, y todas ellas persiguen la remoción de los obstáculos que les impiden la plena participación y la inclusión en la vida social, logrando la aceptación social de los enfermos por parte de la comunidad. Pero es obligado también hacer referencia a los mecanismos jurídicos específicos cuyo objeto son los enfermos mentales, sobre todo cuando su discapacidad psíquica afecta a su capacidad de discernimiento.

b) Textos Jurídicos y de Política Social

Entre las normas jurídicas y sociales que abarcan la protección multifactorial de los enfermos mentales, destacamos los siguientes.

A nivel Europeo

- ❖ Plan Europeo de Acción para la Salud Mental (2013-2020).
- ❖ Proyecto de plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020.
- ❖ Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre el «Año Europeo de la Salud Mental — Mejorar el trabajo y aumentar la calidad de vida» (Dictamen de iniciativa) (2013/C 44/06). Que tiene por objetivo fortalecer la salud mental y concienciar a la opinión pública en un sentido amplio.
- ❖ Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre el Libro Verde – Mejorar la salud mental en la población – Hacia una estrategia de la Unión Europea COM (2005).
- ❖ Decisión de la Comisión de 10 de febrero de 2006, por la que se adopta el plan de trabajo de 2006 para la aplicación del programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008).
- ❖ Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humano y las Libertades Fundamentales (2010).
- ❖ Declaración de Helsinki en Salud Mental (2005).

- ❖ Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006)

A nivel estatal

- ❖ Constitución Española.
- ❖ Código Civil Español.
- ❖ Código Penal.
- ❖ Reglamento penitenciario (1979)
- ❖ Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.
- ❖ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- ❖ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- ❖ Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.
- ❖ Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria con esta finalidad.
- ❖ Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- ❖ Tribunal Constitucional, Jurisprudencia.
- ❖ Tribunal Supremo, Jurisprudencia.

A nivel comunitario: Castilla y León:

- ❖ Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León.
- ❖ 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
- ❖ Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica (CYL) (2003).

c) Incapacitación y Salud Mental

Creo necesario en el contexto de la Salud Mental hacer una breve referencia a la protección dispensada por el Ordenamiento Jurídico cuando la enfermedad afecta a la capacidad de raciocinio de las personas de manera permanente, a través de la institución de la incapacitación legal, y siempre dejando claro que incapacitación y enfermo mental no son términos que vayan necesariamente unidos.

Nuestro CC. tiene previsto determinadas instituciones legales para proteger de sí mismo y de terceros a aquellas personas que carecen de discernimiento o voluntad libre para poder actuar de forma consciente. Este recurso legal puede ser útil cuando la enfermedad mental priva al enfermo de esa capacidad de raciocinio.

Previamente debemos hacer una aclaración de la diferencia entre el concepto de capacidad jurídica y el concepto de capacidad de obrar. Nuestro sistema jurídico, y de acuerdo con el artículo 29 del CC, concede a los individuos personalidad jurídica desde el momento de su nacimiento con vida (artículo 30 del CC), como señala LASARTE, cuando se habla “jurídicamente de personalidad se está haciendo referencia al reconocimiento de alguien como sujeto de derechos y obligaciones”, (Lasarte, 2005:pág. 177). Ahora bien, la capacidad jurídica no significa poder ejercer válidamente los derechos y obligaciones de que se es titular, porque, continua diciendo dicho autor, la contraposición entre ser titular de derechos y obligaciones y ser capaz de ejercitarlas tiene importantes consecuencias teóricas y prácticas, siendo pues preciso hacer unas acotaciones terminológicas.

- **Capacidad jurídica** >> significa tener la aptitud o idoneidad necesarias para ser titular de derechos o/y obligaciones.
- **Capacidad de obrar** >> posibilidad, aptitud o idoneidad de una persona para ejercitar o poner en práctica los derechos u obligaciones que le sean imputables o referibles.

La plena capacidad de obrar se obtiene con la mayoría de edad. Por tanto, la declaración judicial de incapacidad es una institución encaminada a proteger a aquellas personas, mayores de edad, que no pueden ejercer voluntariamente sus derechos y obligaciones por carecer de la capacidad de discernimiento a la que hacíamos referencia. La incapacitación actúa restringiendo la capacidad de obrar de una persona determinada, pero la capacidad jurídica como aptitud para ser titular o sujeto de relaciones jurídicas, no puede ser ni suprimida ni limitada, nunca se puede privar de la aptitud para ser titular de derechos. En este sentido, podemos señalar que la sentencia 29 de abril de 2009 del Tribunal Supremo, apunta que la regulación actual es conforme a la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y, por tanto, propone “que se tenga siempre en cuenta que el incapaz sigue siendo titular de sus derechos fundamentales y que la incapacitación es solo una forma de protección”, y que “la incapacitación no es una medida discriminatoria porque la situación merecedora de la protección tiene características específicas y propias” (Mayor, 2013. Pág. 20).

Como garantía de los derechos de las personas solo puede determinarse la incapacitación a través de una sentencia judicial que establece la situación jurídica y el estatuto de persona incapacitada, y determina las figuras de protección que le correspondan.

El artículo 200 del CC señala que son causas de incapacitación judicial las “enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico, que impidan a la persona gobernarse por sí mismo”. Se presupone que todo mayor de edad es plenamente capaz de obrar, y que, por tanto, la incapacidad constituye una excepción, por lo que es un hecho que precisa de pruebas ya que crea un nuevo estado civil de dependencia.

Es indudable que un enfermo mental no incapacitado, es un sujeto formalmente capaz, independiente, y no sometido a potestad alguna y no tiene una prohibición genérica de actuar como le ocurre al judicialmente incapacitado.

Hoy cualquier enfermedad o deficiencia física o psíquica, siempre que sea persistente e impida a la persona gobernarse por sí misma, es causa de incapacitación. A partir de esta definición es que podemos establecer la diferencia entre enfermedad, y dentro de ella enfermedad mental, y deficiencia (Morante, 2001):

- Entendiendo por **enfermedad** los trastornos que afectan a la conducta y vivencia de las personas, que sobreviven por causas ajenas a ellas mismas, y que tienen un comienzo, una evolución, y, por lo general, un final.
- Por **enfermedad mental** entendemos un trastorno sustancial del pensamiento o del afecto que altera significativamente el juicio, la conducta, la capacidad de reconocer la realidad o la capacidad de afrontar las exigencias cotidianas de la vida. Producen en el sujeto una perturbación en las facultades psíquicas que tienen valor decisivo en los actos humanos.
- Y, por último, **la deficiencia** es una característica estable de la persona que restringe sus posibilidades de conducta o vivencias, conscientes o inconscientes. Las deficiencias son consecuencias de una enfermedad, y pueden tener origen genético o congénito. Suponen un deterioro o impedimento psíquico o físico de carácter previsiblemente estable.

Cabe insistir que solo cuando una enfermedad o deficiencia psíquica lleve aparejada la imposibilidad de autogobierno a una determinada persona, podrá tomarse en cuenta para la incapacitación.

De todo ello podemos deducir que para que se dé la incapacitación son imprescindibles dos condiciones (Morante, 2001):

- Una enfermedad o discapacidad que **impida el autogobierno**. Esto es que la persona no puede discernir e intervenir de forma normal en la vida de relación con los demás. Se refiere a la falta de idoneidad para administrar sus propios intereses. Y aquí podemos distinguir dos aspectos en los que se puede ver impedido el autogobierno, como son el personal y el patrimonial. Por lo que el Juez tendrá que tener en cuenta la actividad que desarrolla el presunto incapaz

y las responsabilidades que tenga entre manos. La misma enfermedad o deficiencia hará en un caso necesaria la incapacitación y en otro no. La imposibilidad de autogobierno debe referirse a la capacidad general del sujeto ante la vida social y no a su ineptitud ante una determinada relación o situación en que se encuentre.

- Una **enfermedad persistente**. En caso de que la enfermedad, sin ser persistente, se extienda en el tiempo se podrán asumir otras medidas menos definitivas que la incapacitación. La persistencia de la enfermedad no es incompatible con su carácter cíclico, pero, aunque se den periodos de lucidez, si la enfermedad es persistente, el demandado por incapacidad deberá ser incapacitado.

Con el objeto de proteger al presunto incapaz el procedimiento judicial establecido para su incapacitación es un procedimiento especialmente garantista, tal y como refleja LEC (Chimeno, 2004). Siguiendo el esquema de esta autora:

❖ **Objeto del proceso de incapacitación:** La finalidad del procedimiento de incapacitación es declarar que una persona carece de aptitud para autogobernarse debido a una enfermedad o deficiencia persistente de carácter psíquico.

❖ **Principios que rigen este proceso:** Estos principios son dos:

- **El principio de legalidad:** que supone que la incapacitación solo se da con una sentencia judicial, la declaración de incapacidad de un sujeto conlleva el nombramiento de la institución de protección necesaria dentro de las establecidas en la ley, la incapacitación es la excepción a la presunción de capacidad de obrar.
- **El principio de oficialidad:** el proceso de incapacitación implica presencia del interés público, así como el aumento de los poderes asumidos por el juez, asegurando las garantías que rodean a este proceso, y la sentencia de incapacitación no incurrirá en incongruencia cuando se base en hechos no alegados por las partes e introducidos al proceso por pruebas practicadas de

oficio. Es al juez al que le corresponde determinar el alcance de la incapacitación.

❖ **Partes en el proceso de incapacitación:** El proceso de incapacitación no se puede promover de oficio por el juez, sino que ha de ser iniciado a instancia de parte. El demandante inicia la acción fruto de una obligación impuesta a determinadas personas de promover la actividad jurisdiccional frente al presunto incapaz. Por lo tanto distinguimos entre:

- **Parte actora:** derecho genérico de cualquier persona a poner en conocimiento los hechos de una posible causa de incapacitación. La obligación (no derecho) de comunicarlo al Ministerio Fiscal, corresponde a las autoridades y funcionarios públicos.
- **Parte demandada:** que se corresponde con el presunto incapaz, parte indiscutible del proceso. Durante el proceso se le mantendrá la presunción de capacidad de obrar. Las causas de incapacidad se encuentran recogidas en el artículo 200 del CC. El incapacitado ha de padecer una enfermedad mental o deficiencia psíquica persistente que impida el autogobierno.
- **El defensor judicial:** quien asume la representación del presunto incapaz durante el proceso, sino asumiese ésta el Ministerio Fiscal. Es un mecanismo de “representación o de asistencia que la ley crea para completar o suplir la falta de capacidad natural..., no afectan a la integridad del derecho fundamental a la libertad de las personas, antes bien, contribuye a su salvaguardia como medidas que son protectoras de la persona y de sus bienes” (Sentencia del Tribunal Supremo de 9 de abril 1990). Este cargo podrá recaer sobre el Ministerio fiscal u otra persona designada por el Juez, dependiendo de quién inste la demanda de incapacitación.
- **La postulación:** se precisa la intervención de abogado y procurador, y pueden ser designados por el propio demandado, a través del defensor judicial o de oficio.

❖ **El procedimiento:** Podemos distinguir entre:

a) Actos previos al procedimiento: Han de descartarse así como las diligencias previas ya que es materia que sustrae a la disposición de cualquier persona (arts. 751.1 LEC; 1814 CC).

b) Fase de alegaciones

➤ **La papeleta de demanda:** que se tramitara por los cauces establecidos para el procedimiento verbal, como único medio de iniciación del procedimiento de incapacitación. Para ello será necesario que se determine la persona a incapacitar, que se solicite su incapacitación y que se promueva por una persona con legitimación activa (arts. 264.2, 757.1 y 2 LEC).

➤ **El emplazamiento:** del demandado en el procedimiento, asegurado por el defensor judicial. En caso de no darse el emplazamiento de ambos, demandado y defensor judicial, podría dar lugar a la indefensión. No cabe el emplazamiento por edictos (ha de asegurarse la presencia del demandado y no cabe la incapacidad por presunciones). Cuando el defensor sea un particular, habrá de personarse con abogado y procurador.

➤ **La contestación a la demanda:** dado que el objeto de este proceso está fuera del ámbito de disposición de las partes, no hay más contestación a la demanda que en el sentido de oponerse.

➤ **Acumulación de autos:** factible cuando la incapacidad del sujeto se promueve por distintos legitimados activos, en el mismo juzgado o en distintos. Dichos procesos se acumularan al procedimiento más antiguo, siendo competente el juzgado ante quien primero se presentó la demanda.

c) La prueba: Se entiende a la prueba como garantizadora del derecho fundamental a la libertad y al libre desarrollo de la personalidad, recogido en el artículo 10 de la CE, ya que el objeto del proceso afecta al estado civil de las personas.

➤ **La intervención del juez en el periodo probatorio:** el juez se sitúa como activo interviniente en el procedimiento. Interesándose por todo el material probatorio para ayudarse en su búsqueda de la verdad material. Podrá ordenar de oficio la práctica de medios de prueba (art. 752.1 LEC).

- **La prueba propuesta por las partes:** las partes tienen limitada su actividad en el periodo probatorio. **Artículo 752.2 LEC:** “La conformidad de las partes sobre los hechos no vinculará al tribunal, ni podrá éste decidir la cuestión litigiosa basándose exclusivamente en dicha conformidad o en el silencio o respuestas evasivas sobre los hechos alegados por la parte contraria. Tampoco estará el tribunal vinculado, en los procesos a que se refiere este título, a las disposiciones de esta Ley en materia de fuerza probatoria del interrogatorio de las partes, de los documentos públicos y de los documentos privados reconocidos”. **Artículo 281.3 LEC:** “Están exentos de prueba los hechos sobre los que exista plena conformidad de las partes, salvo en los casos en que la materia objeto del proceso esté fuera del poder de disposición de los litigantes”.
- **Diligencias de obligado cumplimiento:** son pruebas con dimensión constitucional, que garantizan la defensa y protección de la persona y su desarrollo. Son impuestas por la ley, sin perder la consideración de prueba. Son pruebas directas, legales, autónomas y obligadas, para demostrar, o no, ante el juez, los hechos introducidos en el procedimiento. Lo fundamental es que se practiquen ante el juez que ha de dictar sentencia. El procedimiento de incapacidad concluido por sentencia en la que no se hayan practicado alguna de estas diligencias será nulo. Estas pruebas pueden ser el informe del facultativo, el examen directo del enfermo mental o la audiencia a los parientes próximos.
- d) Tramite de informe:** Trámite por el cual las partes tomarán postura de las diligencias practicadas sin publicidad, e interesarán la graduación, extensión y límites del incapacitado. El juez declarará conclusos los actos para sentencia, que se dictara en los 10 días siguientes (art. 447.1 LEC).

❖ Sentencia y recursos

La sentencia que estima la incapacitación es de naturaleza constitutiva al crear una nueva situación jurídica que afecta al estado civil, de forma automática, una vez devenga firme, de quien ha sido declarado incapaz. Es el único medio por el que se

puede producir dicho efecto jurídico. Mientras que la sentencia que desestima la incapacidad es de naturaleza declarativa, ya que no altera el estado civil del demandado.

El contenido de esta sentencia se compone de la declaración de la incapacidad y del sometimiento del incapaz a un régimen de representación o asistencia, con precisión de la extensión y límites de la capacidad de obrar (art. 760.1 LEC). Las sentencias y el resto de resoluciones dictadas se comunicaran de oficio a los Registros Civiles para la práctica de los asientos que corresponda, y a cualquier otro Registro Público que proceda (art. 755 LEC).

Las partes pueden instar al recurso de apelación en el plazo de cinco días desde que la sentencia les es notificada (art. 455 LEC), quedando en suspenso la declaración de incapacidad. Contra la sentencia que resuelva el recurso de apelación, se puede dar el recurso extraordinario por infracción procesal (arts. 468 y ss. LEC), y el recurso de casación por interés casacional (art. 477.3 LEC). El planteamiento de uno excluye al otro. Por último, el recurso de revisión es casi inviable, ya que la prueba documental y testifical no será determinante para desvirtuar un fallo basado en las pruebas del art. 759.1 LEC.

❖ **Medidas cautelares**

Vienen reguladas en el artículo 762 de la LEC. Para algunos autores estas medidas tienen la finalidad de garantizar la ejecución de la sentencia, pero para otros éstas son medios jurídico-procesales que pretenden evitar que se realicen actos que impidan o dificulten la satisfacción de la pretensión. Otro objetivo de estas medidas sería, no la protección del demandante, sino evitar que la duración del procedimiento repercuta negativamente en los intereses personales y patrimoniales del demandado e indirectamente en terceros que sean dependientes de aquel.

Estas medidas son de carácter accesorio (dependencia del procedimiento principal de incapacitación), variable (posibilidad de modificación a lo largo del procedimiento si se

produjeran cambios en su presupuesto), instrumental (no pueden solicitarse medidas que no tengan que ver con el objeto principal del procedimiento) y provisional (se mantendrán mientras no devenga firme la sentencia).

Conviene explicar la distinción entre medidas cautelares y de protección. Siendo las primeras las adoptadas como medio de preservar de prejuicios al presunto incapaz en tanto no se resuelva el proceso, y, las segundas, las que se adoptan como contenido accesorio a la sentencia de incapacitación y son consecuencia de la acumulación de acciones en la demanda.

❖ **Rehabilitación y modificación de la capacidad**

Tras la sentencia de un proceso de incapacitación y, sobrevenidas nuevas circunstancias, puede instarse un nuevo juicio que tenga por objeto dejar sin efecto o modificar el alcance de la incapacitación y a establecida (art. 761 LEC). Este reexamen tratará de determinar si desde que se dictó la sentencia de incapacitación se ha producido algún cambio sustancial en la capacidad de autogobierno del incapaz que haga necesaria una adaptación de su status jurídico a las nuevas circunstancias. Y puede suponer la ampliación o reducción de las limitaciones de la capacidad de obrar de la persona, o dejar sin efecto estas limitaciones, recuperando el sujeto su capacidad plena de obrar.

Se regirá por los mismos principios y garantías que el procedimiento de incapacitación.

Corresponde formular la petición para iniciar el proceso a las personas mencionadas en el apartado 1 del artículo 757 de la LEC (presunto incapaz, el cónyuge o quien se encuentre en una situación de hecho asimilable, los descendientes, los ascendientes, o los hermanos del presunto incapaz), a las que ejercieren cargo tutelar o tuvieran bajo su guarda al incapacitado, al Ministerio Fiscal y al propio incapacitado.

❖ **Figuras de protección**

Dependiendo del grado de discrecionalidad observado por el órgano jurisdiccional – con independencia de lo pedido por las partes – se asignará al incapacitado una figura de protección. Lo que se persigue es intentar proteger lo más adecuadamente posible, mediante instituciones de guarda estables, a quien no es capaz de gobernarse por sí mismo (Cabrera, 1997; pág. 347). Así nos encontramos con:

- **Patria Potestad Prorrogada:** los hijos menores que hubieran sido incapacitados, quedan por ministerio de la ley sometidos a la patria potestad al alcanzar la mayoría de edad (art. 171 CC).
- **Patria Potestad Rehabilitada:** sobre los hijos solteros que viviesen con sus padres y alguno de ellos fuese incapacitado una vez alcanzada la mayoría de edad (art. 171 CC). Así mismo, la sentencia de incapacitación determinara que actos jurídicos podrá realizar el incapacitado.
- **Tutela:** órgano permanente en su existencia y en su actividad que se da cuando la capacidad de obrar ha sido extinguida totalmente, la incapacidad es absoluta. Están sometidos a tutela los incapacitados cuando así lo establezca la sentencia de incapacitación y también los menores no emancipados que no estén bajo la patria potestad, aquéllos sujetos a la patria potestad prorrogada cuando ésta cesa, salvo que procede la curatela y, por último, los menores en situación de desamparo (art. 222 CC).
- **Curatela:** se da en determinadas incapacidades, cuyo grado de protección solo exige que se asista al incapacitado en aquellos asuntos que la sentencia exija. El curador es permanente en cuanto a su existencia, pero intermitente en cuanto a su actuación. Su labor es de asistencia. La curatela de los incapacitados tendrá por objeto la asistencia para aquellos actos que expresamente imponga la sentencia que la haya establecido. Si ésta no dice nada, se extiende a los mismos actos en que los tutores necesitan autorización judicial (arts. 289 y 290 CC).

En el ámbito de la incapacitación de enfermos mentales se recurre a las personas jurídicas como entidades tutoras.

En el siguiente cuadro se recogen las principales asociaciones y fundaciones que, en coordinación con los centros y entidades públicas, persiguen la protección y atención de las personas con enfermedad mental en Castilla y León.

Gráfico 1



Fuente: Equipo Multidisciplinar del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid

❖ Internamiento (Aznar, 2003).

Realizadas las puntualizaciones sobre incapacitación legal, es necesario también referirse a la figura legal del internamiento del enfermo mental como garantía de los derechos del enfermo mental, y hemos de hacerlo teniendo presente la Ley 1/2000, de 7 de enero, y en especial a su artículo 763 (Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico).

Otra cuestión a tener en cuenta es la diferenciación entre internamiento e incapacitación, ya que son figuras independientes y no deben ir unidas. No toda incapacitación implica internamiento, ni todo internamiento implica incapacitación.

Las limitaciones a la capacidad civil de las personas internadas no deben ser una consecuencia automática del internamiento, sino deben ser adoptadas, si se considera necesario, de acuerdo con el proceso antes citado.

Nuestra Constitución (art. 17), de acuerdo con el artículo 5 del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales reconoce el derecho a la libertad persona y recoge algunos casos en los que es lícita la privación de este derecho, entre ellos, el internamiento de un “enajenado”, siempre con las garantías que deben rodear las privaciones de libertad. Superándose situaciones permitidas por la legislación anterior, como el Decreto 3 de Julio de 1931, por el cual, en España, era posible el internamiento en hospitales y manicomios sin existir declaración judicial de incapacitación, el ingreso suponía un control administrativo. La Ley 13/1983 otorga el control de los internamientos de los presuntos incapaces a los órganos judiciales, el internamiento precisa ahora de una sentencia judicial.

Al hablar del internamiento distinguimos entre dos modalidades: el internamiento voluntario y el involuntario (Aznar, 2003). Debemos aclarar que internar lo entendemos como ingresar a alguien en un sitio en donde está privado de libertad de movimientos. Los lugares idóneos para el internamiento serán aquellos centros de régimen cerrado o que no permiten el libre movimiento de los internos, en los que se cumplan medidas asistenciales, educativas y sanitarias (Fiscalía General del Estado).

La atención en régimen cerrado, es decir, el internamiento, supone colocar a una persona en una situación en la que se acentúa la potencial vulnerabilidad de sus derechos fundamentales. En el internamiento, la persona conserva la titularidad de sus derechos, por lo que el personal encargado de su atención ha de asumir que la dispensación de cuidados o las condiciones de la estancia deben ser compatibles con el respeto a esos derechos fundamentales del interno. En los establecimientos en los que se preste este tipo de atención deberán adoptar medidas dirigidas a fomentar y a estimular el ejercicio de los derechos de las personas allí atendidas (actuación positiva).

Nuestra Constitución (arts. 10, 15, 17) junto con el artículo 3 del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales prohíbe los tratos inhumanos o degradantes, entendiéndose por **trato inhumano** el aplicado con premeditación durante horas y que causa si no verdaderas lesiones, sí intensos sufrimientos físicos y mentales; y por **trato degradante** aquel que puede crear sentimientos de temor, de angustia y de inferioridad susceptibles de humillar a las víctimas, envilecerles y quebrar eventualmente su resistencia física o moral (Tribunal Europeo de Derechos Humanos). Cuando una persona está privada de su libertad, la utilización de la fuerza física, si no es estrictamente necesaria por su comportamiento, atenta contra la dignidad humana.

Teniendo en cuenta lo anterior, será más adecuado hablar de ingreso que de **internamiento voluntario**, pues en estos casos no existe verdadera privación de libertad, ya que se puede solicitar el alta y poner así fin a la estancia en el centro cuando se considere oportuno. En esos casos será necesario que conste el consentimiento del interesado en el documento correspondiente.

En cuanto al **internamiento involuntario**, conviene aclarar que no significa lo mismo que internamiento forzoso, ya que el forzoso es el que se hace en contra de la voluntad de una persona, pero el involuntario se da cuando no existe dicha voluntad (todo internamiento forzoso será involuntario, pero no todo internamiento involuntario será forzoso).

Hay que tener muy presentes las garantías que ha de rodear los internamientos no voluntarios. Así nos encontramos con que no basta cualquier trastorno mental para que se produzca un internamiento, sino que es preciso que tenga unas características y una amplitud que lo justifique; salvo en casos de urgencia, la existencia de un trastorno mental debe haberse justificado a través de un informe médico objetivo; el internamiento no puede prolongarse válidamente si no persiste el trastorno mental que lo determino; es necesario un control posterior que debe ser ejercido a intervalos razonables; será necesario el examen realizado personalmente por el juez; el dictamen de un facultativo designado por el juez; disponer de una peritación medica objetiva

que justifique la existencia del trastorno mental; es perceptiva la intervención del Ministerio Fiscal, que será oído por el juez antes de adoptar la decisión; se establecerá la audiencia de la persona que resulte afectada por la decisión; el juez podrá practicar las pruebas que estime relevantes para el caso; la representación y defensa de la persona afectada, y el recurso de apelación; y, en el caso de los menores, el informe de los servicios de asistencia al menor. Y una vez realizado el internamiento, los facultativos que atiendan al interesado tienen la obligación de informar al juzgado acerca de la necesidad de mantener la medida.

El órgano judicial competente para autorizar el internamiento ordinario será el Juzgado de Primera Instancia del lugar de residencia de la persona a internar, y el órgano competente para ratificar el internamiento urgente será el Juzgado de Primera Instancia del lugar en que éste ubicado el establecimiento en el que aquel se haya producido.

En los internamientos urgentes la obligación de comunicarlos al juzgado corresponderá al responsable del centro en el que se haya producido el internamiento.

El control judicial no se circunscribe solo a la revisión de la continuación del internamiento, sino que abarca también la protección de los derechos fundamentales durante la estancia en el establecimiento.

IV. Papel del trabajo social en el ámbito de la salud mental

a) Evolución

La sucesión de acontecimientos y la interrelación de los sistemas sociales han derivado en cambios en el trato, el cuidado y la atención médica hacia una mejor comprensión de las necesidades del paciente y la aplicación de nuevas teorías médicas.

Hasta hace 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.

Por su parte, el Trabajo Social siempre ha formado su cuerpo teórico y metodológico a partir de los conocimientos de otras disciplinas de las ciencias sociales, para dar una base científica a su intervención en las problemáticas sociales.

Los orígenes de esta profesión los encontramos en la beneficencia. Tras el aumento de la pobreza desatado por la Revolución Industrial, se produjo la tecnificación de la ayuda social, que supone una relación tanto de continuidad, por el mantenimiento el pensamiento conservador en las acciones interventivas, como de ruptura, por su incorporación al mercado de trabajo como una profesión asalariada dependiente de organismos estatales y la exigencia de cualificación técnica para su desarrollo (Mariela, 2004).

Durante el **siglo XVIII**, creció la producción económica y surgieron expectativas de desarrollo de los recursos existentes. Los hospitales, aun impregnados de caridad religiosa, fueron cada vez más controlados por los poderes públicos. En la sociedad del momento lo que se buscaba era proteger a la propia sociedad del loco y a éste de la enfermedad que padecía, en un espacio en el que la locura era transitoria y curable. El principal remedio para la locura sólo podía hallarse en un hospital bien organizado, y consistía en dominar y domar al loco.

Es en esa tecnificación de la ayuda social donde encontramos el origen del trabajo social en la salud mental. Diferentes psiquiatras empezaron a valorar los datos sociales y, con ello, la labor del trabajador social, que se va incorporando a los Equipos de Salud Mental (Garcés, 2010).

En este contexto, Mary Richmond es la primera en sistematizar un método de intervención en la profesión: el caso social individual (estudio, diagnóstico y tratamiento). Esta misma autora entendía por trabajo social psiquiátrico:

“Una rama del servicio médico-social de casos individuales que se ha desarrollado rápidamente después de la guerra, conocida con el nombre de servicio social psiquiátrico. [...] en el terreno mental, más todavía que en el terreno médico, el diagnóstico real depende en parte de la encuesta social, y el tratamiento que resulta de ello es una amplia cuestión de adaptación social” (Richmond, 1993: 142).

Atendiendo a lo anterior, vemos que la labor del profesional del trabajo social está encaminada a la adaptación de las personas al entorno social. Los cuidados de salud mental dependen de factores como la aceptación social y del derecho de los enfermos mentales a ser miembros de la comunidad.

Otro hecho que incidió en la influencia de la psiquiatría en el trabajo social fue la participación de EE.UU. en la Primera Guerra Mundial, al ayudar al tratamiento de las situaciones traumáticas de los soldados y tener que atender a las familias para lograr una adaptación familiar. Aquí vemos que el trabajo social no estaba ligado únicamente a atender situaciones vinculadas a la pobreza.

Siguiendo a Hamilton, G., el proceso de atención de pacientes psiquiátricos tiende a estabilizar o mejorar el funcionamiento del mismo con respecto a su adaptación social (Hamilton, 1992). Para ello el trabajador social deberá colaborar con el paciente en la identificación de su problemática, tratando de motivar el cambio.

Hasta ahora hemos visto que se trataba de adaptar al individuo, sus conductas y actitudes, a la sociedad, y la intervención con ellos se entendía como proceso para solucionar esas deficiencias para la adaptación. Y ahí la necesidad de recurrir a la medicina y a la psicología.

En las instituciones psiquiátricas, las funciones del trabajador social se dirigían a revincular y reinsertar al paciente al su medio socio-familiar. El trabajador social ha de atender todos aquellos aspectos sociales que impidan el proceso de recuperación del paciente.

Y así fue hasta mediados de 1960, cuando se produce una reconceptualización del Trabajo Social, replanteándose la práctica profesional, entendida desde un punto de vista basado en la desigualdad social en la que la profesión actuaba. La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental supone su especialización: Trabajo Social Psiquiátrico (Mariela, 2004). El Trabajo Social Psiquiátrico trata de ayudar a los seres humanos para el logro del desarrollo de sus capacidades, ayuda para reorganizar la personalidad del enfermo mental y, aquí, el trabajador social actúa como agente socializador (Mariela, 2004). El Trabajo Social trata sobre las causas sociales que obstaculizan la externación del paciente. Su objetivo es la normalización del paciente en su ámbito social.

Es en los años 80 cuando se produce un cambio en la concepción del enfermo mental, pasando a considerársele como una persona sujeto de derechos y obligaciones que precisa de una intervención técnica, psicológica y social. La Ley General de Sanidad, el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma psiquiátrica y la descentralización de las competencias en materia de sanidad, suponen el punto de partida y el marco para el desarrollo de la atención en salud mental (Garcés, 2010).

b) Rol del trabajador social en la actualidad

En España, actualmente, la atención a la Salud Mental se realiza en centros especializados, y se presta a través de los servicios especificados en el Real Decreto

1030/2006, es decir, diagnóstico y seguimiento clínico, continuidad asistencial, actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos, diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales, psicopatológicos y de conductas adictivas, atención a los trastornos de salud mental derivados de situaciones de riesgo o exclusión social, e información y asesoramiento a personas vinculadas al paciente. A partir de estos servicios, las Comunidades Autónomas pueden ampliarlos.

Se trata de combinar las acciones de promoción en salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el diagnóstico y tratamiento de pacientes, coordinación inter e intrainstitucional, y la adopción de medidas para la inserción laboral y social (Garcés, 2010). Un equipo de Salud Mental trabaja en la rehabilitación y reinserción social, y en la promoción y prevención de la salud.

“La salud mental 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” (OMS).

No debemos olvidar que es la población con la que se trabaja y su psicopatología la que define específicamente la intervención del Trabajador Social en Salud Mental. La labor del trabajador social se relaciona con la valoración entre la experiencia biológica, psicológica y social del paciente, proporcionando así una guía para la intervención clínica. Y es importante esta labor dado el interés del clínico por el contexto social en el que se dan los problemas tanto individuales como familiares (Garcés, 2010).

La práctica del trabajador social se ubica entre la política social destinada a salud mental, y las demandas de los pacientes y sus familiares. Supone un mediador entre la institución psiquiátrica y las demandas de los pacientes y sus familias. Este es uno de los mayores problemas de esta población, la falta de un sistema sanitario en salud mental basado en sus necesidades.

Los trabajadores sociales debemos tener claro que a la hora de trabajar con pacientes psiquiátricos, las dificultades no solo se encuentran en su enfermedad, sino también en la desigualdad social de la que son víctimas.

El trabajador social ha de partir de los conocimientos sobre el paciente y su entorno obtenidos en el proceso terapéutico, para tratar de cambiar el modelo de atención sanitario que no responde a las demandas de los pacientes, sino que son éstos quienes se subordinan a la institución.

Es importante reconocer que en el campo de la Salud Mental interviene un equipo interdisciplinar, es decir, que profesionales de diferentes disciplinas han de buscar la coordinación y coherencia en sus actuaciones para ofrecer una atención integral y de calidad.

La especificidad del trabajo social en salud mental viene determinada por la diferenciación de funciones respecto a los trabajadores sociales de otros ámbitos (Garcés, 2007).

Las claves para lograr el desarrollo del Trabajo Social dentro del ámbito de la Salud Mental son **la especialización** (marco normativo, marco propio de referencia conceptual, y capacidades y habilidades para las relaciones humanas), **la formación continuada** (incorporar la Salud Mental en el programa docente de los trabajadores sociales) y **la definición de un perfil profesional** (“El reconocimiento nos vendrá dado por lo que seamos capaces de hacer con éxito y por la capacidad de mostrar y divulgar lo que hacemos” (Ureña, 2006)). Se trata de definir el Trabajo Social y su labor en este ámbito, o en cualquier otro, para lograr su reconocimiento en la sociedad (Garcés, 2010).

c) Intervención del trabajador social en el ámbito de la Salud Mental

“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. [...] En la práctica, el trabajador social en salud mental interviene conjuntamente con otros profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales...) procurando la integración de la diferentes disciplinas” (Garcés, 2007).

Aunque dependiendo de la institución en la que nos encontremos de atención a la Salud Mental las funciones de los trabajadores pueden variar, sí encontramos unas funciones básicas orientadas por los objetivos del equipo. Éstas son (Garcés, 2007):

- **Atención directa:** a individuos familias y grupos, para trabajar sus recursos propios. Mediante el análisis de la demanda y detección de situaciones de riesgo y necesidad, la valoración socio-familiar, el diagnóstico social, la planificación de la intervención y la discusión de ésta con el equipo profesional.
- **Prevención, promoción e inserción social:** lograr la adaptación del paciente a su entorno social y familiar, a través de recursos normalizados o específicos, grupos de autoayuda y asociaciones.
- **Formación, docencia e investigación.**
- **Coordinación:** el trabajador social, dentro del equipo interdisciplinar, ha de incorporar el factor social de los problemas de salud mental, aportando recursos para la integración y reinserción del paciente. Ha de tratar los problemas psicosociales.

Los trabajadores sociales, al trabajar con enfermos mentales, y, más aun, al tratarse de enfermos mentales graves, han de estar atentos a las consecuencias sociales que de la enfermedad mental se derivan. Éstas van a conllevar una perturbación o limitación de una función, la incapacidad funcional, la dependencia, la sobrecarga familiar o la ausencia de la familia y de la red social (Garcés, 2010).

Para trabajar sobre estas consecuencias, podemos centrarnos en dos procesos, que son la rehabilitación y la integración social, dentro de las cuales, la intervención del trabajador social tiene más peso en la segunda, tratando de realizar un diagnóstico de la situación psicosocial, disminuir las situaciones de desventaja, y promoviendo la

adquisición de valores y hábitos sociales saludables. En cuanto a **la rehabilitación**, ésta tiene como objetivo “reestablecer el nivel de funcionamiento mental, físico y sensorial óptimo, que precede a un trastorno padecido por una persona” (OMS, 1983). Se trata de ayudar a que los individuos alcancen su mayor grado funcional posible y a que se integren en la sociedad. Así, **la integración social** se centra en el individuo en su relación con su contexto. Se interviene en el concepto social que se tiene de él. La integración social supone la participación del individuo en las distintas áreas de la vida social.

Para alcanzar todo ello, se diseña un proyecto individualizado en el que se combinan el entrenamiento y desarrollo de habilidades y competencias para funcionar efectivamente en la comunidad, y actuaciones en el entorno como la psicoeducación y el asesoramiento a familias para crear, de esta forma, una red de apoyos sociales para el paciente. (Rodríguez, 1997).

Según mi criterio y teniendo en cuenta la experiencia en la institución de prácticas y las entrevistas a trabajadores sociales que desarrollan su labor en el ámbito de la salud mental (Beatriz Fraile, trabajadora social Centro Hospitalario Benito Menni; Belén Ferradas, trabajadora social Hospital Universitario Río Hortega y Centro de Rehabilitación Doctor Villacián), entiendo que el trabajador social cumple una labor esencial al actuar como nexo y mediador entre el paciente, su familia, el psiquiatra y la institución. El trabajador social tiene un papel asistencial, en cuanto a la atención que presta a los usuarios atendiendo sus situaciones y demandas, y, además, portador de recursos económicos y sociales. Su herramienta principal es la entrevista semiestructurada, para llegar al conocimiento y comprensión de la situación de los usuarios, y ver el recurso más adecuado a sus necesidades.

Otro aspecto en el que el trabajador social actúa, y al que he hecho especial referencia, es en la incapacitación legal de las personas con una enfermedad mental. Aquí el trabajador social emite informes sobre las circunstancias del supuesto incapaz, colaborando activamente en el proceso de incapacitación con los equipos multidisciplinares de los juzgados, y en aquellas medidas de control posterior que

establezca el juez. Y, aunque la incapacitación legal sea una medida de protección de los intereses y derechos de las personas, algunos trabajadores sociales prefieren que no se llegue a la incapacitación, manteniendo así la autonomía del usuario y su derecho a la autodeterminación.

Así, el trabajador social también tiene la función de revisar la relación entre tutor y tutelado, pudiendo presentar informes para la remoción de tutor en caso de que éste no cumpla sus funciones o no lo haga en pos del interés del usuario.

La labor del trabajador social varía en función de dos tipos de pacientes psiquiátricos, por un lado la atención a los pacientes psiquiátricos crónicos, y, por otro lado, la atención a los pacientes psiquiátricos en crisis.

Los primeros, son pacientes que, a pesar de la enfermedad mental, se encuentran estabilizados, y los cuidados que ellos requieren son asistenciales, residenciales y de mantenimiento. Con ellos el trabajador social interviene en la búsqueda de recursos en caso de que no cuenten con ellos. También pueden plantearse actividades encaminadas a su rehabilitación. Aquí puedo decir que fue esta precisamente mi propuesta para el proyecto fin de prácticas, el planteamiento de un programa de actividades encaminadas a la recuperación y mantenimiento de habilidades sociales y capacidades de los usuarios, así como a la utilización positiva del tiempo libre.

Los segundos, son personas adultas con trastornos mentales en fase aguda, y la intervención con ellos consiste en tratar de superar ese periodo de crisis en el menor tiempo posible, dejando el espacio necesario y ayudando a la mejora y rehabilitación temprana del mismo. Darle el alta, pero conectándole con otros servicios que puedan atenderle, bien sea un CEAS o un CSM.

A pesar de las diferencias, con ambos la intervención sigue los mismos pasos, es decir, cuando ellos llegan al centro o a la institución en la que serán atendidos, el trabajador social les realiza una entrevista inicial en la que pretende sacar la mayor información posible sobre las circunstancias de los pacientes y sus familiares, buscando los apoyos

con los que cuentan y los puntos débiles con lo que habrá que trabajar. Con ello, se determina su situación y se hace la valoración para iniciar así su proyecto de intervención individualizado.

Otro aspecto a tener en cuenta a la hora de definir la intervención de los trabajadores sociales en el ámbito de la Salud Mental lo encontramos en los trabajos de autores como Guimón (2008), como psiquiatra, que presentan tendencias en las que defienden que entre las funciones del trabajador social en el ámbito de la Salud Mental se encuentra la de realizar psicoterapias. Como profesional del Trabajo Social, entiendo que el trabajador social se encuentra más preparado para llevar a cabo grupos de autoayuda, siempre a tenor del perfil de los pacientes, es decir, en psiquiatría es difícil encontrar dos pacientes con la misma problemática y que respondan ante ella de igual forma, pero estos grupos de autoayuda no los veo solo como un recurso para los pacientes, sino más bien para los familiares que han de afrontar esta situación y muchas veces no saben cómo hacerlo y se encuentran perdidos.

He podido comprobar como los familiares de los pacientes psiquiátricos al recibir la noticia de la enfermedad mental no saben cómo asumirlo y, mucho menos, las opciones y recursos con los que cuentan para afrontarla. Por lo que veo necesario, no solo la formación de grupos de autoayuda en los que poder compartir sus vivencias y emociones con personas que pasan por situaciones similares, sino también, el transmitir información sobre la Enfermedad Mental a la población en general, y a estas familias en particular.

A la pregunta de si la labor del trabajador social está reconocida en el ámbito de la Salud Mental la respuesta es ambivalente. Como los trabajadores sociales afirman, y yo he visto personalmente, y a menudo nos damos cuenta por la imagen que del Trabajo Social tiene la población, la labor del Trabajo Social está muy reconocida dentro del ámbito de la Salud Mental por los profesionales que se mueven en este mismo ámbito, es decir, que quienes trabajan con el trabajador social y conocen su labor la valoran y la tienen muy en cuenta, pero si salimos de este ámbito, esta labor no se conoce ni se reconoce.

V. Recursos Socio-Sanitarios

Antes se hacía referencia a dos tipos de pacientes psiquiátricos, los crónicos y los graves, y para trabajar con ambas tipologías de pacientes nos encontramos con diferentes centros y organizaciones destinadas a diversos objetivos.

a) A nivel Local

Todos los centros y entidades que se explican a continuación pertenecen al **ámbito local**, es decir, a Valladolid, de la atención a la Salud Mental, concentrados en el Hospital Clínico Universitario, Hospital Universitario Río Hortega, Centro Hospitalario Benito Menni, Centro Asistencial Doctor Villacián y los diferentes Centros de Salud Mental del distrito.

Así tenemos los **Equipos de Salud Mental de Adultos**, que prestan una atención ambulatoria y a los que se accede desde Atención Primaria o desde el Servicio de Urgencias Hospitalario. Desde ellos se realiza el **Programa de Gestión de Casos** (desarrollado por trabajadores sociales y enfermeras, en el que se realizan actividades orientadas a garantizar la continuidad de los cuidados a través de la coordinación sanitaria y social de Salud Mental. Con ellos se contribuye a la estabilidad clínica del paciente y su integración en la comunidad), llevando a cabo el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los trastornos mentales.

Las **Unidades de Hospitalización para Agudos**, que ofrecen atención en régimen hospitalario, buscando una estancia breve para el paciente (se busca superar la situación de crisis lo antes posible), tratando la estabilización del paciente con crisis agudas.

La **Unidad de Convalecencia Psiquiátrica**, de media estancia, en régimen de hospitalización a las fases subagudas de la patología psiquiátrica. Tiene el objetivo de reestructurar y reorganizar la personalidad tras una crisis o una recaída, y de reducir el fenómeno de la “Puerta Giratoria” (paciente con múltiples y continuos ingresos en

Unidades de Agudos de Psiquiatría en las Unidades de Agudos). Atiende a pacientes que precisen un ingreso que exceda la estancia habitual en Unidad de Agudos.

La **Unidad de R.P.A.**, que se ocupa de pacientes no rehabilitables, que requieren de una atención sanitaria estrecha y de cuidados continuados, es decir, que se ocupa de los pacientes crónicos. Atienden la enfermedad mental grave y prolongada. Supone una unidad de larga estancia, y, actualmente, sin la posibilidad de concertar plazas

Los **Hospitales de Día**, como alternativa a la Hospitalización para casos agudos, en el que se da una atención en régimen de día, buscando el facilitar las altas desde las Unidades de Hospitalización Breve.

La **Unidad de Rehabilitación**, consiste en una hospitalización completa para pacientes psiquiátricos crónicos con años de evolución. Se ofrece media estancia (de 6 meses a 1 año). El objetivo es rehabilitar los déficits psicosociales recuperable y mejorar la autonomía del paciente. Preparan a los usuarios para la reinserción social y laboral. Tratan criterios de exclusión como la drogodependencia, el alcoholismo o el retraso mental.

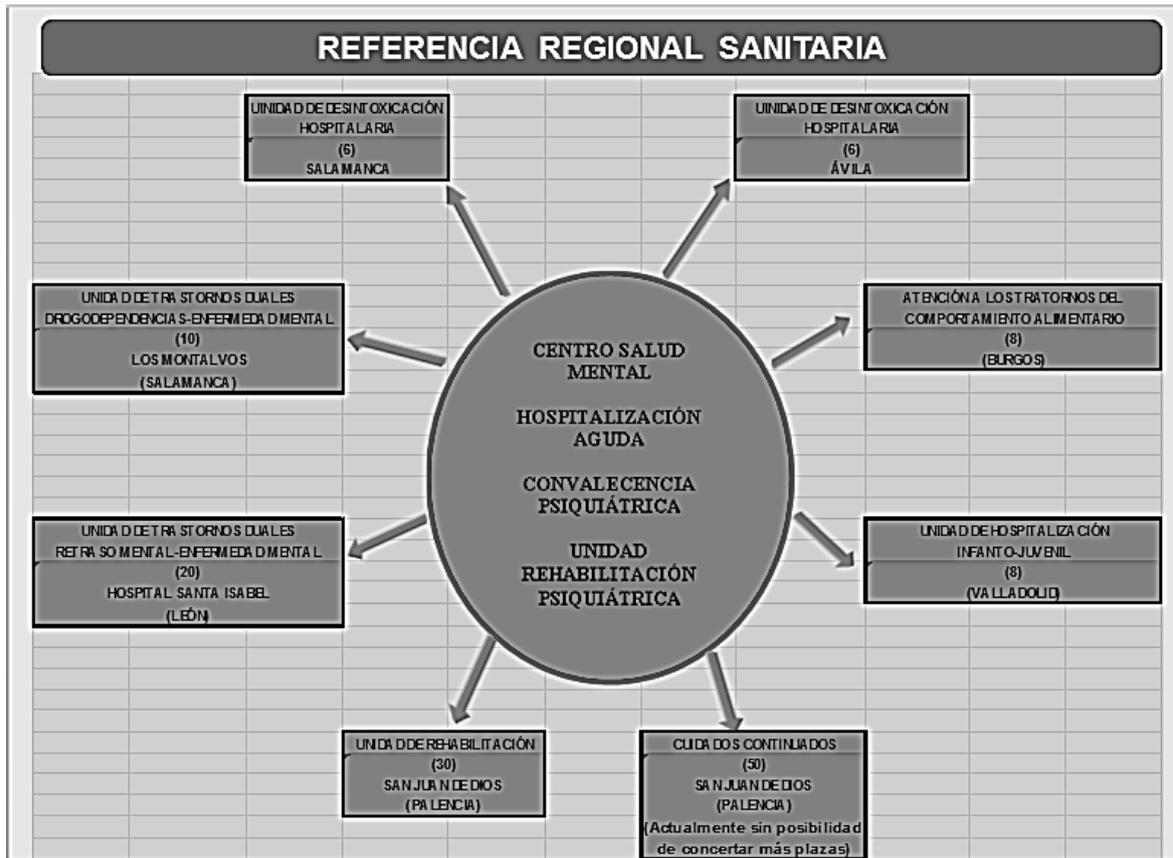
El **C.R.P.S.**, trata el mismo perfil de la Unidad de Rehabilitación pero en régimen ambulatorio (atención de día). Desarrolla programas de rehabilitación a la población con enfermedad mental, con dificultades de integración y funcionamiento interpersonal, familiar, laboral y de socialización.

El **Programa de Tratamiento Comunitario**, son tres Hogares Tutelados, con una estancia de 6 meses, para pacientes con necesidad de entrenamiento en habilidades sociales básicas e instrumentales de la vida diaria en un entorno normalizado. Trata de mejorar la autonomía de los pacientes con enfermedad mental grave y prolongada en curso de rehabilitación, para facilitar así la transición entre la Unidad de Rehabilitación y el domicilio del paciente o en su caso un recurso social.

b) A nivel regional

Ampliando el territorio de búsqueda, en Castilla y León nos encontramos con las siguientes organizaciones de atención a pacientes psiquiátricos.

Gráfico 2



Fuente: Equipo Multidisciplinar del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid

A nivel regional, contamos con los siguientes servicios, diferenciados por patologías:

- **Drogodependencia - Enfermedad Mental:** unidad hospitalaria destinada a enfermos mentales que padecen drogodependencia, buscando su voluntad para la desintoxicación. Ofrecen una estancia corta. Desde esta unidad se facilita el traslado para comunidades terapéuticas. En Ávila y Salamanca.

- **Retraso Mental – Enfermedad Mental:** se atienden pacientes con conductas disruptivas en régimen de hospitalización de media estancia (6 meses). Se pretende que el paciente pueda volver a reincorporarse a sus actividades cotidianas en el centro de procedencia o en su domicilio, y se pretende también conseguir una remisión de la sintomatología y una estabilización clínica.
- **Trastornos de la Alimentación:** se hace una valoración médico-biológica, psiquiátrica y psicológica. Presta atención hospitalaria a pacientes afectados de trastornos de la conducta alimentaria, refractarios al tratamiento. Supone un recurso de estancia media.
- **Cuidados Continuados:** al igual que en el nivel local, para pacientes psiquiátricos crónicos.
- **Minirresidencia:** consiste en un piso supervisado y en talleres laborales. Un recurso de larga estancia. En Ávila y Burgos.
- **Pisos de FEAFES e INTRAS:** pisos tutelados de larga estancia en los que se busca la mayor autonomía posible del usuario. En Valladolid y Zamora respectivamente.
- **Dual San Luis:** recurso de larga estancia para pacientes de retraso mental – enfermedad mental. En Palencia.
- **Comunidades Terapéuticas:** atención en media estancia (6-8 meses) para la deshabitación. Son plazas concertadas con la Conserjería de Familia e Igualdad de Oportunidades (Comisionado Regional para la Droga). Aquí nos encontramos con PAMPURI, en Palencia, centrado en las drogas; ALDAMA, en Palencia, centrado en alcohol; y SAN ROMÁN, en Toro – Paleagonzalo, centrado en alcohol.

Gráfico 3

| DISPOSITIVOS DE LA RED DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EN CASTILLA Y LEÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------------|---------------------|-----------------------------|-------|--------------------|--------|----------------------------|-------|---------------------------------------|--------|--|-------|---------------------------|-------|---------------------------------|------------------|-----------------|---|
| ÁREA DE SALUD | Equipos Salud Mental | ESM Infanto Juvenil | Unidades de Hospitalización | | Hospitales de Día | | Unidades de Rehabilitación | | Centros de Rehabilitación Psicosocial | | Unidades Residenciales de Rehabilitación | | Unidades de Convalecencia | | Unidades de Referencia Regional | | | |
| | | | Nº | Camas | Nº | Plazas | Nº | Camas | Nº | Plazas | Nº | Camas | Nº | Camas | Unidad | Camas | | |
| ÁVILA | 3 | 1 | 1 | 12 | Prog. | 8 | 1 | 20 | 1 | 20 | | | 1 | 10 | Desintox | 6 | | |
| BURGOS | 5 | 1 | 1 | 40 | 1 | 25 | 1 | 44 | 1 | 24 | 1 | 44 | | | U.R.T.A.** | | | |
| LEÓN | 5 | 1 | 1 | 21 | 1 | 10 | | 33 | 1 | 20 | 1 | 50 | | 1 | 14 | Pat. Dual EM.-RM | 20 | |
| EL BIERZO | 2 | 1 | 1 | 15 | Prog. | 10 | | | 1 | 20 | | | | | | | | |
| PALENCIA | 3 | 1 | 1 | 18 | 1 | 20 | 1 | 18 | 1 | 20 | | | 1 | 8 | C. Rehab. C. Contin. | 30 50 | | |
| SALAMANCA | 5 | 1 | 1 | 27 | 2* | 27 | 1 | 26 | 1 | 40 | | | 1 | 16 | Desintox Pat. Dual | 6 10 | | |
| SEGOVIA | 3 | 1 | 1 | 19 | | | | | 1 | 20 | | | | | | | | |
| SORIA | 1 | 1 | 1 | 16 | Prog. | 8 | 1 | 16 | 1 | 20 | | | 1 | 8 | | | | |
| VALLADOLID-ESTE | 3 | 1 | 1 | 26 | | | | | 1 | 20 | | | | | | | Hosp. Inf. Juv. | 8 |
| VALLADOLID-OESTE | 3 | 1 | 1 | 22 | | 2* | 30 | 1 | 40 | | | | 1 | 16 | | | | |
| ZAMORA | 3 | 1 | 1 | 26 | Prog. | 8 | 1 | 16 | 1 | 20 | | | 1 | 16 | | | | |
| TOTAL COMUNIDAD | 36 | 11 | 11 | 242 | 7 Hosp. 4 Prog. | 146 | 8 | 213 | 11 | 254 | 2 | 94 | 7 | 88 | 8 | 130 | | |

*En Salamanca uno de los Hospitales de Día es específico para Trastornos de la Conducta Alimentaria (12 plazas) y en Valladolid uno es Infanto Juvenil (10 plazas).
 ** U.R.T.A. (Unidad Regional de Trastornos del Comportamiento Alimentario): 8 camas ubicadas dentro de la Unidad de Hospitalización de Burgos.
 La U. de Rehabilit. y la de Convalecencia de León atienden a la población de las Áreas de León y el Bierzo; la U. de Rehabilit. de Valladolid Oeste, los H. de Día y la U. de Convalecencia de Valladolid Este atienden a la población de Valladolid Este y Oeste.
 La Unidad de Convalecencia de Valladolid reduce a 16 el nº de camas, en octubre de 2010. La Unidad de Convalecencia de Ávila comienza a funcionar en noviembre de 2010.

Fuente: Equipo Multidisciplinar del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid

c) Proceso Integrado de Atención Sociosanitaria a Personas con Trastornos Mentales

Hablamos aquí del **Proceso Integrado de Atención Sociosanitaria a Personas con Trastornos Mentales (Junio 2009)**, un programa que pretende garantizar la existencia a toda la población con enfermedad mental que necesite asistencia psiquiátrica, no solo esa asistencia, sino también soportes sociales para desarrollar su vida. Atiende a personas con trastornos mentales que viven en la comunidad y a quienes la pérdida de la familia, o la falta de soporte familiar adecuado, les pone en peligro permanente de desestabilización clínica y/o les impide mantener una vida normalizada en la comunidad. Y también se destina a persona que, tras haber alcanzado su potencial de rehabilitación, carecen de la autonomía suficiente que les permita incorporarse a su familia o a un recurso normalizado.

Este proceso implica a las siguientes estructuras orgánicas:

- **La Comisión de Área Psiquiátrica:** es el único cauce para centralizar todos los expedientes de solicitud de acceso a recursos de carácter social específico y especializado, y para derivar casos al Equipo Mixto Provincial.
- **Equipo Mixto Provincial:** compuesto por el Servicio de Psiquiatría de cada área y la Gerencia Territorial de Servicios Sociales. Es el responsable de emitir el dictamen en el que se acuerde la asignación del recurso social y sanitario idóneo en cada caso o recurso alternativo en su defecto.
- **Comisión Mixta Regional:** compuesto por la Conserjería de Sanidad, la Gerencia de Servicios Sociales y el Servicio de Psiquiatría de SACYL. Resuelve los asuntos que el Equipo Mixto Provincial no ha podido solucionar por falta de recurso o de criterio.

Los dispositivos que se derivan del proceso integrado son la Minirresidencia que se encuentra en Toro, los Pisos INTRAS en Zamora, el DUAL San Luis en Palencia y los Pisos FEAFES en Valladolid.

VI. Propuestas de Mejora y Opinión Personal

Hasta ahora he enmarcado el desarrollo del Trabajo Social en el ámbito de la Salud Mental, pero a partir de las entrevistas con los profesionales, la doctrina y mi experiencia tanto en las prácticas, como estudiante de Trabajo Social, expongo a continuación algunas reflexiones que considero que podrían ayudar a mejorar el Trabajo Social en Salud Mental, así como la formación de los nuevos trabajadores sociales.

Como ya se ha comentado, creo necesario aumentar la formación de los trabajadores sociales en Salud Mental. Sí que es cierto que el Trabajo Social es una profesión en la que nunca se deja de aprender, pues cada día ves algo nuevo para lo que no te habías preparado, y no nos pueden enseñar en clase como afrontar todas y cada una de las situaciones a las que nos enfrentaremos en un futuro.

Pero sobre Salud Mental y Enfermedad Mental no hemos trabajado tanto como hemos podido hacerlo sobre menores, atención a la dependencia o mujeres maltratadas que nos ha facilitado conocer y comprender cuales son los criterios para la elección de los padres adoptantes, como tramitar una prestación para la dependencia o el ciclo de maltrato por el que pasan las mujeres víctimas de violencia de género. De forma esquemática nos ha mostrado algunos aspectos relacionados con la Salud Mental, pero no lo suficiente para permitirnos una idea de la intervención del trabajador social en este ámbito.

En el campo de prácticas, intercambiando impresiones con otros compañeros, coincidimos en que para este ámbito no contábamos con teorías o metodologías de intervención como podíamos tener para otros sectores de población.

Asimismo, he visto que no solo los estudiantes desconocemos la enfermedad mental, sino también de la población en general. Cuando hablé con los familiares de los pacientes psiquiátricos pude comprobar que en el momento en el que recibieron la noticia de la enfermedad no sabían lo que significaba y todo lo que eso conllevaba.

Desde que empecé las prácticas y a conocer, desde el ámbito profesional, el área de la Salud Mental vi necesario trabajar para mejorar la información sobre la enfermedad mental, sus características, las necesidades que se derivan de ella y los recursos con los que cuentan los pacientes y los familiares. Reducir el desconocimiento general que hay sobre la enfermedad mental y que produce estereotipos sobre estos pacientes.

Por otro lado, fuera del ámbito educativo y ya en el laboral, haciendo referencia los trabajadores sociales que realizan su intervención en equipos de Salud Mental y con pacientes psiquiátricos, es evidente la falta de recursos humanos.

Todos los trabajadores sociales afirman que tienen muchos proyectos para poner en marcha con pacientes psiquiátricos y les gustaría hacer mucho más, pero no tienen tiempo, son muchas cosas las que tienen que atender y, por las funciones que han de cumplir por las exigencias de la institución, dan prioridad a otro tipo de intervención.

Serían necesarios más trabajadores sociales y entre ellos distribuirse las funciones para poder dar una atención más integral a los pacientes, atendiendo no solo las necesidades y demandas que presentan, sino ayudando a su desarrollo personal y social.

Y de ahí me surge la pregunta de si es suficiente la labor del trabajador social en Salud Mental.

Defiendo que la labor del trabajador social es muy valiosa, pero podría llegar a más, es decir, con tiempo y espacio creo que los resultados podrían llegar a ser muchos más óptimos de lo que son. Me parece muy importante la labor del trabajador social en este ámbito, sin embargo no se les permite desarrollar todo lo que ellos quisiesen, quiero decir con ello que muchas veces podrían hacer más cosas por un usuario si se tuviese el tiempo suficiente o contasen con más recursos humanos para poder llegar más lejos.

En cuanto a las cosas que podrían hacer los trabajadores sociales con los pacientes psiquiátricos, he comentado antes Guimón, (2008) considera que los trabajadores sociales deberían formarse como psicólogos para poder hacer psicoterapias con los pacientes.

Pues bien, no estoy de acuerdo con este autor, es cierto que psicología y trabajo social pueden estar muy relacionados en determinados momentos, pero opino que cada uno tiene su función y un trabajador social nunca debería actuar como un psicólogo y viceversa. Como ya comente, creo que el trabajador social está más preparado para impulsar la formación de grupos de autoayuda.

No lo considero una psicoterapia como tal pero sí que es cierto que al hablar con los usuarios siempre se tienen el propósito de una mejora de la calidad de vida y existe una comunicación entre usuario y trabajador social cercana, buscando la confianza y su mejora, pero no significa que esto sea una psicoterapia como la que puede realizar el psicólogo con el paciente.

Por último, antes hice referencia a que algunos trabajadores sociales tienden a evitar la incapacitación para no limitar la autonomía del paciente. Yo defiende el derecho a la autodeterminación de los usuarios, pero a veces es inevitable la incapacitación. Y más en el caso de los pacientes psiquiátricos. A la hora de valorar la incapacidad se ha de tener en cuenta el conocimiento que el paciente tiene sobre la situación, el entendimiento de los hechos, la capacidad para manipular la información racionalmente, como se desarrolla en su medio habitual, y las exigencias que confluyen en el paciente (pensión, patrimonio,...) (Calcedo, 2000).

He visto como los pacientes psiquiátricos (la mayoría de ellos, no todos), y sobre todo los pacientes crónicos, se despreocupan de todo, como poco a poco cada vez más pierden el interés por las cosas, y necesitan que alguien se ocupe de los asuntos que ellos no quieren atender, entre ellos los que se han de tener en cuenta a la hora de la incapacitación. Por ello, yo creo que intentar evitar la incapacitación legal de los pacientes psiquiátricos no es siempre la mejor opción.

Para mí el Trabajo Social es imprescindible en la Salud Mental, porque los pacientes de psiquiatría tienen circunstancias sociales que influyen mucho en la evolución de su enfermedad, y es muy importante trabajar en ellas para dar una atención integral, buscando y alcanzando así el mayor bienestar y calidad de vida posible para los usuarios.

VII. Conclusión

En definitiva, el Trabajo Social en Salud Mental va a depender de lo que los trabajadores sociales seamos capaces de hacer para atender de forma integral a los pacientes psiquiátricos, atendiendo sus necesidades y las de su entorno, adaptándonos a las circunstancias sociales, culturales y políticas de nuestro tiempo.

No debemos limitarnos a gestores de recursos únicamente, pues nuestra labor es mucho más rica y valiosa, y más en la atención a las enfermedades mentales, ya que las causas o los desencadenantes de las mismas pueden venir de problemas y circunstancias sociales difíciles, y las consecuencias provocan una disminución importante del nivel de vida y de bienestar de las personas.

“La economía social, la sociedad civil y los nuevos enfoques de emprendimiento social pueden desempeñar un papel clave en las causas y consecuencias de los problemas mentales. (Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre el “Año Europeo de la Salud Mental- Mejorar el trabajo y aumentar la calidad de vida” (2013/C 44/06). Resumen y Recomendaciones, apartado 1.3)

La prevención y la sensibilización son una responsabilidad de toda la sociedad, si bien el Trabajo Social puede implicarse, y mucho, en el fortalecimiento de las redes cívicas, del voluntariado, familiares y profesionales y la participación de las personas afectadas y sus asociaciones.

Los trabajadores sociales tenemos además, el deber de hacer que nuestra labor obtenga el reconocimiento social que, por ahora, solo recibe de los profesionales con los que trabaja. Lograr que se reconozca y valore nuestro quehacer profesional.

El Trabajo Social es una profesión que busca motivar el cambio en los usuarios, y adquirir esa habilidad es imprescindible para trabajar con personas que van perdiendo el interés por todo como ocurre con los pacientes psiquiátricos.

Durante la realización del presente trabajo se ha intentado poner en práctica las diferentes competencias y habilidades del Trabajo Social, como, por ejemplo, en las entrevistas realizadas a los pacientes psiquiátricos y sus familiares tratando no solo de recoger información sino también de detectar de forma conjunta las necesidades de este colectivo, mostrando hacia ellos respeto y empatía.

La Salud Mental es un ámbito en el que el Trabajo Social tiene muchas metas que alcanzar, para ello necesita tiempo, espacio, recursos humanos, y mucho interés y ganas por lo que está haciendo. Y aún más creatividad e iniciativa para implementar acciones que favorezcan a quienes padecen una enfermedad mental y a sus familiares, y para dar a conocer su trabajo con esta problemática.

VIII. Bibliografía

- Alfredo Calcedo Barba PSQUIATRÍA LEGAL. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero – 15 de Marzo 2000; Conferencia 14-CI-C. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesas14/conferencias/14_ci_c.htm
- Aznar López, Manuel, (2003). “El internamiento de las personas con discapacidad psíquica y su relación con la incapacitación a la luz de la nueva LEC”. “La protección jurídica del incapacitado. I Congreso Regional”, Serrano García, Ignacio (coordinador). Ed. Tirant Lo Blanch. Valencia. Págs. 231-249.
- Ballester Izquierdo, Alberto; Viscarret Garro, Juan Jesús; Úriz Pemán, María Jesús (2013). “Funciones profesionales de los trabajadores sociales en España”. Universidad Pública de Navarra, España.
- Blanco de la Calle, Andrés y Pastor Martínez, Ananías, (1997). Area I: Marco General, Punto I: Las personas con enfermedades mentales crónicas: delimitación, problemática y necesidades. “Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos”, Rodríguez González, Abelardo (director y coordinador). Editorial Pirámide, Madrid,
- Cabrera Mercado, Rafael (1997). “El proceso de incapacitación”. Capítulo V: La sentencia y los medios de impugnación; Punto 1.7: Declaración del régimen de tutela y guarda. Ed. McGraw Hill. Madrid.
- Chimeno Cano, Marta, (2004). “Incapacitación, tutela e internamiento del enfermo mental”. Ed. Aranzadi. Navarra.
- “*Datos sobre enfermedad mental*”. Junta de Andalucía. Conserjería de Salud y Bienestar. <http://www.1decada4.es/profmedios/datos/>.
- “¿Enfermos mentales y presos para siempre?”. Jaime Prats, 06/04/2014. http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/04/06/actualidad/1396816993_322595.html.
- “Gallardón permite el internamiento perpetuo de los enfermos mentales”. Anna Flotats, Madrid, 15/11/2013. <http://www.publico.es/actualidad/474492/gallardon-permite-el-internamiento-perpetuo-de-enfermos-mentales>.

- Garcés Trullenque, Eva M^a, (2007). "La especificidad del Trabajo Social en Salud Mental: ¿un rol reconocido?". Trabajo Social y Salud, nº 56. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza. Págs.: 309-332.
- Garcés Trullenque, Eva M^a, (2010). "El Trabajo Social en Salud Mental". Cuadernos de Trabajo Social, nº 23. Profesora Asociada de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo. Universidad de Zaragoza. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza. Págs.: 333-352.
- Giménez-Salinas Colomer, Esther; Blasco Esteve, Avel.lí; Viader Junyent, Manel; García Izquierdo, Isabel, (2004). "Libro Blanco. Título de Grado en Trabajo Social". Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Universidad de Huelva, España.
- Guimón Ugartechea, J., (2002). "Los profesionales de la Salud Mental: actividades, vicisitudes y formación". Ginebra, Madrid, Nueva Cork: Core Academia.
- Guimón Ugartechea, J., (2008). "Salud Mental basada en las pruebas". Bilbao: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.
- Lasarte, Carlos, (2005). "Parte genera y derecho de la persona". Ed. Marcial Pons. Madrid. Págs. 177; 244-246.
- Leña Fernández, Rafael, (2003). "Igualar diferencias: un reto jurídico para los discapacitados psíquicos". "La protección jurídica del incapacitado. I Congreso Regional", Serrano García, Ignacio (coordinador). Ed. Tirant Lo Blanch. Valencia. Págs. 251-276.
- Mariela Mendoza, Fabiana, (2004). "Las relaciones entre trabajo social y salud mental: un recorrido histórico". XVIII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social en el contexto de las nuevas relaciones de poder y la diversidad latinoamericana. San José, Costa Rica.
- Martínez de Aguirre, Carlos (2010). "Panorama general de las figuras de guarda legal de los discapacitados intelectuales". Hacia una visión global de los mecanismos jurídico- privados de protección en materia de discapacidad (coord. S. DE SALAS MURILLO). Zaragoza, El Justicia de Aragón.

- Mayor del Hoyo, María Victoria, (2013). “Un nuevo modelo de protección de las personas con discapacidad. Desamparo, intervención de las entidades públicas y acogimiento familiar”. Ed. Aranzadi. Navarra. Págs. 11-36; Capítulos. I-IV.
- Morante Valverde, Andrés, (2001). “Incapacidad y salud mental (capítulo 5)”. Derecho de la persona. Ravellat Ballesté (coordinador). Ed. Bosch. Barcelona. Págs.: 159-190.
- Pileño Martínez, M^a Elena; Morillo Rodríguez, F. Javier; Salvadores Fuentes, Paloma; Nogales Espert, Amparo, (2003). “El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval”. Cultura de los cuidados, nº 13. Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.
- Ramos López, Ana y Díaz Palarea, M^a Dolores, (2005). “Características de los usuarios de una unidad de agudos de salud mental: determinantes psicosociales y clínicos”. revista de la asociación española de neuropsiquiatría, España.
- Rodríguez González, Abelardo (director y coordinador), (1997). “Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos”. Editorial Pirámide, Madrid.
- Sainz de Robles Rodríguez, Federico C., (2003). “Una perspectiva histórica”. “La protección jurídica del incapacitado. I Congreso Regional”, Serrano García, Ignacio (coordinador). Ed. Tirant Lo Blanch. Valencia. Págs. 25-31.
- Sánchez Navarro, Remedios, (2009). “Trabajo Social en el Sistema Público de Salud: Atención Primaria, Hospitalaria y Salud Mental”. Revista de Trabajo Social y Atención Social. Gil Valenzuela, Cristóbal (Coordinador). Tomo II. I Congreso de Trabajo Social. Colegio de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Málaga.
- Schlüter, Bernd (ponente), (2013). “Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre el “Año Europeo de la Salud Mental — Mejorar el trabajo y aumentar la calidad de vida” (Dictamen de iniciativa) (2013/C 44/06).
- Ureña Hidalgo, A., (2006). “La especialidad: un requerimiento para el Trabajo Social en la Salud Mental”. RTS. 178: 35-41.

❖ **Bibliografía Legislativa, Jurisprudencial y de Política Social**

- Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada el 13 de diciembre de 2006 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York.
- Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades, hecho en Roma el 4 de noviembre de 1950, y enmendado por los Protocolos adicionales números 3 y 5, de 6 de mayo de 1963 y 20 de enero de 1966, respectivamente.
- Decreto 3 de julio de 1931, sobre la asistencia a los enfermos mentales, publicado en La Gaceta de 7 de julio de 1931
- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de diciembre de 2006.
- Ley 13/1983, de 24 de octubre, de Reforma del Código Civil en materia de tutela.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- “Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre el “Año Europeo de la Salud Mental — Mejorar el trabajo y aumentar la calidad de vida” (Dictamen de iniciativa) (2013/C 44/06).
- Sentencia del Tribunal Supremo de 9 de abril 1990, de 12 de marzo. Recurso de amparo 421/1988, Contra Auto de la Sala Primera del Tribunal Supremo, que declaró no haber lugar al recurso de casación en autos de juicio declarativo ordinario de menor cuantía. Vulneración del derecho a la tutela judicial efectiva por interpretación indebida del requisito de habilitación de Abogado.
- Sentencia del Tribunal Supremo de 29 de abril de 2009. La incapacitación en el marco de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.