



TRABAJO FIN DE
GRADO EN TRABAJO SOCIAL

"EL TRABAJO SOCIAL EN LA SALUD MENTAL: LA RELEVANCIA DE LO SOCIAL DENTRO DE LO CLÍNICO"

Autora:

D^a Sandra Gutiérrez López

Tutora:

D^a María Félix Rivas Antón

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID
CURSO 2014-2015

FECHA DE ENTREGA: 25 de junio de 2015

ÍNDICE

Índice de tablas

Relación de siglas empleadas

Resumen y palabras clave

Abstract and keywords

Introducción

Justificación

1. Relevancia del tema
2. Fundamentación teórica
3. Antecedentes
4. Vinculación con el Trabajo Social

Marco normativo

1. Legislación europea
2. Legislación estatal
3. Legislación autonómica de Castilla y León
4. Reflejo legal
 - 4.1. Introducción
 - 4.2. Discapacidad
 - 4.3. Dependencia
 - 4.4. Incapacitación
 - 4.5. Internamiento

Historia del Trabajo Social en la Salud Mental

El Trabajo Social en la Salud Mental

1. Actuación profesional
2. La lucha contra el estigma

Recursos disponibles

1. Dispositivos de asistencia psiquiátrica
2. Recursos humanos

Propuestas de adaptación

Conclusiones

Bibliografía

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 - Recursos humanos en Atención Primaria: Estructura de efectivos. Castilla y León, 2002. Página 40.

Tabla 2 - Recursos humanos de carácter sanitario en diferentes dispositivos de la Red de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de Castilla y León. Página 40.

RELACIÓN DE SIGLAS EMPLEADAS

Art. - Artículo

CC. - Código Civil

CEAS - Centro de Acción Social

EMGP- Enfermedad Mental Grave y Prolongada

FEAFES - Federación Estatal de Asociaciones de Familiares y Enfermos Psíquicos

IMSERSO - Instituto de Mayores y Servicios Sociales

LEC - Ley de Enjuiciamiento Criminal

OMS - Organización Mundial de la Salud

SaCyL - Sanidad de Castilla y León

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

La importancia del Trabajo Social dentro del ámbito de la Salud Mental y abordar un pequeño reflejo de carácter legal estrechamente ligado a la intervención social en la actuación para y con la persona que sufre o padece malestar psíquico, establecen los pilares de este trabajo.

Con el resurgimiento de lo comunitario para entender al individuo se va enaltecendo esta profesión que, aunque cada vez con más auge, aún necesita de nuestra reflexión para su plena consolidación.

Después de la introducción y justificación, se establece un marco normativo y otro histórico, además de la actuación profesional y los recursos disponibles en el marco del ámbito de la salud mental en la Comunidad de Castilla y León. Finalmente encontraremos las propuestas de adaptación y las conclusiones.

Palabras clave: Trabajo Social, Salud Mental, Enfermedad Mental, Discapacidad, Dependencia, Incapacitación, Internamiento, comunitario, recurso.

ABSTRACT AND KEYWORDS

The value of Social Work within Mental Health discipline, as well as an approach to legal issues related to social intervention on the proceeding for and with people with mental disorders, are the basis for this work.

Due to the resurgence of the idea of community to understand the individual, this profession in becoming exalted, although it still needs our critical thought to become fully consolidated, despite its current growth being at its peak.

After the introduction and the justification, I pose an legal framework, and another historical, along with the professional proceeding and the resources available in Mental Health field in Castilla y León. Finally, I set out the suggestions of adaptation and conclusions.

Key words: Social Work, Mental Health, Mental Disorder, Severe and Prolonged Mental Illness, Disability, Dependence, Incapacitation, Internment, community,resources.

INTRODUCCIÓN

"La **salud mental** no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad". (OMS, 2007).

Partiendo de la definición de salud mental, podemos definir un "**trastorno o enfermedad mental** como una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en el que quedan afectados procesos psicológicos básicos, lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en el que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo". (FEAFES, 2008).

La **promoción de la salud mental** precisa adoptar medidas en las que participen diversos sectores tanto del gobierno como de organizaciones comunitarias, cuyo objetivo es promover la salud mental. Entendiendo que el fin de la promoción es tratar de garantizar una infancia saludable y que este tipo de enfermedades no aparezcan durante el ciclo vital de la persona.

En el contexto de este trabajo, cabe resaltar que una de las **consecuencias** de estos problemas derivados de la salud mental van a ser la discapacidad y la dependencia que frecuentemente generan (Ramos y Díaz, 2005), por lo que deben abordarse desde un enfoque que englobe lo médico, lo psicológico y social entendiendo a la persona de manera transversal y nunca por secciones aisladas.

Con su **intervención**, el trabajador social pretende atender a los pacientes tratando de alcanzar la calidad de vida y el bienestar dignos de una persona, ofreciendo siempre una atención integral a las necesidades y demandas presentadas tanto por los enfermos mentales como por sus redes sociales, sin olvidar la comunidad, en coordinación con el resto de profesionales del equipo.

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 tales como la empatía, el respeto, la actitud exenta de juicios, la capacidad de comunicación y la escucha activa, el trabajo en equipo, la iniciativa y la creatividad, entre otras tantas, que permitirán el desarrollo de la intervención de la manera más correcta posible, favoreciendo siempre, las buenas prácticas.

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 de intervenir con personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades para ayudarles a tomar decisiones bien fundamentadas acerca de sus necesidades, riesgos, opciones viables y recursos y para conseguir cambios, promocionar el desarrollo de los mismos y mejorar las condiciones de vida a través de la utilización de los métodos y modelos de Trabajo Social, haciendo un seguimiento con regularidad de los cambios que se producen al objeto de preparar la intervención; apoyar el desarrollo de redes para hacer frente a las necesidades y trabajar a favor de los resultados planificados examinando con las personas las redes de apoyo a las que puedan acceder y desarrollar; defender mejor sus intereses.

Durante el proceso de elaboración de este Trabajo Fin de Grado he desarrollado mi capacidad de análisis, síntesis y gestión de la información. Además, he mejorado mis conocimientos de informática en relación con el ámbito de estudio: buscadores académicos, revisión bibliográfica, procesador de documentos, etc. Cabe destacar que todo este proceso no hubiera sido posible sin una puesta en práctica del razonamiento crítico, creatividad y motivación por la calidad. Y desde luego, que todo esto potencia el aprendizaje autónomo.

He interiorizado la importancia de la reflexión sobre mi comportamiento en la actualidad y sobre la práctica profesional en el futuro. Además de la importancia que tiene cada profesional de contribuir al desarrollo de la disciplina y profesión mediante el uso de la reflexión y buenas prácticas.

El motivo de haber centrado este trabajo en la Salud Mental y la labor del Trabajo Social en este ámbito es que, tras haber realizado las prácticas en una institución que atiende a pacientes psiquiátricos, he detectado que es un tema apenas esbozado en la carrera. Además, considero que es un colectivo en riesgo de exclusión social, sobre el que existe un enorme desconocimiento y es por ello, altamente vulnerable. Por esta razón, mi Trabajo Fin de Grado lo he dedicado a entender mejor el tema de la salud mental.

Como ya he dicho, existe un gran desconocimiento sobre las enfermedades mentales, lo cual, provoca una enorme estigmatización. La población suele considerar que no existe cura para ellos, que son agresivos y peligrosos, carentes de inteligencia, e incluso de emociones. Esa estigmatización puede dar lugar a malos tratos, rechazo y aislamiento, y privar a las personas afectadas de atención médica y apoyo. Por ello, considero necesario un aumento del conocimiento sobre este tema.

Según los datos de la OMS, los trastornos mentales junto con los trastornos ligados al consumo de sustancias son la principal causa de discapacidad en el mundo y son la causa de cerca del 23% de los años perdidos por discapacidad. Afecta hoy en día a unos 300.000 españoles y cada año se diagnostican entre 15 y 30 casos nuevos por cada 100.000 habitantes.

Estos datos nos dan una idea de la importancia de la salud mental y de las barreras 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 afecta no solo a la persona, sino a sus redes sociales además de a la sociedad en general, y de ahí parte la necesidad de intervención del trabajador social.

La metodología llevada a cabo ha sido buscar bibliografía, seleccionar y ordenar por temas, interés, validez, etc. Leer exhaustivamente, analizar y canalizar la información para posteriormente, desarrollarla.

En el trabajo encontraremos después de esta introducción, la justificación del tema. En una primera parte será abordado el marco normativo y legal que rige la salud mental, pues es fundamentación básica y esencial de nuestra labor profesional, basarnos en el Derecho. Aquí hablaremos de conceptos de carácter legal que tienen una estrecha relación con la actuación del trabajador social, pues en una gran parte, será este quien inicie el proceso o actúe para evitarlo. Hablamos de la discapacidad, la dependencia, la incapacitación y el internamiento.

Posteriormente trataremos la historia del Trabajo Social en la Salud Mental, cómo surge la necesidad de incorporar esta disciplina en algo tan "médico". Además, la actuación del trabajador social dentro de este ámbito y los recursos que se encuentran disponibles para el desarrollo de nuestra labor profesional, serán epígrafes de una relevante importancia.

Finalizaremos con unas propuestas de adaptación antes de pasar a las conclusiones para terminar con la bibliografía.

JUSTIFICACION

1. Relevancia del tema

En Helsinki se produjo la declaración en Salud Mental que fue patrocinada por la Oficina Regional Europea y a ella se adhirió España en el año 2005. Esta declaración considera la salud mental como una prioridad sanitaria, económica y social. Es debido a esta razón que dicha declaración solicita a los sistemas que formulen estrategias en salud mental que integren la promoción y la prevención, las intervenciones, la rehabilitación, los cuidados y el apoyo social, potenciando la atención comunitaria.

Poco tiempo después en la Comisión de la Comunidad Europea nace el Libro Verde. Este libro logra consenso entre los países y formula planteamientos que enfatizan la visión comunitaria. Además, es aquí donde se empieza a considerar la participación de los usuarios.

Siguiendo a Guimon (2008), el término salud mental ha ido suplantando al de psiquiatría para destacar el hecho de que son necesarios diversos agentes además de los psiquiátricos.

Cabe destacar que la salud mental requiere de una salud integral y está altamente relacionada con las condiciones de vida, el entorno y el contexto de la persona. Por tanto, el enfoque de la salud mental es mucho más amplio que su tratamiento clínico y necesita de un equipo interdisciplinar en el cual el trabajador social es una figura muy importante ya que trabaja la reinserción social, la promoción y la prevención de la salud, además de otros factores de carácter social. La recuperación de la enfermedad mental, se basa en conseguir soporte comunitario que favorezca la integración social, yendo más allá del ámbito de actuación clínico. Y por recuperación no entendemos curación en el sentido de desaparición de síntomas, o vuelta a niveles de funcionamiento iguales a los previos a la enfermedad. Recuperación significa alcanzar una forma de vida en la que es posible sobreponerse a los efectos de la enfermedad, de manera que ésta se asume y

se logra definir una expectativa de vida mas allá de los efectos de la enfermedad.

La salud mental está, además, asociada a la discapacidad, la dependencia, la incapacitación o el internamiento, etc., que traen consigo efectos indeseables de orden social y que, por tanto es el trabajador social quien debe abordar.

Por ende y a raíz de esta nueva visión comunitaria que se ha ido incorporando en nuestro sistema, es el motivo de que destaquemos la importancia del trabajador social en salud mental además de temas considero van ligados, que es consecuencia de la EMGP y al abordaje de esta situación es llevada a cabo por el profesional del Trabajo Social.

Una buena parte de lo atendido no tiene solución psiquiátrica ni psicológica (Segura, 1999), sino más bien de tipo social.

2. Fundamentación teórica

A raíz de la definición de rehabilitación que establece la OMS en 1983, el tratamiento a través del modelo médico tradicional deja de ser suficiente, ya que lo relevante para rehabilitar es conocer lo que las personas no pueden hacer a causa de su enfermedad. Por tanto, desde una perspectiva de Psiquiatría organicista o biologicista, que sigue estrictamente el modelo médico, no sirve para curar la enfermedad mental.

La orientación comunitaria permite unificar actitudes. Esto significa que aunque cada profesional es responsable de su área de intervención, las decisiones del tratamiento son discutidas por el equipo (Gálvez, E.M., 1997).

Desde un enfoque comunitario los objetivos se orientan a la inclusión social, la participación activa en la comunidad, las redes sociales así a la mejoría de la calidad de vida y de las relaciones interpersonales (VV.AA., 2008).

Los trabajadores sociales nos encontramos ante situaciones diversas y complejas que requieren de una adecuada formación para ser capaces de tener en la mente y usar, a la hora de desarrollar nuestra práctica profesional, el mayor número de modelos de intervención para poder abordar la situación en todas sus dimensiones y el desarrollo profesional dentro de equipos interdisciplinarios con distintos enfoques teóricos.

Sólo desde un modelo de atención comunitario que se plantea no apartar al enfermo mental de la sociedad ni recluirlo o aislarlo en instituciones especiales, adquiere pleno sentido y coherencia el concepto y el proceso para la integración social y por tanto la necesidad y fundamentación del profesional de la disciplina del ámbito social. En este modelo se hace necesaria la intervención social para apoyar al enfermo mental en su mantenimiento en la comunidad y posibilitar que se desenvuelva y maneje en ella con la mayor autonomía y logrando el mayor estado de bienestar de vida posible .

3. Antecedentes

Desde el comienzo de la humanidad, han existido las enfermedades mentales. En el pasado, a las personas que padecían estas enfermedades, se les denominaba de maneras despectivas, incluso poseídos, ya que se creía que estas personas sufrían un castigo divino por pecados bien personales o bien familiares. Esta creencia los convirtió en seres marginados.

Se les encerraba en enormes centros, donde se les realizaban experimentos para exorcizarles y además, de este modo, la sociedad quedaba protegida de ellos, pues se les consideraba seres peligrosos.

Si cabe destacar que el primer centro psiquiátrico europeo fue fundado en España en **1409** por el profesor Jofré y su intención fue justamente la contraria: pretendía evitar que en las calles se apedreara a estas personas.

En los **años 50** hay un cambio radical con la aparición de medicamentos que no les sedaba, sino que aliviaba sus síntomas, permitiéndoles la salida de los manicomios.

A partir de este cambio, hay una mayor conciencia sobre determinados colectivos sociales lo que provoca una mayor reivindicación, hay más servicios asistenciales e incluso llegan a desaparecer determinadas estructuras sociales.

En los **años 60** se critica duramente el modelo médico, modelo que para cambiarlo necesitaría cambios políticos y que dan lugar a la Psiquiatría Comunitaria.

En el **año 1985** se crea la comisión para la reforma psiquiátrica que, sin embargo, en el año 1986 es olvidada en la Ley General de Sanidad siendo la salud mental mencionada solo en un artículo, así como que esta debe ser comunitaria.

4. Vinculación con el Trabajo Social

Las enfermedades mentales normalmente son acompañadas por la cronicidad lo que produce la aparición de consecuencias sociales a las cuales debemos estar atentos los trabajadores sociales.

Estas consecuencias son definidas por la OMS como deficiencias, discapacidades y minusvalías las cuales dificultan las actividades diarias y la integración social favoreciendo una dependencia.

En la intervención que debe ser llevada a cabo se debe valorar a la persona, su contexto, sus situaciones sociales, especialmente las de desventaja y la discapacidad. También la participación. Además de cambiar el estigma que la sociedad tiene sobre los enfermos mentales.

La salud mental es una de las áreas principales de práctica, donde se emplean métodos clínicos de Trabajo Social como la mejor intervención de ayuda.

MARCO NORMATIVO

Las medidas de protección y los recursos al alcance del enfermo mental para su pleno desarrollo tanto personal como en la comunidad, son sanitarios y sociales, y pretenden eliminar todo tipo de obstáculo que impida la plena participación y la inclusión en la vida social, logrando la aceptación social de este colectivo por parte de la comunidad. Pero es necesario hacer referencia a los mecanismos jurídicos específicos cuyo objeto son los enfermos mentales, sobre todo cuando este marco normativo es la base de la actuación profesional del trabajador social. No podemos olvidar, que toda actuación profesional está regida por una legislación que es necesario, cuanto menos, mencionar.

1. Legislación europea

- Declaración de Helsinki en Salud Mental (2005).
- 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).
- Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006).
- Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales (2010).
- 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/C44/06). Que tiene por objetivo fortalecer la salud mental y concienciar a la opinión pública en un sentido amplio.

2. Legislación estatal

- Constitución española.
- Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Capítulo tercero. De la salud mental. Artículo 20.
- Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias Del Sistema Nacional De Salud.
- Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.
- 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 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 1169/2003, de 12 de septiembre, por el que se modifica el anexo I del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.
- 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.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.
- Ley 53/2003, de 10 de diciembre, sobre empleo público de discapacitados.
- Ley 56/2003, de 16 de diciembre, de Empleo.
- Real Decreto 290/2004, de 20 de febrero, por el que se regulan los enclaves laborales como medida de fomento del empleo de las personas con discapacidad.
- Real Decreto 2271/2004, de 3 de diciembre, por el que se regula el acceso al empleo público y la provisión de puestos de trabajo de las personas con discapacidad.

- Real Decreto 364/2005, de 8 de abril, por el que se regula el cumplimiento alternativo con carácter excepcional de la cuota de reserva en favor de los trabajadores con discapacidad.
- Ley 8/2005, de 6 de junio, para compatibilizar las pensiones de invalidez en su modalidad no contributiva con el trabajo remunerado.
- Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.
- 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.

3. Legislación autonómica de Castilla y León

- Decreto 83/1989, de 18 de mayo por el que se regula la organización y funcionamiento de los Servicios de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Autónoma de Castilla y León. Consejería de Cultura y Bienestar Social; Dirección de Salud Pública y Asistencia.
- Decreto 13/1990, de 25 de enero, por el que se regula el Sistema de Acción Social de Castilla y León. Consejería de Cultura y Bienestar Social.
- Orden de 9 de marzo 1990, de la Consejería de Cultura y Bienestar Social, por la que se regula la estructura de coordinación en materia de salud mental y asistencia psiquiátrica de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.
- Decreto 212/1998, de 8 octubre de 1998, por el que se aprueba el segundo Plan de Salud de la Comunidad de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social.
- Decreto 74/2000, de 13 de abril, por el que se crea y regula la estructura de coordinación de atención sociosanitaria de la Comunidad de Castilla y León.
- Orden de 15 de junio de 2000, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, por la que se establecen en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Castilla y León normas de aplicación y desarrollo de Real Decreto 1971/1999

de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.

- Decreto 52/2001, de 1 de marzo, por el que se dictan normas sobre financiación de actuaciones en cumplimiento de objetivos en materia de Residencias, Viviendas, Centros de Día y otras instalaciones del Plan Regional Sectorial de Atención a Personas con Discapacidad.
- 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. Consejería de Sanidad y Bienestar Social.
- Decreto 59/2003, de 15 de mayo, por el que se aprueba el II Plan Sociosanitario de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social.
- Orden PAT/797/2003, de 5 de junio, por la que se aprueba la Carta de Servicios al Ciudadano del Centro de Atención a Minusválidos Psíquicos de Valladolid.
- Decreto 56/2005, de 14 de julio, por el que se aprueba el Plan Estratégico del Sistema de Acción Social de Castilla y León. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.
- La Orden FAM/892/2007, de 8 de mayo, por la que se aprueban las bases reguladoras para la concesión de ayudas individuales a favor de personas con discapacidad en Castilla y León ha sido derogada por la Orden FAM/117/2009, de 21 de enero, por la que se aprueban las bases reguladoras de la concesión de ayudas individuales destinadas a favorecer la autonomía personal de personas mayores, personas con discapacidad y personas dependientes en la Comunidad de Castilla y León (Capítulo IV: servicios sociales básicos).
- Resolución de 12 de septiembre de 2008, de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, por la que se establece el coste máximo por día de plaza ocupada, relativo a la acción concertada en materia de reserva y ocupación de plazas en Centros de Servicios Sociales para personas con discapacidad por enfermedad mental.
- Orden FAM/ FAM/859/2010, de 11 de junio, por la que se crea la Tarjeta acreditativa del Grado de Discapacidad y se regula el procedimiento para su expedición.

- Ley 8/2010, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León.
- Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León.

4. Reflejo legal

4.1. Introducción

En el ámbito de la salud mental el profesional de la intervención social, tiene a su disposición determinados recursos, ya sean dispositivos, económicos o humanos para lograr la plena integración del individuo en la comunidad.

A veces, estos recursos, están encaminados a proteger al paciente y pese a tener una base claramente jurídica es el trabajador social quien inicia o paraliza estos procedimientos en pro del bienestar de la persona. Hablamos de procedimientos tales como la discapacidad, la dependencia, la incapacitación o el internamiento. Procedimientos más habituales en la salud mental que en otros ámbitos y es por este motivo considero necesario, al menos, saber conceptualizarlos.

4.2. Discapacidad

Una **persona con discapacidad** es aquella que, por causa física o psíquica, tiene algún grado de minusvalía que dificulta su desenvolvimiento en la vida diaria. Es una capacidad estática.

Según el Real Decreto Legislativo 1/2013 de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, la discapacidad es "una situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás".

La discapacidad se define como el conjunto de deficiencias en las funciones estructuras corporales, de las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y de las restricciones en la participación social del ciudadano. Por tanto, si encontramos personas con discapacidad fruto de una enfermedad

mental, puesto que su percepción, su estado de ánimo o sus comportamientos, debido a la enfermedad, tenemos que tener en cuenta que estas, pueden impedirles realizar ciertas acciones.

De hecho, la ley 39/2006 incluye la enfermedad mental como una de las posibles causas de la discapacidad. Y según datos del IMSERSO, el 10% de las personas con discapacidad lo son a causa de una enfermedad mental. Sin embargo, con un tratamiento adecuado, pueden mantener su autonomía sin llegar a presentar una situación de dependencia.

4.3. Dependencia

La **dependencia** se define como "el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal". Esta definición la encontramos en la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

A este respecto se entiende por **actividades básicas de la vida diaria** las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar tareas sencillas.

Por **autonomía personal** se entiende la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar actividades básicas de la vida cotidiana.

Las personas con EMGP tienen alteraciones funcionales tales como restricciones en el área de auto cuidados, (gestión del dinero o conductas inadecuadas) en las relaciones interpersonales. Estas dificultades crean distintas necesidades, muchas veces latentes, que deben visibilizarse y abordarse, y nos obliga a contemplar el fenómeno de la dependencia más allá de las limitaciones derivadas del concepto tradicional.

La dependencia no es un fenómeno nuevo, lo que si que lo es, es la forma de afrontarla considerando unos derechos sociales exigibles por ley.

Gran parte de las personas con enfermedad mental van a presentar distintas dificultades de funcionamiento psicosocial, pero éstas no se van a expresar en graves problemas para que desarrollen con autonomía las actividades básicas de cuidado personal por lo que un porcentaje importante no va a ser reconocido como dependiente.

4.4. Incapacitación

Considero necesario hacer un breve recorrido por una institución como es la **incapacitación** que el Ordenamiento Jurídico otorga a las personas que no son capaces de actuar con plena capacidad con la finalidad de proteger a estas personas, así como de proteger a terceros de la posible actuación de estos. Pero en todo momento teniendo en cuenta que enfermo mental e incapacitación no son términos obligatoriamente ligados y que, como dice la ley, solo deberá efectuarse este procedimiento en circunstancias de necesidad.

Primero, se ha de hacer una distinción entre dos conceptos: el de capacidad jurídica y el de capacidad de obrar.

La **capacidad jurídica** es la aptitud necesaria para ser titular de derechos y obligaciones. Se tiene por el hecho de ser persona y comienza en el momento del nacimiento.

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).

La **capacidad de obrar** es la posibilidad de ejercitar dichos derechos y obligaciones. Es un concepto jurídico, y por tanto, permite graduaciones. No hay que confundirlo con la capacidad de actuar, sino con la posibilidad de conocer si un sujeto puede realizar un acto jurídico con validez.

- **Capacidad de obrar plena**, se obtiene con la mayoría de edad, es decir, a los 18 años, de manera automática según el artículo 315 del Código Civil.
- **Capacidades especiales**, exigen un plus, un extra a la capacidad de obrar plena.
- **Capacidad de obrar limitada**, necesita la cooperación de otra persona para que el acto tenga validez.

La **incapacitación**, es un estado civil de la persona física que comprende la limitación o privación de la capacidad de obrar como consecuencia de una resolución judicial y atendiendo a lo preestablecido en la ley. Es por tanto, una institución creada por el derecho con el fin de proteger a las personas incapaces y a las personas que con estas se relacionan por los perjuicios que se puedan derivar de sus actuaciones debido a la falta de juicio. Sin embargo, esta limitación, no será igual para todos los incapacitados habiéndose de fijar por el juez la extensión y límites de esta, en función de cada caso. La limitación establecida deberá ser sustituida por otra persona, la cual actuará en representación legal del incapacitado.

“La incapacitación no es una medida discriminatoria porque la situación merecedora de la protección tiene características específicas y propias” (Mayor, 2013. Pág.20).

Debe intervenir el Fiscal y si es este quien ha iniciado el proceso, un defensor nombrado por el juez. La sentencia deberá ser inscrita en el Registro civil.

Las **causas** de incapacitación son "las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico, que impidan a la persona gobernarse por sí misma" artículo 200 Código Civil.

- **Enfermedad o deficiencia**, se consideran a las perturbaciones de cualquier tipo que afectan al raciocinio u orden volitivo.
- **Persistente**, con esta característica, se pretende que solo se recurra a este procedimiento cuando nos encontremos ante una situación de extrema necesidad y no haya sido una situación de carácter transitorio.
- **Impida gobernarse por sí misma**, considera el elemento decisivo, la percepción correcta de la realidad.

"La voluntad es la creadora del negocio jurídico, constituye verdaderamente la esencia, el principio activo y generador, no habiendo negocio allí donde la voluntad está ausente" (Tribunal Supremo, 1959). "Puede darse por [...] encontrarse en estado de locura" (Tribunal Supremo, 1963).

Estas personas, es decir, las personas que padecen una enfermedad de tipo mental, sino están previamente incapacitadas, podrán realizar actos jurídicos de validez. Sin embargo, aquellos actos ejecutados bajo el efecto de la perturbación y que como tal puedan ser demostrados, el Derecho podrá considerarlos ineficaces, ya que no contarían con la capacidad necesaria para su realización de manera libre y volitiva.

La declaración de incapacidad puede **promoverla** el cónyuge o persona en situación de hecho similar, descendientes, ascendientes o hermanos. En su defecto, el Ministerio Fiscal.

Los **efectos** que causa este proceso varían según las circunstancias de cada sujeto y los límites y extensiones que se hayan dado y haya dictaminado el juez, como anteriormente se ha dicho.

Respecto a las **figuras de protección**, por carácter general, si el grado de incapacidad es absoluta, se le nombrará un tutor que le representará y por el

contrario, si el incapacitado puede intervenir, y necesita alguien que le asista, un curador.

- **Tutela**, es un cargo de representación y esta persona actúa en nombre del incapaz, tiene la administración de sus bienes. (Art. 222 C.C.).
- **Curatela**, es un cargo de asistencia que va a actuar sobre personas capaces, aunque con capacidad restringida. Es innecesaria la representación pero les asiste en actos de gran trascendencia determinados en la sentencia. (Arts. 289-290 C.C.)

En el ámbito de la incapacitación de enfermos mentales se recurre a las personas jurídicas como entidades tutoras. Estas entidades tutoras en coordinación con los centros y entidades públicas, pretenden la protección y atención de las personas con enfermedad mental en Castilla y León. Podemos destacar, en Castilla y León, entidades tales como Intras, Feclem o Josefa Recio.

Pasado el tiempo y pudiéndose encontrar en nuevas circunstancias, se puede promover un nuevo juicio para modificar e incluso **dejar sin efecto** el procedimiento de la incapacitación.(art. 761 LEC).

Mediante un nuevo examen se pretenderá valorar si desde que se dictó la sentencia, 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. Se regirá por los mismos principios y garantías que el procedimiento de incapacitación. Corresponde formular la petición para iniciar el proceso a las personas que el proceso de incapacitación añadiendo aquellos que ejercieron su cargo tutelar y al propio incapacitado.

4.5. Internamiento

Internamiento (art 763, LEC, 2000) internamiento previa autorización judicial después de examinarlo y tener informe de un facultativo. Cuando se den por urgencia, se le comunicará al juez en un máximo de 24 horas y este confirma

o revoca la decisión de internamiento. Debe tener información máximo cada seis meses para considerar la continuidad o no.

Una importante cuestión a tener en cuenta es la diferenciación entre internamiento e incapacidad, ya que son figuras independientes y no deben ir unidas. No toda incapacitación implica internamiento, ni todo internamiento implica incapacitación. (Aznar, 2003).

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.

HISTORIA DEL TRABAJO SOCIAL EN LA SALUD MENTAL

El origen de la incorporación de los trabajadores sociales en el ámbito de la salud mental (entonces hospitales psiquiátricos), data de principios del siglo XX en los Estados Unidos, según Adolph Meyer es a partir del año **1904**. El objetivo que tenía la nueva propuesta de incorporar a estos profesionales a tal disciplina, era dar una respuesta socializadora a la cronicidad de este tipo de trastornos. (Fernández, J., 1997).

En Barcelona, el Dr. Sarró creó en **1953** la tercera Escuela de Trabajo Social en España. Esta dependía de la Cátedra de Psiquiatría del Hospital Clínico. Aquí se incorpora por primera vez en nuestro entorno en el Currículo profesional del Trabajo Social disciplinas como la Psiquiatría.

Al final de la **década de los 60**, la Clínica Tavistock de Londres, con una fuerte influencia de la escuela inglesa de psicoanálisis, fue un importante referente en la formación de los Trabajadores Sociales (Ureña, A., 2006).

A mediados de la **década de los 70**, se inicia en Europa el movimiento de la reforma psiquiátrica, la cual era encabezada por la reforma psiquiátrica italiana, y que actuaba como máximo referente. Se abrieron los hospitales psiquiátricos, se externalizó a los enfermos ingresados y se les insertó en la sociedad manteniendo su tratamiento en la comunidad. Existía precariedad en los recursos sociales en todo el país y se basaba en una red de beneficencia-asistencia social. La asistencia psiquiátrica no estaba incluida como prestación sanitaria de la seguridad social y la poca asistencia existente dependía de los servicios sanitarios de las diputaciones. El sistema psiquiátrico se reducía a una organización manicomial.

En la **década de los 80**, se produjo un gran cambio en la concepción del enfermo mental, pasando a ser una persona sujeto de derechos y obligaciones que precisa de una intervención técnica, psicológica y social. La Ley General de Sanidad de 1986 y el concepto de salud que la Organización Mundial de la Salud definió como un completo estado de bienestar físico, mental y social, y

no sólo como la ausencia de enfermedad configuran el marco normativo que propició el desarrollo de la reforma psiquiátrica en España, iniciada en 1985 a raíz del informe elaborado por la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. La aprobación de la Ley General de Sanidad, que estableció la integración de la asistencia psiquiátrica en el sistema sanitario general, el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma psiquiátrica y la descentralización del Estado con la progresiva transferencia de las competencias en materia de sanidad a las Comunidades Autónomas, constituyen el punto de partida y el marco que ha permitido el desarrollo de la atención a la salud mental en las últimas décadas. En este momento los objetivos del Trabajo Social en Salud Mental empiezan a tener como meta el esfuerzo por el proceso de normalización del paciente en su ámbito social.

En la **década de los 90**, los problemas de la población con enfermedades mentales desbordan el ámbito psiquiátrico y se expresan en dimensiones de índole social. Discapacidades y déficits que afectan al funcionamiento psicosocial autónomo, consecuencias de desventaja social (pobreza, empleo, aislamiento social, rechazo, problemas de alojamiento...), además de las consecuencias debido a la sobrecarga que supone para sus familias, son problemáticas que forman parte de la actividad profesional de los trabajadores sociales,. Entendido de esta forma no sólo es necesario atender su problemática psiquiátrica si no también sus diferentes dificultades y necesidades sociales, a través de la rehabilitación e integración social normalizada en la comunidad.

En la **actualidad**, la atención sanitaria a los problemas de Salud Mental se realiza a través de una red de centros especializados distribuidos en territorios determinados, habiendo tenido estos servicios una implantación diferente según los diferentes planes de salud mental que se han ido desarrollando según las diferentes comunidades autónomas.

A nivel normativo, en el año **2006** se determina la cartera de servicios comunes al Sistema Nacional de Salud, mediante el Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, se especifican de forma más amplia las prestaciones.

EL TRABAJO SOCIAL EN LA SALUD MENTAL

1. Actuación profesional

“El doctor está entrenado para que en sus estudios médicos pueda concentrarse en un campo restringido y estudiarlo minuciosamente. El Trabajador Social está entrenado para mantener los ojos abiertos en cada aspecto de la vida” (Dr. Richard C. Cabot. 1915).

Una de las primeras referencias científicas sobre el Trabajo Social Sanitario la encontramos en la obra de Mary E. Richmond “El Diagnóstico Social” (1917).

“El Trabajo Social Sanitario es la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso de salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que padecen en relación a las situaciones de enfermedad, tanto si influyen en su desencadenamiento como derivan de ellas” Ituarte (2012).

Cuando una persona se enfrenta por primera vez a una enfermedad, y con especial ímpetu si esta se trata de salud mental, se encuentra con cambios en la manera de gestionar su vida y es aquí donde entra la importancia del ámbito social. Las relaciones familiares y sociales, la vida laboral, la administración económica, el aseo, la alimentación y en definitiva, los hábitos de su día a día son cuestiones que el trabajador social sanitario debe abordar para tratar de lograr el mayor bienestar posible de la persona en su nueva situación.

Podríamos decir que aporta carácter social a la medicina, alternativas a las dificultades sociales que surgen con la aparición y el transcurso de la enfermedad, con el objetivo de tratar de evitar los desajustes que se producen como consecuencia de la pérdida de salud. Aporta la visión compleja de lo social, imprescindible para el abordaje integral de los problemas de salud de las personas.

Se usará para ello el método básico de intervención en Trabajo Social que consiste en detectar una necesidad, establecer el diagnóstico social, concretar el plan de intervención profesional, ejecutarlo y evaluarlo.

Según la Asociación FEAFES la intervención debe de ser bipartita, por un lado mediante la realización de un proyecto individualizado que incluya el desarrollo de las habilidades sociales y, por otro lado, actuaciones sobre el entorno más cercano, como por ejemplo, asesoramiento a las familias o el desarrollo de soportes sociales destinados a ofrecer los apoyos necesarios. El trabajador social realizará, por tanto, intervenciones rehabilitadoras y de integración social.

Es la población con la que trabaja y su psicopatología la que define de forma específica la intervención del trabajador social en salud mental, pues dependiendo de la problemática que el paciente posea, la intervención social será de una manera u otra.

Considerando función como el ejercicio propio de una profesión que desarrolla en la práctica profesional diaria podemos distinguir cuatro funciones principales del profesional del Trabajo Social:

Función preventiva, de promoción e inserción social

El objetivo de esta función es conseguir la plena integración y participación del usuario dentro de la comunidad y la vida social consiguiendo además, reducir el estigma y la aceptación de este.

- Establecer estrategias de intervención en la prevención y promoción de la salud.
- Estudio social de los riesgos comunitarios propios de la comunidad, pues estos varían según territorios y contextos.
- Incorporar metodologías y técnicas de intervención social.

Función de atención directa

Es la intervención que se realiza para y con individuos, familias y grupos que presentan o pueden llegar a presentar problemas de índole social, en relación con un problema de salud. El objetivo de esta actuación se dirige a trabajar los propios recursos del paciente y la familia con el fin de potenciar sus capacidades para que sean ellos mismos quienes logren el cambio que precisan, pues es de este modo, el único de todos que logren una estabilidad duradera de la intervención.

- Información general sobre recursos sanitarios y sociales.
- Información sobre los derechos y deberes de la persona atendida y de sus familiares.
- Aportar la valoración social que el paciente precisa, además de su entorno, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud para lograr entre todo el equipo multidisciplinar una intervención integral adecuada.
- Detección de dificultades o problemas sociales que dificultan la integración en la comunidad y el desarrollo de una vida social normalizada. Esta detección será llevada a cabo durante las entrevistas.
- Diagnóstico social que deberá ser incluido en el historial clínico pues aporta la visión global del contexto de la persona necesaria.
- Orientación y asesoramiento en la toma de decisiones y posibilidades viables.
- Desarrollar las capacidades psicosociales de la persona logrando que se convierta en protagonista de su propio cambio. Favoreciendo la aparición de recursos personales logrando el empoderamiento.
- Potenciar las habilidades sociales de la persona para su desarrollo en la sociedad.
- Gestión de casos cuyo objetivo es contribuir a la estabilidad clínica del paciente y a su integración en la comunidad mediante actividades dirigidas a garantizar la continuidad de cuidados a través de la coordinación e integración de todas las actividades sanitarias y sociales de salud mental implicadas en el proceso asistencial de trastornos mentales complejos.

- Mediación entre los diferentes agentes que intervienen en cada caso siendo una figura neutral que favorezca el diálogo y resolución de conflictos de manera extrajudicial.
- Promover cambios que garanticen calidad de vida para lograr un mayor estado de bienestar de la persona y su entorno social.
- Favorecer la integración social en la comunidad logrando una vida social normalizada.
- Plan de trabajo individualizado atendiendo a las necesidades emergentes y latentes de la persona. Este plan debe estar meditado y trabajado para lograr mayor efectividad.
- Registrar la actividad realizada y emitir, si fuera necesario, el informe social.
- Atender la problemática familiar y social de sus redes más cercanas.
- Creación y participación de grupos de autoayuda.
- Realización de protocolos de derivación a otros dispositivos de la red cuando fuera imposible seguir trabajándolo desde nuestro servicio, o cuando precisemos que necesita usar varios dispositivos a la vez.

Función de coordinación

En cuanto al rol que desempeña, en el equipo de atención a la salud mental al trabajador social se le considera como el especialista de lo social y en las organizaciones y servicios sociales (Pellegero, N., 1992).

En concreto, los trabajadores sociales, por su parte, son los que mejor preparados están para asegurar el adecuado desempeño de las relaciones comunitarias (Guimon, 2002).

Por tanto, debe conocer los servicios del entorno e informar tanto a los usuarios como a las familias y a los compañeros del equipo, para poder incorporarlos a los planes de actuación individualizados.

El profesional de trabajo social sanitario es la referencia entre el equipo sanitario y los servicios sociales, pues conoce los recursos y los procesos de

ambas redes, a la vez que participa en el desarrollo de los procesos de actuación conjunta.

- Coordinación con el equipo sanitario.
- Coordinación con los servicios educativos, laborales, judiciales, policiales, etc.
- Asistencia a reuniones del equipo y coordinaciones con el conjunto de dispositivos existentes dentro de la red de recursos.
- Colaboración en actividades formativas tales como docencias, sesiones clínicas y formaciones continuadas.

Función de investigación

Explorar determinantes sociales que tienen relación en el proceso salud-enfermedad y las intervenciones sociales más eficaces.

- Sistematizar la práctica.
- Diseñar programas, protocolos, guías..
- Actualizar catálogos y carteras de servicios.

2. La lucha contra el estigma

Uno de los conceptos más conocidos acuñados para analizar la enfermedad mental dentro de las ciencias sociales y concretamente de los servicios sociales, con el mérito de haber repercutido en la medicina y en el conjunto de la sociedad, ha sido el de estigma de Erving Goffman (1963).

Necesitamos campañas de lucha contra el estigma implicando a los medios de comunicación para que no den una información sensacionalista, dañando aún más a los enfermos. Evitaría desconocimiento y por tanto el miedo a esta situación, mejorando la respuesta social y la del propio enfermo además de la de su familia.

Otra medida interesante sería la utilización del lenguaje con responsabilidad evitando el etiquetar a las personas en unos síntomas determinados y verlas en su contexto y situación personal única e irrepetible.

Todo esto, como movimientos sociales que son, sería una de las funciones principales del trabajador social. Es una función principal del trabajador social en cualquiera de los ámbitos que se encuentre, y especialmente en el ámbito de la salud mental por tratarse de un campo con mucho desconocimiento por parte de la población. Debemos concienciar a la comunidad. Indicar las formas de prevenir, el reconocimiento de síntomas y actuaciones en casos de brote para que, de este modo, las personas tengan unos mínimos conocimientos de actuación en el caso de encontrarse en esta situación.

RECURSOS DISPONIBLES

Hay disponible un amplio catálogo de servicios no sanitarios dentro de la salud mental. Los principales problemas son la rigidez en la gestión y asignación de dichos recursos (especialmente las residencias y pisos tutelados y los programas de apoyo a la autonomía en el domicilio) y las listas de espera.

Los recursos asistenciales de asistencia psiquiátrica existentes en la Comunidad de Castilla y León se pueden dividir en dispositivos de asistencia psiquiátrica y en recursos económicos.

1. Dispositivos de asistencia psiquiátrica

Centro de Salud Mental de Adultos, presta atención ambulatoria a los pacientes mayores de 18 años correspondientes a su distrito psiquiátrico. Se realiza una valoración diagnóstica, tratamiento y seguimiento de los trastornos mentales. Apoyar y asesorar a los Equipos de Atención Primaria en la atención a los problemas de salud mental de la población asignada.

Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil, atención ambulatoria a los pacientes menores de 18 años para valoración diagnóstica, tratamiento y seguimiento de los trastornos mentales. Apoyar y asesorar a los Equipos de Atención Primaria y Servicios de Pediatría atención a los problemas de salud mental de la población asignada.

Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (Unidad de Agudos), valoración diagnóstica, tratamiento y cuidados asistenciales en régimen de hospitalización para los pacientes que presentan una situación de crisis y/o reagudización de sus trastornos psiquiátricos. Interconsulta psiquiátrica a pacientes ingresados en otros servicios del hospital que lo precisen y apoyo a las urgencias hospitalarias.

Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil (de Referencia Regional), valoración diagnóstica, tratamiento y cuidados asistenciales de pacientes menores de 18 años con trastornos psiquiátricos que requieren

atención en régimen de hospitalización. Ingresos para realizar un periodo de observación diagnóstica en cuadros de elevada complejidad o para ajustes en las pautas de tratamiento. Consultoría a Equipos de Salud Mental Infanto-Juveniles, Pediatría y Atención Primaria.

Hospital de Día Psiquiátrico y Programa de Hospitalización Parcial, atención especializada alternativa a la hospitalización completa, en régimen de hospitalización diurna, evitando, en la medida de lo posible, la separación de la persona en tratamiento de su medio familiar y social. Facilitan el alta desde de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, proporcionando soporte, supervisión y monitorización al paciente para favorecer su adaptación progresiva a la vida comunitaria. En nuestra comunidad existen dos Hospitales de Día específicos:

- Hospital de Día Infanto-Juvenil.
- Hospital de Día para Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria de Referencia Regional, valoración diagnóstica, tratamiento y cuidados asistenciales en régimen de hospitalización para pacientes residentes en la comunidad que presentan graves trastornos de la conducta alimentaria resistentes a tratamientos previos. Realización de consultorías en este ámbito para el resto de las Áreas de Salud de la Comunidad.

Unidad de Convalecencia Psiquiátrica, atención en régimen de Hospitalización a las fases subagudas de la patología psiquiátrica con la finalidad de reestructurar y reorganizar la personalidad tras una crisis o una recaída. Así, atienden la fase de convalecencia de pacientes agudos y las reagudizaciones de pacientes crónicos que requieran un régimen de media estancia (1 a 3 meses).

Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica Atención, en régimen ambulatorio de día para pacientes con enfermedad mental grave y prolongada que requieren contención externa, con el objetivo de rehabilitar las déficits psicosociales

recuperables y mejorar la autonomía del paciente. Preparación para la reinserción social y laboral.

Centro de Rehabilitación Psicosocial, prestar atención especializada en régimen ambulatorio a pacientes con trastorno mental grave derivados desde los Equipos de Salud Mental de referencia y excepcionalmente desde las Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica. Rehabilitación de déficits psicosociales recuperables dirigidos a pacientes con enfermedad mental grave y prolongada que tienen dificultades de integración familiar, social o laboral.

Unidad de Patología Dual (Drogodependencias-Enfermedad Mental) de Referencia Regional, atención especializada en régimen de hospitalización para pacientes que presenten un trastorno mental en comorbilidad con una drogodependencia y ésta no pueda abordarse en otro dispositivo de la red de asistencia psiquiátrica. Control sintomatológico, tratamiento y desintoxicación de pacientes con consumo activo de tóxicos orientado a la remisión de la patología psiquiátrica y la abstinencia del consumo de drogas.

Unidad de Patología Dual (Enfermedad Mental- Discapacidad intelectual) de Referencia Regional, atención especializada en régimen de hospitalización de pacientes con Enfermedad Mental-Discapacidad Intelectual, valoración diagnóstica, tratamiento psiquiátrico y psicológico especializado, terapias de reeducación y rehabilitación dirigidas al control sintomatológico de la patología comórbida, logrando un mayor nivel de adaptación del paciente con objeto de potenciar su autonomía.

Unidad de Rehabilitación de Referencia Regional, para personas con Enfermedad Mental Grave y Prolongada Proporcionar un servicio de asistencia sanitaria rehabilitadora a personas con enfermedad mental grave y prolongada, para las cuales no existan plazas disponibles en un momento dado, en los centros sanitarios de asistencia psiquiátrica de Sacyl, con el objetivo de promover la adquisición y/o recuperación de habilidades y

competencias necesarias para asegurar el funcionamiento del paciente en la comunidad en las mejores condiciones de normalización y calidad de vida.

Unidad de Cuidados Continuados Rehabilitadora de Referencia Regional, atención especializada en régimen de hospitalización en régimen de hospitalización de larga estancia a personas con enfermedad mental grave y prolongada que se encuentren en situación de permanente desestabilización clínica y de un fuerte impacto conductual que impida la convivencia familiar, el desempeño social o la participación en programas de rehabilitación.

Unidad de Desintoxicación Hospitalaria de Referencia Regional, atención especializada en régimen de hospitalización para pacientes que presenten una drogodependencia secundaria al consumo activo de tóxicos. Control sintomatológico, tratamiento y desintoxicación de tóxicos con objeto de lograr la remisión de la patología psiquiátrica y la abstinencia del consumo de drogas.

Recursos sociales comunitarios

- Mini residencias, se destinarán a aquellos que se encuentren en situación clínica estable que necesiten un alojamiento y que por sus necesidades de apoyo no puedan acceder en un primer momento a un recurso de vivienda. El objetivo de estos lugares será proporcionar con carácter temporal o definitivo los servicios de alojamiento, manutención, cuidado, apoyo personal y social, así como la habilitación y el apoyo a la integración de estas personas.
- Pisos de "El Puente", la Asociación FEAFES cuenta con tres viviendas apoyadas con un total de 11 plazas concertadas con la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León.

Programa Tratamiento Comunitario, son pisos supervisados sanitarios de transición con una estancia máxima de seis meses. Están destinados a personas con enfermedad mental que se encuentran en tratamiento en la red de asistencia psiquiátrica del área y que tienen la necesidad de

entrenamiento de habilidades básicas e instrumentales de la vida diaria en un entorno normalizado. Vinculado a procesos de rehabilitación.

El objetivo del programa es mejorar la autonomía de los pacientes con EMGP en curso de rehabilitación. Facilitar la transición entre las unidades de rehabilitación y el domicilio del paciente o en su caso un recurso social. Posibilitar el acceso de la población rural a los centros de rehabilitación psicosocial y completar el proceso rehabilitador.

2. Recursos humanos

El mapa sanitario de Castilla y León está formado por 11 Áreas de Salud y 244 Zonas Básicas de Salud. Contamos con 219 Centros de Salud y 239 Equipos de Atención Primaria, constituidos por un conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios entre los que se encuentra el trabajador social. Estos profesionales desarrollan actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Los Equipos de Atención Primaria están directamente implicados en la atención psiquiátrica y la salud mental; asumen la detección inicial de los trastornos psiquiátricos y la asistencia a los problemas psíquicos de la población general que no requieren una atención especializada. Colaboran, asimismo, en la elaboración y desarrollo de programas de salud mental e intervienen de forma relevante en el traslado urgente de enfermos mentales en situación de crisis.

Tabla 1 Recursos humanos en Atención Primaria: Estructura de efectivos. Castilla y León, 2002.

	Nº de profesionales	Ratio (Nº profesionales/100.000 hab.)
Médicos de familia	2.347	94,25
Pediatras	218	8,75
Otros facultativos	91	3,65
ATS / DUE	2.010	80,71
Auxiliares de enfermería	189	7,59
Otros sanitarios	315	12,65
Psicólogos	29	1,16
Trabajadores sociales	72	2,89
Otros no sanitarios	1.340	53,81
Total	6.611	265,47

Fuente: Dirección General de Recursos Humanos. Gerencia Regional de Salud, 2002.

Tabla 2 Recursos humanos de carácter sanitario en diferentes dispositivos de la Red de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de Castilla y León.

	ESM	EPIJ	UHP	URP	CRP	HDP/PHP	Ratio (Nºp/100.000 hab.)
Psiquiatras	83	10	34,5	12	--	3,5	5,74
Psicólogos	50	4,5	4,5	5,5	11,5	2,5	3,15
ATS/DUE	39,5	3	84	48,5	2	4	7,27
Trabajadores Sociales	14	--	5	6	3,5	1,5	1,20
Auxiliares de Clínica	19	1	99	102	20,5	4	9,86
Terapeutas Ocupacionales	--	--	1,5	4	3	1,5	0,40
Total	205,5	18,5	228,5	178	40,5	17	27,63

(*) NOTA: Los recursos humanos con dedicación parcial a más de un dispositivo computan en fracciones. ESM = Equipos de Salud Mental; EPIJ = Equipos de Psiquiatría Infanto-Juvenil; UHP = Unidades de Hospitalización Psiquiátrica; URP = Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica; CRP = Centros de Rehabilitación Psicossocial; HDP / PHP = Hospitales de Día Psiquiátricos y Programas de Hospitalización Parcial.

Fuente: Sistema de Información Autonómico de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, 2002.

La tabla muestra que los dos dispositivos con mayor número de profesionales son las Unidades de Hospitalización, con 228,5 trabajadores y los Equipos de Salud Mental con 205,5. En cuanto a las ratios de profesionales del conjunto de dispositivos, existen 5,74 psiquiatras, 3,15 psicólogos, 7,27 ATS/DUE, 1,20 trabajadores sociales, 9,86 auxiliares de clínica y 0,40 terapeutas ocupacionales por cada 100.000 habitantes.

Lo que demuestra que, aunque haya sido incluido el Trabajo Social en el ámbito de la salud mental aún falta mucho desarrollo, ya que, es una profesión que tiene una intervención muy necesaria para las personas que sufren malestar psíquico y para sus redes sociales, pero sin embargo, tiene un ratio de profesionales por habitantes poco considerable pese a la enorme importancia que posee.

PROPUESTAS DE ADAPTACIÓN

Después de haber realizado este trabajo, mi experiencia como estudiante y en las prácticas, me dispongo a realizar algunas reflexiones para tratar de contribuir a la mejora de la disciplina del Trabajo Social en el ámbito de la salud mental.

Es cierto que en las clases no se puede abordar todos los casos, ya que al tratarse de personas, resulta impredecible y por tanto, imposible. Pero si considero que el tema de la salud mental está prácticamente abandonado en el transcurso de la formación académica. Distintos profesionales me han comentado que anteriormente si que estaba incluido en el currículo académico y considero que al tratarse de un sector más de abordaje por parte del profesional de la intervención social, debería dársele la importancia que tiene. Y en mi opinión, este sería uno de los primeros pasos a dar para otorgarle importancia en la posterior labor profesional.

En el ámbito laboral, como abordamos en el punto **recursos humanos**, es evidente la escasez de recursos humanos en cuanto a trabajadores sociales me refiero en el área de la salud mental. Y dada la importancia de lo social dentro de lo clínico, considero necesario un mayor porcentaje de profesionales de la intervención social en este área. De este modo, podríamos afrontar la numerosa demanda acontecida debido a la crisis y, también explotar mucho más los recursos personales de los propios profesionales.

Por otra parte, el protocolo de actuación en salud mental es el siguiente: el paciente va a su médico de atención primaria y o bien pide cita o es el médico quien lo deriva a salud mental. Una vez allí, el trabajador social o enfermería, realizan una primera entrevista y el paso posterior es darle cita con psicólogo o psiquiatra. Pues bien, me parece un protocolo adecuado hasta el momento en que llega alguien cuya sintomatología es más propia de factores sociales que médicos. Entonces, igual de primeras no requiere terapia clínica pero sí intervención social, debido a problemas relacionados con la salud mental y que, por tanto, quedarían excluidos de las competencias del trabajador social

del CEAS y es por ello que ha sido derivado a salud mental y no a CEAS, pero siendo de todos modos competencias sociales y no sanitarias.

Del mismo modo que existen terapias de relajación conducidas por psicólogos, considero necesario más talleres de habilidades sociales o escuelas de familia o de redes sociales.

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

CONCLUSIONES

Lo comunitario es un espacio que siempre ha caracterizado al Trabajo Social y que cada vez está teniendo más importancia y más profesiones se están nutriendo de este ámbito.

El modelo que rige nuestra sociedad exige la participación del usuario. Por ello, debemos adquirir unas habilidades como profesionales que permitan esta participación en el proceso de ayuda.

La adaptación de la profesión del Trabajo Social a los cambios sociales ha supuesto la implantación y el desarrollo fructífero de esta disciplina.

Como respuesta a la crisis, hemos creado un nuevo recurso: el profesional. Y esto supone un avance en cuanto, no suponernos meros gestores de recursos.

Nuestra profesión siempre se ha caracterizado por la visión general del problema. Sin embargo, hoy en día los problemas sociales son cada vez más complejos, lo que creo exige una especialización sin perder la esencia integral y global del problema.

Sería necesario fortalecer la formación para lograr el reconocimiento de la profesión en las diferentes materias, y en la salud mental en particular.

Supone un menoscabo ser los únicos profesionales no sanitarios dentro del equipo multidisciplinar que aborda el tema de la salud mental.

No debemos ser auxiliares de otras profesiones sino marcar nuestra identidad y aportar algo nuevo que ellos no sean capaces.

La salud mental está compuesta por un colectivo vulnerable y delicado en el cual no podemos dejar que una persona no acceda a recursos a los cuales tenga derecho pero no se puede menospreciar su capacidad en la toma de decisiones.

BIBLIOGRAFÍA

- Aznar López, M. (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.
- Cabot, R. C. (1915). *Report of the chairman of the committee on health*. National Conference on Social Welfare.
- Cabrera Forneiro, J. (1994). *La enfermedad mental ante la ley*. Madrid: ARAN S.A.
- FEAFES. (1997). *La esquizofrenia: de la incertidumbre a la esperanza "La esquizofrenia de la familia"*.
- FEAFES. (2008). *¿Qué es una enfermedad mental?*.
- Fernández, J. (1997). La supervisión del trabajo social en salud mental. *Revista de Trabajo Social*, 145, 48-58.
- Gálvez Guillén, E.M. (1997). *Calidad asistencial y cualificación profesional. La formación continuada*. Madrid: Lifofinter.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Nueva York: Anchor Books.
- Guimon Ugartechea, J. (2002). *Los profesionales de la salud mental: actividades, vicisitudes y formación*. Ginebra, Madrid y Nueva York: Core Academia.
- Guimon Ugartechea, J. (2008). *Salud mental basada en las pruebas*. Bilbao: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.
- Lasarte, C. (2005). *Parte general y derecho de la persona*. Ed. Marcial Pons. Madrid. Págs. 177; 244-246.
- Mayor del Hoyo, M.V. (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.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *¿Qué es la salud mental?*
- Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/

- Pellegrero, N. (1992). *El trabajo social en un dispositivo de salud mental en Atención Primaria*. Barcelona: Ediciones Doyma.
- Ramos López, A. y Díaz Palarea, M.D. (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.
- Richmond, M.E. (1917). *Diagnóstico Social*. Nueva York.
- Segura, A. (1999). Las estructuras de salud pública en España: un panorama cambiante. *Revista Gaceta Sanitaria*, 13 (3), 218-225.
- Urueña Hidalgo, A. (2006). La especialidad: un requerimiento para el Trabajo Social en la salud mental. *Revista de Trabajo Social*, 178, 35-41.
- VV.AA. (2008). Consenso sobre promoción de la salud mental y disminución del estigma. Madrid: Edita AEN.