



TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL

“EN DEFENSA DE LA CAPACIDAD” EL TRABAJO SOCIAL EN LOS PROCESOS DE MODIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD CIVIL EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

Autora:

Dña. Ana Crespo Garay

Tutor:

D. Juan María Prieto Lobato

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID
CURSO 2017-2018

Fecha de Entrega: 12 de junio de 2018

Para Petrita,

Agradecimientos

En primer lugar, agradecer a mi tutor el haberme sabido exigir, el guiarme y acompañarme durante todo mi TFG, gracias por motivarme, por animarme y por la confianza depositada en mi.

A mi familia, mi madre, mi padre y mi hermana, por haber estado ahí siempre, apoyándome, queriéndome e insuflándome energías cuando más lo necesitaba.

A mis compañeras por haberse convertido en amigas, por estos cuatro años juntas y por todo lo que hemos compartido y vivido en ese tiempo.

Índice General

Agradecimientos	4
Índice de figuras	6
Relación de siglas empleadas	6
Resumen	7
1. Introducción	8
1.1. Objeto.	8
1.2. Objetivos.	8
1.3. Interés y oportunidad de este Trabajo de Fin de Grado.....	8
1.4. Metodología y estructura del trabajo.....	9
2. Persona y Enfermedad Mental Grave	10
2.1. El concepto Enfermedad Mental Grave: las tres “D”.	10
2.2. Hacia una comprensión multidimensional de la Enfermedad Mental Grave.	12
2.2.1. Factores ambientales, personales y sociales que influyen en la persona.	12
2.2.2. Problemáticas a las que se enfrentan.	14
2.2.3. Necesidades existentes en el colectivo.	15
3. Marco legislativo y regulación del procedimiento de modificación de la capacidad civil	17
3.1. Qué debemos saber sobre la capacidad.	17
3.2. Secuenciación del proceso de modificación de la capacidad civil.	19
3.3. Documentación relevante en el procedimiento.	22
4. Políticas sociosanitarias para la atención de la Enfermedad Mental Grave	25
4.1. Dispositivos, prestaciones sociales y recursos sanitarios disponibles en Castilla y León.	27
5. Salud Mental y Capacidad	29
5.1. Breve referencia a la evolución histórica del papel del/la trabajador/a social en la Psiquiatría.	30
5.2. El/la trabajador/a social en el equipo multidisciplinar.	31
5.3. Funciones del/la trabajador/a social en Salud Mental.	32
5.4. Competencias e importancia del/la trabajador/a social en el procedimiento.	35
5.5. Alternativas a la incapacitación. Hay más caminos.	36
5.6. Propuestas y opciones de mejora.....	40
6. Conclusiones	43
7. Bibliografía	45

Índice de figuras

Figura nº1. Las tres “D”	12
Figura nº2. La persona como ser bio-psico-social.....	14
Figura nº3. Necesidades de la persona.....	17
Figura nº4. La capacidad civil.....	18
Figura nº5. Esquema del proceso de modificación de la capacidad civil.....	22
Figura nº6. Comparativa de los documentos aportados al/la Juez.....	24
Figura nº7. Niveles legislativos.....	27
Figura nº8. Evolución histórica del Trabajo Social hospitalario y psiquiátrico.....	31
Figura nº9. El/la trabajador/a social como nexo y unión.....	34
Figura nº10. Figuras de protección.....	38
Figura nº11. Autotutela vs Poderes preventivos.....	39

Relación de siglas empleadas

CC	Código Civil
EMG	Enfermedad Mental Grave
LEC	Ley de Enjuiciamiento Civil

Resumen.

Los procesos de modificación de la capacidad civil están presentes en nuestra sociedad y son una dinámica con la que los/as trabajadores/as sociales debemos trabajar, siendo las personas con enfermedad mental, uno de los colectivos más afectados por dichas modificaciones.

A través de estos procesos se persigue que, mediante sentencia judicial firme, la capacidad de obrar de la persona se modifique en aras a la protección de su persona, haciendo que ésta quede alienada de sus libertades y tenga un/a representante que la sustituya.

Cierto es que, en muchas ocasiones, las personas con enfermedad mental requieren de apoyos y ayudas extras para la protección de sus derechos, ahora bien, ¿qué otras alternativas podríamos hacer desde el Trabajo Social para evitar estas incapacitaciones?

Palabras clave: Salud Mental, capacidad civil, enfermedad mental, alternativas

Abstract.

The processes of modifying the civil capacity are present on our society and they are becoming a reality which the social workers have to deal with. People with a mental illness are one of the groups that are more affected by these modifications.

Through these processes is pursued that, by a final judicial sentence, the capacity to act of a person is modified so as to protect them, making them feel alienated from their freedom and having a representative who replaces them.

It is true that in several occasions, people that have a mental illness need support and extra help to protect their rights, now, what other alternatives could we do from Social Work in order to avoid these incapacities?

Keywords: Mental Health, civil capacity, mental illness, alternatives

1. Introducción.

El trabajo que tiene en sus manos comprende una recopilación documental sobre las personas con enfermedad mental grave que son o han sido sometidas a procesos de modificación de la capacidad civil, procesos en los que trataremos en profundidad el papel que posee el/la profesional del Trabajo Social junto con alternativas a dichos procedimientos de cara a evitar la pérdida de libertades y dignidad por parte de las personas que se ven sometidas a ellos.

1.1. Objeto.

El objeto de estudio de este Trabajo de Fin de Grado es el colectivo de personas con enfermedad mental grave sometidas a procesos de modificación de la capacidad civil, centrándonos en el funcionamiento de estos procesos y su legislación; pero sobre todo en el papel que tiene el/la profesional del Trabajo Social y los informes que éste/a puede aportar a dichos procesos de modificación de la capacidad civil; poniendo siempre en relieve la parte social que envuelve a dichos procedimientos y a las personas inmersos en ellos. Además, se contemplarán propuestas, opciones de mejora y alternativas a los mismos.

1.2. Objetivos.

- Exponer la legislación vigente en materia de procesos de modificación de la capacidad civil y su funcionamiento.
- Subrayar la necesidad de tener en cuenta la parte social en los procesos de modificación de la capacidad civil.
- Conocer y profundizar en las competencias y funciones que el/la trabajador/a social posee en dichos procesos y en el campo de la Salud Mental.
- Concienciar sobre la importancia de la parte social de la persona a la hora de tomar una decisión sobre su capacidad civil.
- Proponer alternativas y propuestas de mejora en el campo de las incapacitaciones.

1.3. Interés y oportunidad de este Trabajo de Fin de Grado.

Los procesos de modificación de la capacidad han sido y son una realidad, cuando se considera que una persona no posee la capacidad de autogobierno suficiente, médico/a y juez/a emiten los informes y las sentencias pertinentes para que esa persona cuente con la “protección” que es necesaria para ella. Sin embargo, a la hora de decidir, de dictar sentencia firme, el único informe pericial con carácter obligatorio es el informe médico.

Decidir sobre la capacidad o no de una persona en base a un solo informe médico no es ni suficiente para dictar sentencia, ni justo para la persona. Pues debemos comprender y concebir a la persona como un todo que está influenciado por más aspectos que la variable salud-enfermedad. Entorno, redes de apoyo y sociales, circunstancias personales... son determinantes en el proceso ya que forman parte de la vida de la persona, de ahí la importancia de considerar al informe social pericial como obligatorio en estos procesos de modificación de la capacidad civil. Ya que dicho informe puede ser pedido por el/la juez/a, pero no presenta carácter preceptivo.

Por otro lado, es importante dar y aportar la mirada social en los procesos de modificación de la capacidad civil, puesto que no es algo que sólo dependa de padecer o no una enfermedad mental grave, sino que también tiene que ver con su situación y circunstancias; es multifactorial y holístico, por ello no sólo debe tenerse en cuenta la parte médica y de salud, no hay que olvidar la parte social y humana del proceso, es una persona y no un trastorno mental.

En lo que compete a nuestra profesión, el Trabajo Social, nuestro Código Deontológico establece en sus páginas que nos debemos a la persona, a su bienestar, y por ello debe ser defendido, debemos luchar porque la persona pueda mantener su capacidad civil siempre que sea posible y no suponga un peligro para ella misma o el resto. Está en nuestras manos proporcionarle los instrumentos y herramientas necesarias para que la persona pueda autogobernarse eficazmente y podamos evitar, en la medida de lo posible, quitar las libertades que se suprimen cuando a alguien se le declara “incapaz”.

1.4. Metodología y estructura del trabajo.

La metodología prevista en este Trabajo de Fin de Grado consistirá en una recopilación y análisis de diferentes fuentes documentales, tales como revistas científicas, libros, artículos... con el objetivo de obtener la máxima información sobre el tema en cuestión, para poder desarrollar más tarde cada uno de los apartados requeridos. Por lo que podemos decir que emplearemos una metodología cualitativa basada en el estudio documental.

En cuanto a su estructura, se compondrá de cuatro apartados diferenciados, pero a su vez relacionados entre ellos. En el primero de ellos nos aproximaremos a la persona con enfermedad mental grave, de cara a conocer qué es, cómo afecta a las vidas de estas personas, las problemáticas que presentan y necesidades, además de los factores que les influyen. Siguiendo a este apartado, expondremos el procedimiento de modificación de la capacidad civil, con la legislación y documentación más relevante. A continuación, nos adentraremos en el sistema asistencial castellano y leonés al que tiene acceso este colectivo. Por último, analizaremos el papel del/la profesional del Trabajo Social y las alternativas y propuestas existentes a esta medida incapacitatoria.

2. Persona y Enfermedad Mental Grave.

El colectivo que vamos a tratar, personas con Enfermedad Mental Grave (en adelante EMG), es un colectivo muy diverso y heterogéneo y en el que en ocasiones no existe una delimitación clara debido a su complejidad, por ello es importante conocer qué es la EMG, sus límites, características y todo lo que influye en la persona que la padece.

2.1. El concepto Enfermedad Mental Grave: las tres “D”.

El concepto de EMG es un término complejo que abarca a un colectivo de personas muy heterogéneo, extenso y diverso y por ello, no se ha alcanzado un consenso, debido a lo cual nos encontramos con diferentes definiciones del mismo.

Antes de comenzar con esta breve aproximación es necesario que conozcamos la diferencia existente entre Enfermedad y Trastorno pues, aunque son términos casi sinónimos, tienen matices que les diferencian. *“El término “trastorno mental” es más amplio que el de “enfermedad mental” y se aplica a cualquier alteración genérica de salud mental, sea o no consecuencia de una alteración somática conocida. Los diagnósticos psiquiátricos no son siempre diagnósticos de enfermedad”* (Caballero, 2007: 5389), por lo que podemos decir que el término enfermedad cuenta con una catalogación, mientras que el trastorno está compuesto por una serie de síntomas que no se encuentran enmarcados dentro de una enfermedad concreta.

El concepto enfermedad cuenta con una catalogación específica, mientras que el concepto trastorno son un conjunto de síntomas no enmarcados en una enfermedad concreta

La Organización Mundial de la Salud define como *“todo trastorno manifiesto de las funciones mentales, lo bastante específico desde el punto de vista clínico para que pueda ser identificado con seguridad, refiriéndolo a un patrón claramente definido, y lo bastante grave como para que origine una pérdida de la capacidad profesional o de trabajo o la aplicación de medidas judiciales y sociales”* (OMS, 2017).

Mientras que la Guía de Estilo de FEAFES define un trastorno o enfermedad mental como *“una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje, el lenguaje, lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo”* (FEAFES, 2008: 24).

Por otro lado, el IMSERSO (2007), define a las personas con EMG como *“aquellas (personas) que padecen síntomas de psicosis funcional (típicamente diagnosticadas como esquizofrenia, trastorno bipolar, pero también otras), y que como consecuencia de su enfermedad padecen discapacidades persistentes”*. A su vez, el Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre define trastorno mental como *“conjunto de síntomas*

psicopatológicos identificables que, interfieren el desarrollo personal, laboral y social de la persona, de manera diferente en intensidad y duración”.

Y así nos podemos seguir encontrando con más definiciones sobre la EMG o el Trastorno Mental y sobre las personas que le padecen. Por lo que podemos afirmar, que no existe una definición exacta y única sobre este término. Sin embargo, y como apuntan Sobrino y Rodríguez (2007), se han delimitado tres dimensiones que deben cumplir las personas que pertenecen a este colectivo. Estas tres dimensiones, diagnóstico, discapacidad y duración fueron recogidas por el Instituto Nacional de Salud Mental de EE. UU. en 1987.

La dimensión **diagnóstico** está relacionada con la identificación del trastorno psiquiátrico grave, siempre y cuando la persona tenga una edad inferior a 65 años, ya que a este colectivo de mayores de 65 años se les incluye en otros servicios distintos a los de Salud Mental. De acuerdo con las autoras Sobrino y Rodríguez (2007), aquí se incluyen *“fundamentalmente psicosis y especialmente esquizofrenias”* pero también se incluyen los trastornos bipolares, depresivos graves, delirantes y otros como los de personalidad.

La dimensión **discapacidad** se relaciona con la anterior, cuando una persona tiene un diagnóstico de enfermedad mental, ésta trae, entre otras consecuencias, presentar una discapacidad o un déficit que se materializa en *“dificultades para el manejo y desenvolvimiento autónomo en las diferentes áreas de la vida personal y social”* (Sobrino y Rodríguez, 2007: 17), es decir, dificultades de funcionamiento psicosocial. Lo que hace que la persona no pueda enfrentarse de manera adecuada *“a gran parte de las exigencias de la vida personal y social”* (Sobrino y Rodríguez, 2007: 17). De acuerdo con Blanco y Pastor (citado en Sobrino y Rodríguez, 2007: 17-18), estas dificultades en el desempeño social deben valorarse en las siguientes grandes áreas:

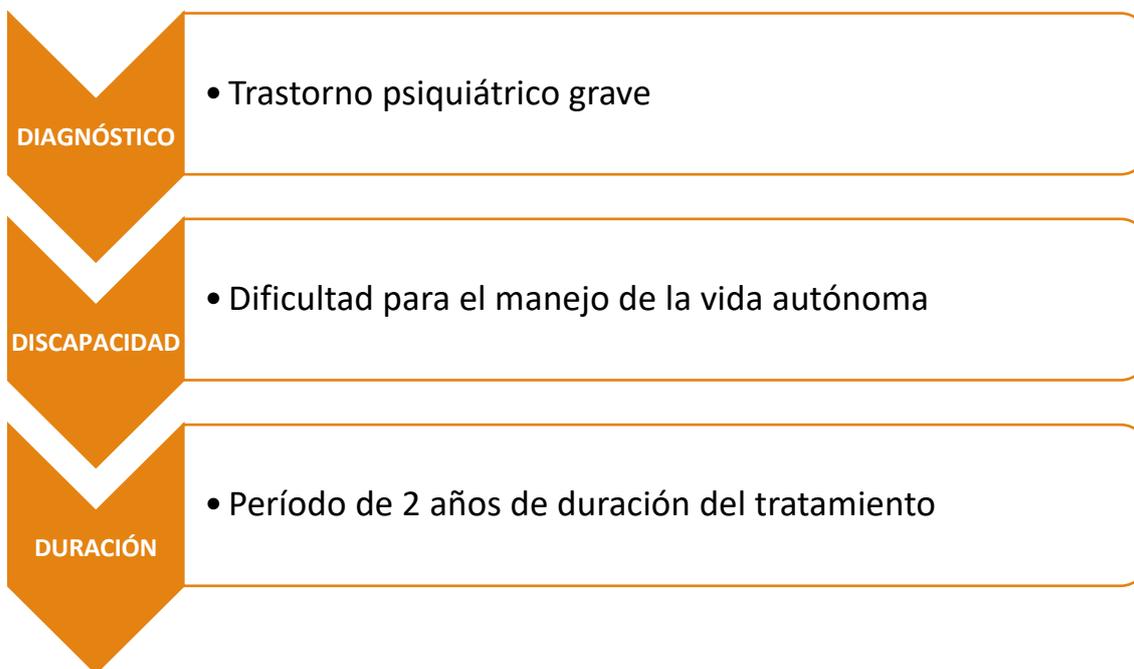
- Autocuidados
- Autonomía
- Autocontrol
- Relaciones interpersonales
- Ocio y tiempo libre
- Funcionamiento cognitivo
- Funcionamiento laboral

La dimensión **duración** implica cronicidad en la enfermedad, se ha tomado como criterio un período de dos años de duración de tratamiento, debido a que los principios de una enfermedad mental son difusos y complicados de delimitar. Este período implica un carácter crónico, con larga evolución y duración, comparable a otras enfermedades crónicas como pueden ser el hipotiroidismo o la diabetes, ya que se trata de enfermedades sin cura, pero que con el adecuado tratamiento y apoyo permiten una vida normalizada.

Dos años de tratamiento es el periodo empleado para la dimensión duración de una EMG

Teniendo en cuenta todo lo anterior, para considerar que una persona tiene una EMG debe cumplir los criterios establecidos en las tres dimensiones (diagnóstico, discapacidad y duración), es decir, tener una esquizofrenia, una psicosis u otro trastorno diagnosticado, un mal funcionamiento psicosocial o con dificultades y presentar cronicidad, de unos 2 años aproximadamente.

Figura nº 1. Las tres "D".



Fuente: elaboración propia

2.2. Hacia una comprensión multidimensional de la Enfermedad Mental Grave.

El colectivo de personas con EMG es un colectivo muy diverso y heterogéneo, sin embargo, a la hora de enfrentarse a la sociedad, a la vida en común y a la suya propia, presentan unas problemáticas y dificultades similares. Y es que estas problemáticas, dificultades y necesidades no se limitan únicamente al terreno médico, al patológico, sino que van más allá y afectan a funcionamiento psicosocial, personal, familiar y en la comunidad. Además, dichas situaciones pueden estar influenciadas por distintos factores.

2.2.1. Factores ambientales, personales y sociales que influyen en la persona.

Hemos visto que el concepto de EMG, no se trata de un concepto únicamente clínico, sino que también tiene en cuenta la parte psicológica y social del individuo, por lo que podemos afirmar que estamos ante un concepto bio-psico-social, de ahí que los factores que influyen en él sean de distinta naturaleza.

Factores ambientales, expuestos en el Modelo de Atención a Personas con EMG del IMSERSO:

- *“Las oportunidades a las que pueden acceder.*
- *La idoneidad de las ayudas disponibles.*
- *Las actitudes sociales (estigma).*
- *La accesibilidad y calidad de tratamientos.*
- *La pertenencia a determinados grupos sociales.*
- *Las normas sociales.*
- *La cultura y el estilo de vida condicionado por el entorno.*
- *Factores políticos, factores demográficos, geográficos y naturales.” (IMSERSO, 2007: 31).*

Y también los factores personales:

- *“El género y edad.*
- *Las circunstancias de su salud o existencia de otras enfermedades concomitantes.*
- *Estilo de afrontamiento de la enfermedad y personalidad.*
- *Extracción social.*
- *Educación, profesión.*
- *Experiencias pasadas” . (IMSERSO, 2007: 32).*

La persona es un ser holístico, compuesto por diversos factores, de ahí su concepción bio-psico-social

A estos factores ambientales y personales se unen los factores sociales, íntimamente relacionados con los dos anteriores, pues éstos últimos se ven influenciados por circunstancias personales y ambientales concretas como son el estrés o a la dificultad de interactuar socialmente que, en ocasiones, dan pie a que posibles episodios de crisis se produzcan más fácilmente. Es necesario recordar que estos factores, tanto ambientales, como personales y sociales, pueden obstaculizar o favorecer la evolución de la enfermedad de la persona.

Nos gustaría añadir que la OMS (2018), además de estos factores ya mencionados, incluye los *“culturales, económicos y políticos”*, pero también destaca que otros factores que pueden influir son *“el estrés, la herencia genética, la alimentación, las infecciones perinatales y la exposición a riesgos ambientales”*.

Figura nº 2. La persona como ser bio-psico-social.



Fuente: elaboración propia

2.2.2. Problemáticas a las que se enfrentan.

- ❖ Dificultad en el diagnóstico de la enfermedad.
- ❖ Presencia de una discapacidad, a pesar de seguir el tratamiento adecuado.
- ❖ Son enfermedades crónicas que afectan a la persona a lo largo de toda su vida.
- ❖ Tras el diagnóstico, necesidades de reajuste del Proyecto de Vida de la persona.
- ❖ Dificultad en el autocuidado y autogestión de sus vidas.

La persona con EMG, al igual que cualquier otra enfermedad, presenta una serie de problemas asociados. Tener una enfermedad de este tipo implica que se haya realizado un correcto diagnóstico y se haya determinado un tratamiento adecuado para la misma. Aquí surge el primer problema, normalmente el diagnóstico de estas enfermedades es complejo y muchas de ellas no se manifiestan hasta la vida adulta.

A esto hay que sumar que este tipo de enfermedades suponen, como hemos visto anteriormente una discapacidad, ya sea en mayor o menor grado de afectación, lo que provoca que la vida de la persona se vea alterada, pues incluso con tratamiento adecuado estas discapacidades siguen estando presentes. Además, al tratarse de enfermedades crónicas su duración es larga y va a afectar a toda su vida, en el terreno personal, académico, social e incluso profesional, por lo que cuando se produce un diagnóstico de este tipo, se tiene que realizar un reajuste en su proyecto de vida, se tiene que pasar a un proyecto de vida más acorde con su nueva situación, teniendo en cuenta las limitaciones funcionales, pero también sin perder el valor de la persona, sus preferencias e intereses.

Toda enfermedad trae consigo una serie de dificultades asociadas a ésta

Este colectivo se enfrenta a dificultades en diferentes áreas de sus vidas, presentan problemas a la hora del autocuidado, la autonomía personal, el control de su conducta y su capacidad para tener iniciativa y motivación. Esto se ve reflejado en las personas cuando descuidan sus hábitos de vida, es decir, higiene, ropa... a la hora de gestionar su dinero e incluso su vivienda y alimentación, cuando ante situaciones de estrés social reaccionan de manera fuera “de lo común”, cuando están apáticos/as y abúlicos/as, lo que les afecta gravemente en sus trabajos y relaciones sociales.

Pero también se enfrentan a problemas cuando tienen que relacionarse con los demás, cuando acceden a servicios (sanitarios, sociales, de atención), en su trabajo, e incluso a la hora de gestionar su tiempo libre y participar activamente en la comunidad. Pues su red social suele ser escasa, lo que provoca aislamiento, además presentan muchas dificultades a la hora de tener y mantener un trabajo y de defender sus derechos.

Como podemos ver todas estas problemáticas están interrelacionadas, pues sin un diagnóstico claro no se puede poner un tratamiento adecuado, lo que impedirá que esta persona tenga la atención necesaria para controlar su enfermedad, lo que provocará que por sus síntomas y también por su falta de autocuidado, en ocasiones, sufra situaciones de aislamiento y le resulte especialmente complicado mantener relaciones interpersonales normalizadas y un empleo estable, y sin esto último, no podrá gozar del apoyo económico que proporciona un sueldo, haciendo que sea su familia la que le ayude, lo que puede producir en ésta una sobrecarga de cuidado.

A todo esto se suma, tal y como recoge el IMSERSO:

- Expectativa de vida es de media 10 años menor que la población sana.
- Están más expuestos a padecer problemas médicos y a que estos permanezcan sin diagnosticar.
- Alta incidencia de muerte por suicidio (10%).
- Frecuentes situaciones conflictivas en el seno de su red natural, especialmente su familia.
- Altísima tasa de desempleo (entre el 60% y el 90%).
- Gran dependencia económica en su mayoría.
- Tendencia al consumo abusivo de sustancias.
- Padecen efectos secundarios de los medicamentos.
- Estigmatización. (IMSERSO, 2007: 32).

2.2.3. Necesidades existentes en el colectivo.

Como hemos visto, los problemas que presenta una persona con enfermedad mental son muy variados, esto hace que las necesidades que tiene este colectivo también sean múltiples y diversas y muy vinculadas a las enfermedades psiquiátricas que les son diagnosticadas, estas necesidades, de acuerdo con Gisbert (2002) pueden ser clasificadas en diferentes ámbitos o esferas, nos encontramos con:

- **Atención y tratamiento de la salud mental:** precisan de un diagnóstico correcto y su correspondiente tratamiento para poder mantener de manera adecuada su sintomatología evitando por todos medios que las recaídas aparezcan o que, por lo menos, éstas puedan ser controladas y surjan con menor frecuencia.
- **Atención en crisis:** a pesar del correcto tratamiento, en ocasiones, las recaídas son inevitables, por ello, será vital la intervención profesional para que la estabilización psicopatológica sea subsanada a la mayor brevedad, posibilitando una rápida recuperación.
- **Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social:** muchas enfermedades, debido a su cronicidad y diagnóstico, a pesar del tratamiento, hacen que las discapacidades persistan, por ello, este colectivo precisa de una intervención profesional y social que le permita la incorporación a la vida comunitaria y familiar de una manera normalizada.
- **Rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mundo del trabajo:** no hay mayor indicador de inclusión que tener un empleo sin embargo, para estas personas su enfermedad, en numerosas ocasiones, supone un gran obstáculo, por ello, está en nuestra mano, como profesionales, dotar a estas personas de las herramientas e instrumentos necesarios para que puedan adquirir las habilidades necesarias requeridas en un puesto de trabajo (de empleo protegido o normalizado). Por otro lado, también debemos potenciar esta incorporación.
- **Alojamiento y atención residencial comunitaria:** las dificultades de acceso a vivienda de este colectivo suelen ser muy grandes, sobre todo, cuando las familias no pueden o no quieren hacerse cargo, por ello debemos proveer una red residencial a este colectivo para evitar situaciones de riesgo, exclusión y marginación.
- **Apoyo económico:** la falta de trabajo, sumada a la dificultad que tienen estas personas para tener y mantener un puesto de trabajo, hace que su capacidad económica se vea comprometida. Por ello, se debe apoyar a estas personas para evitar situaciones de pobreza y exclusión y mejorar así su vida, a través de prestaciones o ayudas económicas.
- **Protección y defensa de sus derechos:** este colectivo es especialmente vulnerable, tiene muchas barreras y obstáculos a los que enfrentarse para poder lograr una vida normalizada, por ello debemos asegurarnos de que sus derechos son defendidos y también protegidos.
- **Apoyo a las familias:** en la gran mayoría de las ocasiones, las familias son el principal recurso de apoyo a la persona con enfermedad mental, y en ocasiones se ven sobrecargadas y sobrepasadas por la situación, por ello se las debe cuidar, proporcionarles el apoyo adecuado, asesorando y acompañando.

Figura nº 3. Necesidades de la persona.



Fuente: elaboración propia

3. Marco legislativo y regulación del procedimiento de modificación de la capacidad civil.

Antes de adentrarnos en el procedimiento de modificación de la capacidad civil de una persona, es necesario conocer alguna de la terminología más empleada en estos procesos, conceptos claves que nos van a ayudar a comprender cómo son estos procedimientos.

3.1. Qué debemos saber sobre la capacidad.

Dos conceptos muy importantes que van a marcar todo el proceso son capacidad jurídica y capacidad de obrar, entender dichos conceptos supone entender el proceso de modificación de la capacidad civil.

De acuerdo con Cerrada (2014) la **capacidad jurídica** es aquella que posee toda persona por el mero hecho de haber nacido, por ser persona; por lo que la definimos como “*la aptitud para ser titular de derechos subjetivos y deberes jurídicos*”, es, entonces “*la aptitud innata de toda persona para ser sujeto de relaciones jurídicas*” (Cerrada, 2014: 18).

Podemos afirmar que esta capacidad, a lo largo de la vida de la persona, se mantiene invariable y uniforme, no admite grados ni modificaciones, se trata de una capacidad inalterable. Como añade González (2009: 68), esta capacidad *“es independiente de su edad y estado físico o mental (de la persona), y que sólo se pierde con la muerte”* de la misma.

Esta capacidad jurídica es la que reconoce, según Castán (citado en Cerrada, 2014: 17) la *“tenencia y goce de los derechos”* sin embargo, *“la aptitud para el ejercicio de los mismos, y para concluir actos jurídicos”* es la que se identifica con la **capacidad de obrar o capacidad de ejercicio**.

Siendo esta última *“la aptitud para el ejercicio de los derechos de los que se es titular, para obrar eficazmente en el ámbito jurídico”* (Cerrada, 2014: 18), es decir, esta capacidad implica que la persona pueda *“producir libremente efectos jurídicos mediante actos propios, conscientes y voluntarios”*. Toda persona adquiere esta capacidad de obrar, cuando alcanza la mayoría de edad (18 años) como así está establecido en el Código Civil (en adelante, CC) en su artículo 315, salvo los casos especiales establecidos en el mismo.

Dicha capacidad de obrar, a diferencia de la anterior, contempla modificaciones o graduaciones en función de las aptitudes de cada sujeto. Sin embargo, estas modificaciones deben estar recogidas en una sentencia judicial firme, determinada por el/la correspondiente Juez/a, de acuerdo con las causas establecidas en la Ley de Enjuiciamiento Civil (en adelante, LEC), que dice que *“la sentencia que declare la incapacitación determinará la extensión y los límites de ésta, así como el régimen de tutela o guarda que haya de quedar sometido el incapacitado”* (LEC, art. 760.1.).

Estos dos conceptos anteriores, capacidad jurídica y capacidad de obrar, nos conducen al término **capacidad civil** que es aquella formada por la suma de ambas.

Figura nº 4. La capacidad civil.



Fuente: elaboración propia

En cuanto al concepto de **incapacitación** es necesario destacar que no existe definido como tal en ningún documento legislativo (CC, LEC...) relacionado con estas modificaciones de la capacidad civil. Sin embargo, nos quedamos con la definición aportada por O’Callaghan (citado en Cerrada, 2014: 45) que dice que *“la incapacitación es la privación de la capacidad de obrar de una persona física, en principio capaz, por sentencia, por causas fijadas en la ley”*.

Por otro lado, es necesario hablar de la capacidad de **autogobierno** de una persona, pues es lo que determina en gran parte que una persona sea declarada capaz o incapaz, ya que para que una persona vea restringida su capacidad civil no tiene únicamente que presentar una discapacidad permanente, sino que además, esa discapacidad debe suponerla restricciones o impedimentos a la hora de ejercer su autogobierno. Como apunta Cerrada (2014: 57) la discapacidad que presenta la persona debe incidir de tal manera en *“la persona que ésta no pueda actuar responsablemente en la defensa de sus propios intereses”*, siendo este matiz, el que apunta el autor, el *“criterio delimitador de las causas de incapacitación”*.

Es decir, si la persona presenta una discapacidad, física o psíquica, por muy grave que sea, si ésta le permite realizar *“actos o negocios jurídicos con mínimas garantías de que se actúa con conciencia y voluntad, de que se realizan los actos libres y voluntariamente”* como defiende O’Callaghan (citado en Cerrada, 2014: 57) el proceso de modificación de la capacidad civil no podrá ser iniciado ni llevado a cabo ya que esta persona no presenta problemas a la hora de autogobernarse a sí misma.

3.2. Secuenciación del proceso de modificación de la capacidad civil.

El artículo 199 del CC establece que *“nadie puede ser declarado incapaz sino por sentencia judicial en virtud de las causas establecidas en la Ley”* (CC art. 199). El procedimiento para alcanzar esa situación de capacidad civil modificada es muy riguroso y tiene diversos pasos a seguir en los que intervienen distintos/as profesionales. Este procedimiento se ampara en el CC y en la LEC de 7 de enero de 2000.

Meléndez (2012: 95) define el proceso de modificación de la capacidad civil como *“aque/ trámite judicial que pretende una sentencia en la que a tenor del artículo 760/1º de la LEC se declare la extensión y límites de la incapacidad de obrar que afecta a una persona, y el régimen de guarda al que queda sujeto”*. Este proceso de modificación de la capacidad civil está contemplado en el Capítulo Segundo, del Título Primero, del Libro IV de la LEC, *“de los procesos sobre la capacidad de las personas”*, artículos 756 a 763.

Es necesario destacar como apunta Picatoste (2006) que toda persona se presume capaz hasta que una prueba muestre lo contrario. La determinación de dicha incapacidad debe venir provocada por alguna de las causas recogidas en el artículo 200 del CC que establece que *“son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma”* (CC art. 200).

Como recoge Fernández (2011: 59) el elemento determinante en el proceso es el *“carácter psíquico de la enfermedad o deficiencia y su persistencia en el tiempo y, como consecuencia de ello, la imposibilidad de la persona para gobernarse por sí misma”*.

Teniendo en cuenta todo lo anterior comenzamos la explicación del propio procedimiento de modificación de la capacidad civil de una persona.

La persona competente para el trámite de los procesos sobre la capacidad de las personas recae sobre la figura del/a Juez de Primera Instancia del lugar en el que la persona presunta incapaz reside (LEC, art. 756). Dicho proceso, es necesario mencionar, que está regulado bajo los trámites correspondientes al juicio verbal establecido en el artículo 753 de la LEC.

El inicio de este proceso puede ser legitimado por: el/la propio/a presunto/a incapaz, por su cónyuge o persona que se encuentre en situación asimilada, por sus ascendientes, descendientes o por sus hermanos/as, por el Ministerio Fiscal o por autoridades o funcionarios/as públicos que conozcan la situación del/la mismo/a. En el caso de menores debe ser promovido por quienes ejerzan su tutela o patria potestad. Y en el caso de prodigalidad por el/la cónyuge, o quienes perciban alimentos o estén en situación de hacerlo (o sus representantes legales) sino será promovido por el Ministerio Fiscal, todo ello queda regulado en el artículo 757 de la LEC.

Una vez iniciada la demanda *“el presunto incapacitado será el demandado en este procedimiento. Puede comparecer en el proceso con su propia defensa y representación. Si no lo hiciera, será defendido por el Ministerio Fiscal, siempre que no haya sido éste el promotor del procedimiento”* (Picatoste, 2006: 56) en caso de que esto último ocurriera, al/la presunto/a incapaz se le asignará un/a defensor/a judicial.

Tras esta admisión de la demanda, el/la interesado/a recibirá una respuesta en el plazo de 20 días. En caso de que no se admita la demanda, ésta será inadmitida y la persona interesada podrá realizar un recurso de apelación de la misma si siguiera interesada.

A continuación, y tras la admisión de la demanda, el tribunal dará paso al juicio verbal (LEC, art. 753) y con él a las pruebas y audiencias (LEC, art. 759). En ellas, el tribunal tendrá que dar audiencia a los parientes más próximos de la presunta persona incapaz, en esta audiencia no sólo se concibe únicamente al grado de parentesco, sino que también se incluyen a aquellas personas, tales como vecinos/as o amigos/as que puedan aportar al tribunal un mayor conocimiento sobre la persona, es decir, que puedan exponer la conducta y el comportamiento de la persona, pero también sus hábitos de manera que dicho tribunal pueda *“calibrar la capacidad de autogobierno”* (Picatoste, 2006: 57) de la persona presunta incapaz de una manera más precisa.

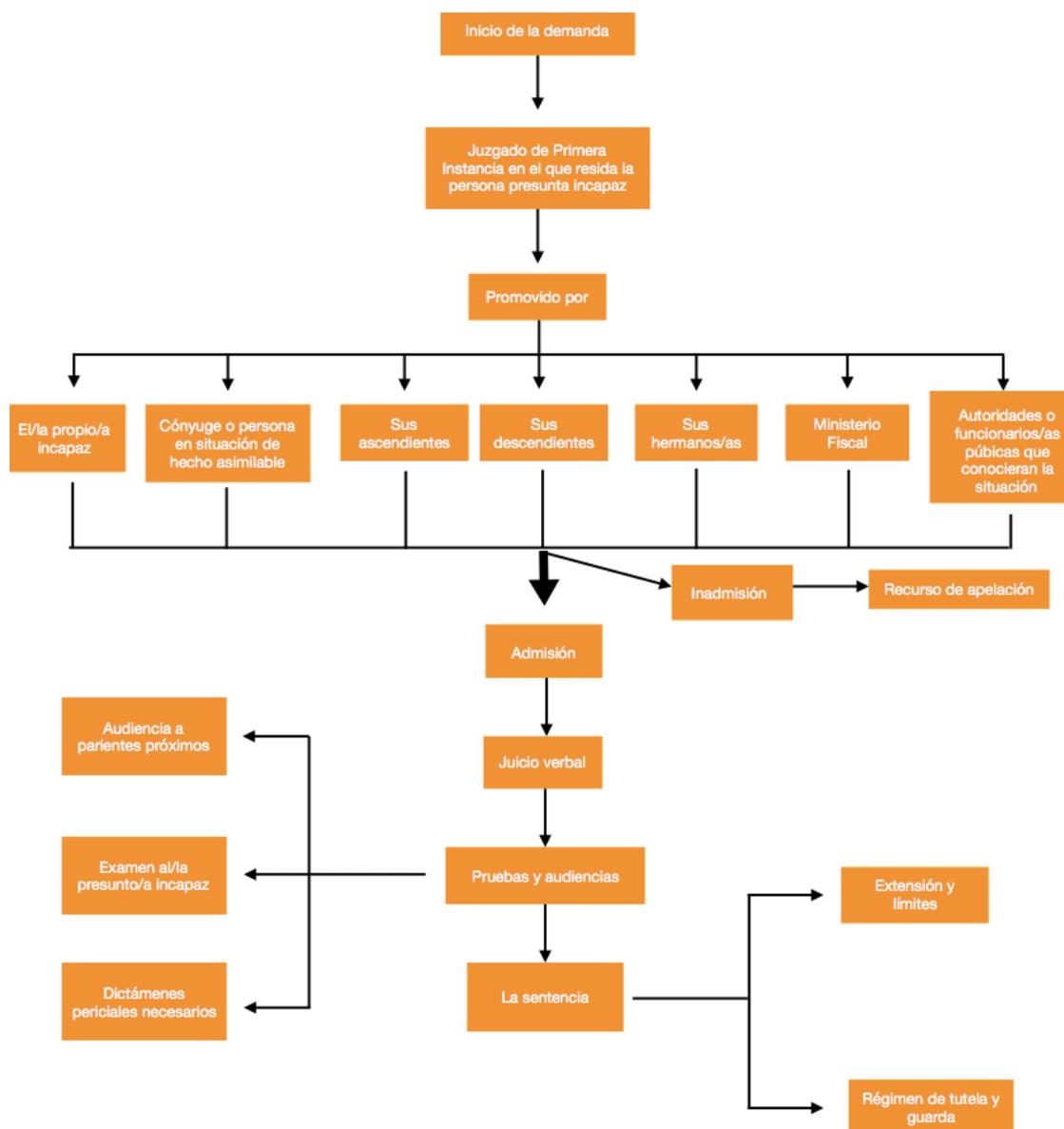
Además de esto, el tribunal también examinará por sí mismo a la persona y exigirá los dictámenes periciales que considere oportunos y necesarios, siendo siempre obligatorio el dictamen pericial médico, pues como apunta Picatoste (2006: 57) *“la misma ley dice que nunca se decidirá sobre la incapacitación sin previo dictamen pericial médico”*, es necesario destacar que este informe no está sometido a *“forma especial alguna”*.

Finalmente, una vez que el tribunal ha examinado todas las pruebas y audiencias, se da paso a la sentencia, en función del artículo 760 de la LEC. Tras la declaración de la sentencia, en un auto se establece la extensión y los límites de dicha modificación de la

capacidad civil. El tribunal tiene potestad para *“acordar una incapacitación plena, para todos los actos de la vida jurídica o establecer una incapacidad de carácter limitado, en cuyo caso deberá la sentencia recoger el repertorio de actos a los que la incapacidad se refiere”* (Picatoste, 2006: 59).

Por otro lado, en dicho auto deberá constar el régimen de tutela o guarda establecido y a quién le corresponde dicha función. Aquí podemos encontrarnos con: la tutela, la cual supone una representación de la persona con la capacidad civil modificada; la curatela, en ella el/la curador/a no sustituye a la persona, sino que la apoya y refuerza en las cuestiones patrimoniales; la patria potestad prorrogada *“los hijos que hubieran sido incapacitados quedará prorrogada, [...], al llegar aquéllos a la mayor edad”* (CC art. 171); y por último la patria potestad rehabilitada en la que *“si hijo mayor de edad soltero que viviere en compañía de sus padres o de cualquiera de ellos fuere incapacitado se rehabilitará la patria potestad, que será ejercida por quien correspondiere si el hijo fuera menor de edad”* (CC art. 171).

Figura nº 5. Esquema del proceso de modificación de la capacidad civil.



Fuente: elaboración propia

3.3. Documentación relevante en el procedimiento.

Uno de los documentos más importantes y que más peso tienen a la hora de dictar sentencia firme es el dictamen pericial médico, de acuerdo con la LEC *“nunca se decidirá sobre la incapacitación sin previo dictamen pericial médico, acordado por el tribunal”* (LEC art. 759.1).

La emisión de dicho informe le corresponde a un/a profesional del campo de la Medicina y su designación, como apunta Romero (2013), puede ser propuesta por las partes (parientes, Ministerio Fiscal o el propio protagonista del proceso) o nombrado directamente por el/la Juez. La especialización de dicho profesional médico no está

especificada en ningún artículo ni de la LEC ni del Código Civil, sin embargo y por lo general el/la médico encargado/a, será si es posible y de acuerdo con Cerrada (2014) un/a “médico-psiquiatra”.

El informe médico tiene carácter obligatorio y sólo comprende informaciones médicas

Este dictamen médico pericial deberá incluir una anamnesis completa de la persona presunta incapaz, incluyendo el historial médico con valoraciones, exploraciones, antecedentes y situación actual de la persona inmersa en el proceso. Como señala Toro y Vasquez (2016) todo dictamen pericial “*debe cumplir con tres características principales, debe ser: claro, preciso y detallado*” claro en cuanto a su exposición, preciso en lo referente a que únicamente debe hacer alusión a aquellas partes que son de especial relevancia para el caso y detallado en su información siendo ésta fundamentada y respondiendo a la demanda del caso.

De acuerdo con Meilán (2008: 89) en el informe médico debe reflejarse:

- El diagnóstico de la deficiencia o trastorno con la especificación de las manifestaciones clínicas.
- Incidencia de dicha patología en las bases que sustentan el autogobierno y la capacidad de decidir en libertad (elementos cognitivos y volitivos).
- Especificación de las actividades de la vida cotidiana que están limitadas o anuladas.
- Características evolutivas del proceso.
- Pronóstico, tanto por el origen de la enfermedad como por la posibilidad de aparición de factores que puedan condicionarlo o agravarlo.
- Especificar si es necesario tomar alguna posibilidad terapéutica que determinara tanto la medida de incapacitación como un posible internamiento involuntario.
- Valorar la reintegración de la capacidad si sobrevinieran nuevas circunstancias que lo aconsejen.

El trabajo del/la profesional que emite el informe no termina con la realización del mismo, sino que éste puede ser requerido por el tribunal quien, como apunta Cerrada (2014: 184) puede “*formular preguntas a los peritos y requerir de ellos explicaciones que considere oportunas en virtud de los principios de búsqueda de la verdad material y práctica de pruebas de oficio que rigen el proceso*”. Cabe destacar que la realización de este informe puede ser llevada a cabo también por parte de un/a psicólogo/a clínico facultado.

Otro de los informes que puede ser de gran relevancia para el caso es el dictamen social pericial, éste es redactado por un/a profesional del Trabajo Social, sin embargo no es un informe obligatorio para que el/la Juez dicte sentencia firme.

El informe social es realizado únicamente por un/a profesional del Trabajo Social y posee carácter específico. No es obligatorio

Este dictamen se realiza siguiendo la herramienta por excelencia de nuestra profesión, el informe social, ya que *“posee un contenido específico y diferenciador frente al informe emitido por profesionales de otras disciplinas, siendo por tanto competencia exclusiva como materia de Trabajo Social, y de forma expresa para los trabajadores sociales”* (Pérez, 2012: 44). Y entendemos por informe social lo expuesto en nuestro Código Deontológico Profesional, siendo éste un *“dictamen técnico que sirve de instrumento documental que elabora y firma con carácter exclusivo el profesional del Trabajo Social”*, todo lo reflejado en este informe *“se deriva del estudio, a través de la observación y la entrevista, donde queda reflejada en síntesis la situación objetivo, valoración, un dictamen técnico y una propuesta de intervención”* (Código Deontológico de Trabajo Social, Preámbulo).

En cuanto a su contenido, Pérez (2012: 77) expone que el dictamen pericial, debido a que su ámbito de interpretación es el judicial debe poseer las siguientes características:

- Ha de responder a la demanda específica que se nos formula.
- Debe ser conciso y limitado.
- No debe contener valoraciones jurídicas.
- Recogerá los datos relacionados con el asunto, aplicando las técnicas e instrumentos que nos son propios.
- No se podrá dar información que no hayamos contrastado.
- Tiene carácter confidencial. No se dará a terceros si el Juez no lo autoriza.
- Se debe realizar una buena exposición, que sea legible y entendible para el Juez.

Figura nº 6. Comparativa de los documentos aportados al/la Juez.

Dictamen médico pericial	Dictamen social pericial
<ul style="list-style-type: none"> • Carácter obligatorio • Realizado por un/a médico/a • Anamnesis completa de la persona • Diagnóstico • Indicencia de la patología en el autogobierno de la persona • Actividades de la vida cotidiana limitadas por la EMG • Características evolutivas • Pronóstico 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin carácter obligatorio • Realizado por un/a trabajador/a social • Debe responder a la demanda específica requerida • Conciso y limitado • No debe contener valoraciones jurídicas • Tiene carácter confidencial • Sólo debe aportar la información estrictamente relevante y necesaria para el caso

Fuente: elaboración propia

4. Políticas sociosanitarias para la atención de la Enfermedad Mental Grave.

El colectivo de personas con EMG es, como hemos visto, un colectivo que requiere de una atención coordinada y multidisciplinar en el que se pongan en juego todos los recursos que la persona precise con el fin de lograr que ésta alcance un nivel de vida adecuado.

Para ello debemos partir de un derecho establecido en nuestra Constitución, en el artículo 43 *“se reconoce el derecho a la protección de la salud. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”* (Constitución Española, arts. 43.1 y 43.2.).

Podemos afirmar que este artículo es el pilar básico sobre el que se fundamentan los planes, las estrategias y las carteras de servicios, prestaciones y recursos que están puestos a disposición de la Salud Mental y la Asistencia Psiquiátrica.

El artículo 43 de la Constitución vela por la protección de la salud y corresponde a los poderes públicos hacer efectivo este artículo. Base de la que parten todas las leyes de Sanidad

Dejando atrás la Constitución es necesario remontarnos a 1986, año en el que tuvo lugar la reforma psiquiátrica y la aprobación de la Ley General de Sanidad, para apreciar los inicios de la asistencia psiquiátrica a las personas. La aprobación de dicha ley y de la reforma promovió *“la equiparación de la persona que sufre enfermedad mental con el resto de patologías”* y *“el desarrollo de servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una atención integral buscando la coordinación con los servicios sociales para atender los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general”* (Giménez, 2015: 121). Y también supuso *“la integración de la asistencia psiquiátrica en el sistema sanitario general [...] y la descentralización del Estado con la progresiva transferencia de competencias en materia de sanidad a las comunidades autónomas”* (Garcés, 2015: 84).

Pero para que se produzca la transferencia de competencias de la que habla Garcés, previamente debe haberse establecido una regulación. En esta regulación de la que hablamos se instauran los mínimos exigibles a una comunidad autónoma que están recogidos en el Real Decreto 1030/2006, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Dicho Real Decreto tiene por objetivos los expuestos en su artículo primero en el que se habla de *“garantizar la equidad y la accesibilidad a una adecuada atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud”* (Real Decreto 1030/2006, art. 1) además, por otro lado también *“se especifican de forma más amplia las prestaciones, definiendo la cartera de servicios comunes de salud mental dentro de la atención especializada”* (Garcés, 2015: 85) y en su Anexo III de atención especializada se establecen las acciones que debe comprender la *“atención a la salud mental”*.

También es importante mencionar la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud dicha ley hace referencia a toda una cartera de servicios de la que pueden hacer uso todos/as los/as usuarios/as de los Servicios Sanitarios y Sociales, además pone de manifiesto el beneficio que supondría la actuación coordinada, conjunta y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales cuyo fin último y meta serán lograr la autonomía de las personas.

Y por supuesto, no nos podemos olvidar de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, la aprobación de esta ley implica para el colectivo de personas con EMG el poder gozar de toda una serie de recursos, servicios y prestaciones adecuados a sus necesidades y adaptados a sus problemáticas que les aporten los apoyos necesarios para lograr su Proyecto de Vida.

La Ley 39/2006 supuso para el colectivo de personas con EMG un avance en cuanto a servicios y recursos a los que tienen acceso

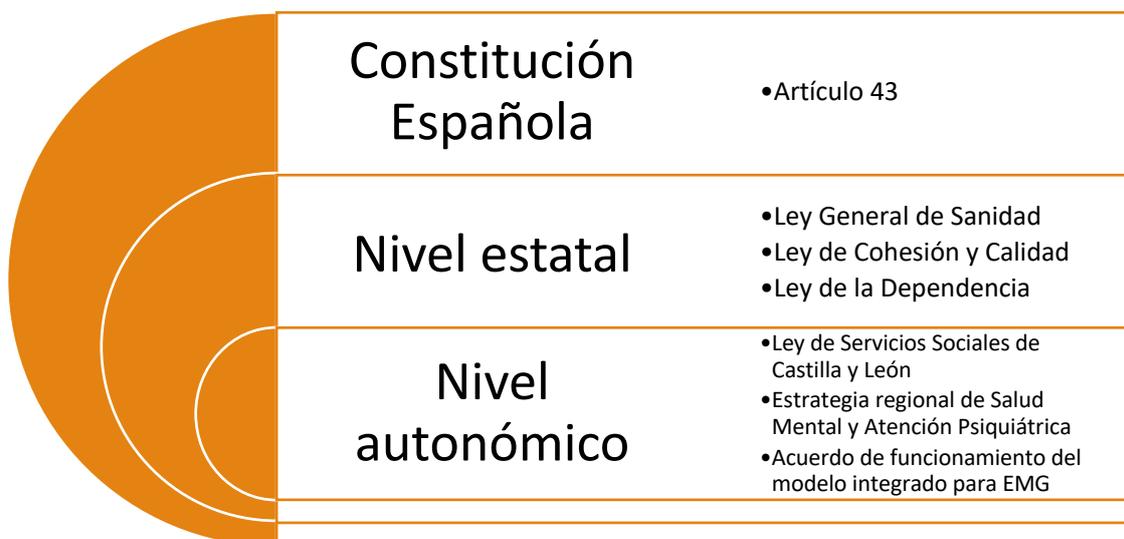
En cuanto a nivel autonómico y regional, una vez fijados los mínimos exigibles a las comunidades autónomas en las legislaciones y decretos estatales, ahora ellas son las protagonistas.

Destacamos la Ley 16/2010, de Servicios Sociales de Castilla y León, en esta ley se establece el catálogo de servicios sociales de Castilla y León y se contempla un catálogo de servicios sociales de ámbito local y las competencias que le corresponden a estas entidades locales. En dicha ley se plantean las prestaciones esenciales y no esenciales y su acceso a las mismas, además de los derechos de las personas usuarias de éstas, y por supuesto, también sus deberes como perceptores de dichas ayudas. También es materia de regulación de esta ley, los equipos multidisciplinares de profesionales.

Es necesario hablar de la Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León. Dicha estrategia surge ante la necesidad creciente de atender cada vez a un mayor número de personas con problemas de salud mental, por ello, Castilla y León reunió en este documento un mapa de recursos y dispositivos destinados a la salud mental y planteó en el mismo una serie de objetivos y las líneas estratégicas a seguir para el logro de dichos objetivos.

Por otro lado, está el acuerdo 66/2016, por el que se aprueban las directrices que ordenan el funcionamiento del modelo integrado de atención sociosanitaria para personas con discapacidad por enfermedad mental, en él se establece que el colectivo de personas con EMG son un ámbito que requiere una *“intervención profesional proactiva, flexible y cercana, basada en apoyos”* para que puedan alcanzar su Proyecto de Vida a través de las prestaciones y dispositivos expuestos en el acuerdo.

Figura nº 7. Niveles legislativos.



Fuente: elaboración propia

4.1. Dispositivos, prestaciones sociales y recursos sanitarios disponibles en Castilla y León.

En la Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León de la consejería de sanidad de la Junta de Castilla y León se contemplan los siguientes dispositivos:

- **Atención Primaria:** centros de salud y equipos de atención primaria. Son la puerta de entrada al sistema sanitario, en ellos nos encontramos con distintos tipos de profesionales que llevan a cabo diversas actividades tales como prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Decimos que son la puerta de entrada puesto que son quienes detectan los problemas de salud mental y la asistencia que esas personas precisan. Estos centros cuentan con Unidades de Apoyo Especializadas.
- **Equipos de Salud Mental (ESM).** Se trata de equipos multidisciplinares ubicados en cada Área de Salud de Castilla y León y que conforman el eje fundamental de la asistencia psiquiátrica.
- **Equipos de Psiquiatría Infanto-Juvenil (EPIJ).** Son Equipos de Salud Mental destinados a los/as menores de 18 años que padecen una enfermedad mental.
- **Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP).** Unidades localizadas en los hospitales generales de las provincias castellano y leonesas dedicadas al ingreso de las personas que por su sintomatología así lo requieran (personas en situación de crisis).
- **Hospitales de Día Psiquiátricos (HDP) y Programas de Hospitalización Parcial (PHP).** Dispositivos intermedios entre la hospitalización de agudos y la comunidad. Su fin es, por un lado, evitar la ruptura de la persona con su entorno social y familiar y por otro, permitir una continuidad en el tratamiento.
- **Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA).**

- **Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica (URP).** Su objetivo es conseguir que las personas que acuden a ellas logren adquirir el mayor nivel de autonomía posible a través de un tratamiento e intervención multidisciplinares. Estas unidades constituyen servicios hospitalarios.
- **Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRP).** A diferencia de los anteriores no poseen un carácter hospitalario, su régimen es ambulatorio y su intervención se centra en la integración familiar, social y laboral.
- **Hogares protegidos.** Se trata de alojamientos comunitarios que buscan lograr alcanzar un nivel de autonomía adecuado para poder pasar a vivir de forma autónoma. Dichos alojamientos pueden ser supervisados o tutelados.
- **Unidad Residencial Psiquiátrica de Referencia Regional.** Combinan los cuidados sociales y sanitarios en personas cuyas necesidades son mayores y en las que los dispositivos anteriores no han tenido éxito o no han sido suficientes.
- **Centros Especiales de Empleo.** Se trata de acercar el empleo a personas con EMG, un empleo adaptado y más flexible a su situación, un empleo protegido.
- **Red de Asistencia a Drogodependencias.** Aquí se coordinan centros y servicios tanto pertenecientes a la Sanidad Pública como al Sistema de Acción Social, junto con centros privados, que sirven de apoyo y complemento a estas patologías duales.
- **Otros recursos.** En Castilla y León destacamos las diversas Asociaciones de Enfermos Mentales (FEAFES) y la Fundación Tutelar de Enfermos Mentales (FECLEM).

El acuerdo 66/2016, de 27 de octubre, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueban las directrices que ordenan el funcionamiento del modelo integrado de atención sociosanitaria para personas con discapacidad por enfermedad mental, establece *“la red de prestaciones sociales y recursos sanitarios de responsabilidad pública”*, dicha red está compuesta por:

- **Recursos sanitarios.** En ellos nos encontramos dos niveles, atención primaria y atención especializada.
- **Prestaciones de servicios sociales.** Para acceder a ellas, el proceso ha debido ser iniciado por el Equipo Mixto Provincial o por la Comisión Mixta Regional. Aquí nos encontramos:
 - **Residencias.** Servicio de alta supervisión, se trata de unidades de convivencia en las que se trabaja y potencia la autonomía y capacidades de las personas con EMG. Este servicio incluye alojamiento y manutención. Lo que se pretende con estas residencias es lograr una atención integral y continuada, adaptada a las necesidades de las personas.
 - **Viviendas supervisadas.** Alojamientos cuyo fin es lograr la inclusión social a través de un estilo de vida normalizado, promoviendo siempre la autonomía de las personas. Cuentan con una supervisión menos intensa que las residencias, pero con asistencia telefónica las 24 horas.
 - **Centro de día.** Durante las mañanas, en estos centros, se trabaja la autonomía y capacidades de las personas, poniendo especial atención en la inclusión laboral.

- **Servicio de Asistencia Personal.** Acompañamiento profesionalizado para dar apoyo a las personas en situación de dependencia por EMG en el desarrollo de las actividades que formen parte de su Proyecto de Vida.
- **Servicio de Promoción de la autonomía personal.** Intervenciones encaminadas a la prevención o reducción de una limitación por razón de discapacidad, pero también aquellas intervenciones dirigidas a mantener y mejorar las capacidades de la persona.
- **Equipos para la promoción de la autonomía personal (EPAP).** Su función es la de dar apoyo comunitario a las personas con EMG en su entorno habitual evitando la institucionalización y las largas estancias hospitalarias. Se trata de un recurso de atención especializada.

A todos estos dispositivos, prestaciones y recursos de responsabilidad pública hay que añadir los disponibles a través de asociaciones, fundaciones y entidades del tercer sector de titularidad privada, pero que conforman una gran red de ayuda y apoyo para estas personas.

5. Salud Mental y Capacidad.

El campo de la Salud Mental es un ámbito en el que los/as trabajadores/as sociales tenemos mucho que aportar, pues somos capaces de dar la mirada social que las personas con EMG precisan, una mirada que va a hacer que la persona deje de ser considerada únicamente como un trastorno o enfermedad que tratar y medicar, para pasar a ser tratada como lo que es, como una persona con un proyecto de vida que seguir y cumplir. El colectivo de personas con enfermedad mental grave es un colectivo que presenta altas situaciones de vulnerabilidad y gran riesgo de exclusión, por ello el/la trabajador/a social cobra especial relevancia a la hora de intervenir y atender a este colectivo.

Por otro lado, el/la profesional del Trabajo Social, cada vez va ganando más protagonismo en el ámbito de la administración de la justicia, sin embargo, aún queda mucho que trabajar, pues las personas que entran en el circuito del sistema judicial normalmente lo hacen por los problemas, generalmente de índole social, que arrastran y como profesionales que somos de lo social, debemos estar ahí. Como vamos a ver, los/as trabajadores/as sociales ya están presentes en los equipos de profesionales de los Juzgados de Primera Instancia, relacionados con las familias, pero aún queda camino por recorrer.

5.1. Breve referencia a la evolución histórica del papel del/la trabajador/a social en la Psiquiatría.

El surgimiento del Trabajo Social en Psiquiatría nos hace viajar hasta Estados Unidos, durante las primeras décadas del siglo XX. Como apunta Miranda (2015: 70) *“de la misma manera que nos referimos a Richard Cabot en lo que al sistema sanitario se refiere, tenemos que referirnos a Adolf Meyer en el terreno de la Salud Mental”*, Meyer es un psiquiatra suizo que migró a Estados Unidos; con él y con su esposa, Mary Potter Brooks, podríamos decir que nace el Trabajo Social Psiquiátrico.

Meyer daba gran importancia al entorno social de la persona para la comprensión y diagnóstico del trastorno mental, *“concedía especial importancia a la entrevista con las familias, introduciendo una visión holística, para lo que necesitaba la presencia del Trabajo Social en su equipo”* (Miranda, 2015: 70). Su mujer se encargaba de realizar visitas a domicilio y conocer a la familia y entorno de la persona, esta mujer fue *“la primera trabajadora social que sistematizó un programa para ayudar a los pacientes y a sus familias en colaboración con los médicos”* (Miranda, 2015: 70).

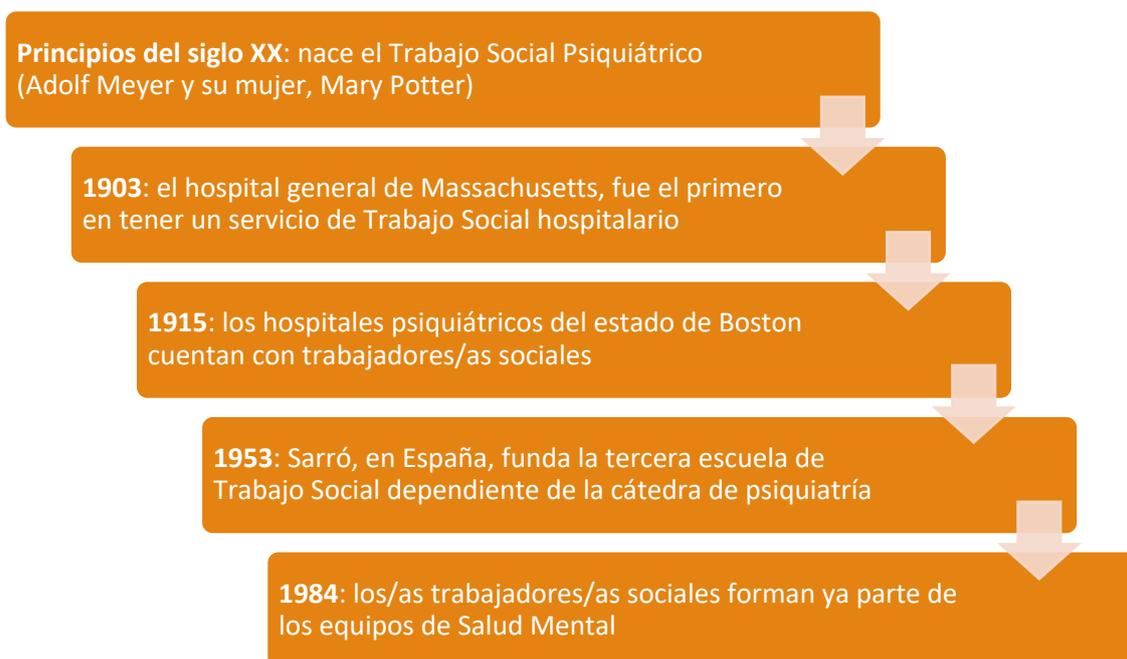
Para poder seguir hablando del Trabajo Social psiquiátrico, tenemos que mencionar al Massachusetts General Hospital de Boston, se trata del primer hospital que contó con un servicio de Trabajo Social hospitalario fue en 1903, años más tarde, en 1915 todos los hospitales psiquiátricos de dicho estado contaban con trabajadores/as sociales en sus equipos.

Sin embargo, a España esta incorporación profesional al mundo hospitalario y psiquiátrico fue mucho más tardía y lenta, pues no fue hasta 1932 cuando se fundó la primera Escuela de Trabajo Social de la mano del médico Roviralta en Barcelona. En esta misma ciudad, el Doctor Sarró siguió el ejemplo de su colega de profesión, Roviralta, y en 1953 se fundó la tercera escuela de Trabajo Social, con la particularidad de que esta escuela dependía de la Cátedra de Psiquiatría del Hospital Clínico.

Poco a poco nuestra profesión fue ganando protagonismo e importancia, podríamos mencionar como una de las medidas más impulsoras, el desarrollo de la reforma psiquiátrica del año 1984, tras ésta, los/as trabajadores/as sociales comenzaron a formar parte de los dispositivos de salud mental presentes en hospitales, centros de salud, centros de día, rehabilitación...

Otro hito de gran relevancia fue, como señala el Consejo General del Trabajo Social (2011), el cambio en la definición del concepto de salud, pues éste comenzó a incorporar en él, no sólo el bienestar físico, sino también el psíquico y por supuesto el social, acentuando el carácter social en toda intervención relacionada con el ámbito de la salud. Que sumado al Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se determina la cartera de servicios comunes al Sistema Nacional de Salud, que explicaremos más adelante, supuso otro gran avance en la intervención social en salud mental.

Figura nº 8. Evolución histórica del Trabajo Social hospitalario y psiquiátrico.



Fuente: elaboración propia

5.2. El/la trabajador/a social en el equipo multidisciplinar.

Prestar atención a personas con una EMG supone atender a personas cuyas problemáticas y necesidades son más complejas de lo habitual, supone que para lograr el éxito de la intervención se cuente con profesionales de distintos campos, contando con psiquiatras, psicólogos/as, terapeutas ocupacionales, trabajadores/as sociales, enfermeros/as...

Y es en este ámbito de intervención donde el/la trabajador/a social tiene uno de sus papeles profesionales más importantes, pues su práctica está siendo necesaria *“tanto para el buen tratamiento clínico de los individuos y de las familias con dificultades, como para hacer que las instituciones respondan a las necesidades de las personas, para reforzar los servicios existentes y para promover la creación de nuevos”* (Gómez y Zapata, 2000: 85).

El colectivo de personas con EMG es uno de los más complejos en los que intervenir de ahí la necesidad de una intervención multidisciplinar y en equipo que permita abarcar todo

Pues nos encontramos con un ámbito en el que las intervenciones aisladas e individuales no son efectivas, sino que requieren, como apuntan Gómez y Zapata (2000), de una *“actuación disciplinada y compleja”*, actuación que sólo puede lograr a través de un equipo multidisciplinar. Este equipo está

conformado por una variedad de profesionales que aportan sus conocimientos, técnicas, experiencias, puntos de vista... de manera que se favorezca el trabajo y se satisfagan más fácilmente los objetivos fijados.

Entendiendo así que el equipo, como señala Garcés (2010: 339), *“no es un fin en sí mismo, sino un instrumento”* y este instrumento debe ser empleado usando una perspectiva biopsicosocial definida por Tizón (citado en Garcés, 2010: 340) como *“el trabajo en equipo de personas y papeles pertenecientes a diversas profesiones y funciones académicas que realizan un trabajo conjunto con los roles y funciones tradicionales de cada uno”*. Siendo aquí, en este momento cuando el/la trabajador/a social aporta a lo biológico, médico y psicológico, lo cultural, lo social, lo relacional, lo económico...

Hablando de la perspectiva biopsicosocial, Siurana (2015) señala que estas enfermedades están muy marcadas por el entorno social y que en muchos casos dicho entorno está reducido a la familia, de ahí la importancia de no trabajar únicamente con el individuo, sino también, y en la medida de lo posible, contar e intervenir con su familia, informando, asesorando y apoyando.

En este equipo multidisciplinar destacamos la importancia del informe social, informe que es realizado únicamente por el/la profesional del Trabajo Social. Dicho informe, como apuntan Gómez y Zapata (2000: 88) *“contribuye a lograr una visión esclarecedora de la situación”* ya que a través de éste *“el equipo accede a las variables sociológicas del enfermo y puede conocer sus ambientes y circunstancias familiares, laborales y sociales”*.

5.3. Funciones del/la trabajador/a social en Salud Mental.

Como hemos mencionado en el apartado anterior, la realización del informe social recae sobre la figura del/la trabajador/a social, dicho informe recoge las características personales, familiares, relacionales, laborales y sociales de la persona. Este informe, de acuerdo con Gómez y Zapata (2000: 88) puede realizarse en dos momentos, en el primero de ellos *“se recogen todos los datos y circunstancias personales, familiares y sociales del enfermo y los referidos a su historia social y laboral”* y en el segundo se interpretan y valoran para obtener el correspondiente diagnóstico social y la *“indicación de las posibles medidas sociales correctoras”*.

Además de la realización de este informe, dentro del equipo el/la trabajador/a social realiza actividades de *“asesoramiento, seguimiento, derivación y rehabilitación de los pacientes”* (Gómez y Zapata, 2000: 88). A esto se suma la colaboración e implicación en el desarrollo de programas de prevención, promoción y educación de salud mental. Sin embargo, en este apartado nos centraremos en las funciones que el/la profesional del Trabajo Social posee en la práctica directa con el equipo multidisciplinar y, por supuesto, con la persona usuaria, ya que son las funciones de interés para este trabajo.

De acuerdo con Garcés (2010: 341), la **función de atención directa** es aquella *“prestada a individuos, familias y grupos que presentan o están en riesgo de presentar problemas de índole social, en relación con un problema de salud”*, en este caso de salud mental. Aquí se trabaja directamente con el individuo y su familia, acompañando, informando y apoyando cuando así sea necesario. Este proceso según Garcés (2010: 341) incluye:

La intervención directa con la persona y su entorno es una de las funciones más importantes del/a profesional ya que nuestra intervención parte de la relación creada entre persona y profesional

- *“Análisis de la demanda y detección de situaciones de riesgo y/o necesidades individuales.*
- *Valoración sociofamiliar.*
- *Diagnóstico social.*
- *Planificación de la intervención social*
- *Discusión del caso con el equipo profesional para estructura un plan de trabajo en función de las necesidades detectadas”.*

Dentro de la función de “planificación de la intervención social” señalada por la autora, nos encontramos con diferentes actividades propias del/la trabajador/a social que debe desempeñar, aquí están:

- *“Acompañar al individuo en la asimilación del proceso de cambio y favorecer su socialización.*
- *Entrevistas con el usuario dirigidas a potenciar la autonomía en las actividades cotidianas.*
- *Trabajo dirigido a informar y orientar sobre las alternativas formativas y laborales, de ocio y tiempo libre.*
- *Seguimiento y evaluación del proceso de intervención.*
- *Realizar visitas a domicilio para la valoración e intervención.*
- *Apoyar y contener a las familias, tanto a nivel grupal como individual, para que participen en el proceso de cambio.*
- *Informar del acceso a los recursos comunitarios e institucionales.*
- *Conexión y derivación del usuario a recursos adecuados”.* (Garcés, 2010, 341).

Esta última, “conexión y derivación del usuario a recursos adecuados”, nos lleva a otra de las funciones que posee el/la profesional del Trabajo Social, la **función de coordinación**. Como hemos visto, el/la trabajador/a social tiene como papel destacado el aportar la visión social al proceso en el que se ve inmersa la persona usuaria, pues como señala Garcés (2010: 342) *“la función que el trabajador social tiene es incorporar el factor social de los problemas de salud mental”*, esta función se materializa en *“la continuidad de cuidados, aportando los recursos necesarios para la integración y reinserción social del enfermo mental, incluyendo su intervención en el tratamiento de los problemas psicosociales”*.

Figura nº 9. El/la trabajador/a social como nexo y unión.



Fuente: elaboración propia

Por lo que podemos decir que el rol del/la trabajador/a social en el equipo multidisciplinar es el de especialista de lo social, ya que somos los/as que mejor conocemos los Servicios Sociales, las organizaciones y las relaciones comunitarias, por lo que debemos *“conocer los servicios del entorno e informar tanto a los usuarios y a las familias, como a los compañeros del equipo, para poder incorporarlos a los planes de actuación individualizados”* (Garcés, 2010: 342). Es necesario mencionar que en muchas ocasiones actuamos como nexo de comunicación entre el equipo multidisciplinar y el/la usuario/a y su familia y entorno próximo, cumpliendo un poco con la función de mediadores/as.

Los/as profesionales del Trabajo Social somos el lazo que conecta a la persona con el medio, los recursos y otros/as profesionales

Por último, me gustaría destacar que *“los objetivos del Trabajo Social en Salud Mental empiezan a tener como meta el esfuerzo por el proceso de normalización del paciente a su ámbito social”* (Garcés, 2010: 335).

5.4. Competencias e importancia del/la trabajador/a social en el procedimiento.

- ❖ El/la profesional con mayor potestad en el proceso es el/la Juez.
- ❖ El informe médico es imprescindible para dictar sentencia firme.
- ❖ El/la Juez puede solicitar un informe social, aquí es donde el/la trabajador/a social actúa.
- ❖ Poco a poco, los/as profesionales del Trabajo Social se han ido instaurando en los Juzgados de Familia.
- ❖ La presencia del/la trabajador/a social y tener en cuenta el informe social aportado por el mismo/a deberían ser obligatorios en dichos procesos.

En el procedimiento de modificación de la capacidad civil el profesional que mayor potestad posee es el/la Juez del Juzgado de Primera Instancia en el que resida la persona presunta incapaz, pues esta figura es la única que tiene poder para dictar sentencia firme en cuanto a la capacidad civil de la persona.

Otra de las figuras importantes en este procedimiento recae sobre el/la profesional encargado/a de realizar el informe pericial médico. Por lo general la persona encargada de realizar dicho informe suele ser un/a profesional relacionado con el campo de la psiquiatría, en los casos de modificación de la capacidad civil por EMG. Estas dos figuras son las protagonistas en cuanto a profesionales se refiere, también podrían formar parte de este equipo profesional el/la defensor judicial en caso de que así lo necesitase el/la presunto/a incapaz.

Sin embargo, en ocasiones, el/la Juez considera que el informe pericial médico no es suficiente para determinar la capacidad de la persona y puede solicitar un informe psicológico y también un informe social. Este último es realizado por el/la profesional del Trabajo Social y es aquí donde desempeñamos nuestro papel en el proceso.

Este informe social no posee carácter preceptivo, por lo que el/la trabajador/a social no siempre participa en dichos procesos de modificación de la capacidad civil, se podría decir que su papel varía según lo que demande la figura del/la Juez. Por lo que sus competencias en este proceso están limitadas y en ocasiones no son siquiera tenidas en cuenta como un elemento relevante o necesario para el caso.

No obstante, y como apunta Ruiz (2008: 7-9) *“la Administración de Justicia contrató a los Trabajadores Sociales, junto con otros profesionales, para que formaran equipos de trabajo que asesoraran de forma individual o conjunta al Juez según este lo requiriera”*. Estos equipos que hemos mencionado *“están dotados como mínimo por un Psicólogo y un Trabajador Social”* y como hemos dicho, si así lo requiere el/la Juez pueden formar parte del procedimiento de modificación de la capacidad civil.

A partir de 1987 los/as trabajadores/as sociales comenzaron a estar presentes en los Juzgados de Primera Instancia, de Menores y Clínicas Médico-Forenses. De todos estos, destacamos el Juzgado de Primera Instancia (familia) que es encargado de llevar a cabo los procesos de modificación de la capacidad civil, en ellos los Equipos Técnicos están integrados por psicólogos/as y trabajadores/as sociales y su función es la de *“intervenir como peritos en procedimientos relacionados con el derecho de familia sobre todo en situaciones contenciosas”* (Ruiz, 2008: 9), pero volvemos a insistir en que la presencia del/la trabajador/a social en el Juzgado no es obligatoria.

Sin embargo, la figura del/a trabajador/a social nos parece que tiene gran relevancia en estos supuestos debido a que la persona no es únicamente su enfermedad y las limitaciones que ésta tiene en su vida, sino que es la enfermedad, pero también todo lo demás, cómo vive, con quién, qué potencialidades tiene y qué Proyecto de Vida quiere seguir y alcanzar.

Si contemplamos a la persona desde la perspectiva bio-psico-social, la presencia de un/a trabajador/a social en estos procesos debería ser obligatoria, ya que de otro modo estaríamos negando dicha perspectiva

Por todo esto, tanto el informe social como la presencia del/a profesional del Trabajo Social deberían ser obligatorias, ya que si concebimos a la persona desde la perspectiva bio-psico-social, lo social no lo podemos dejar atrás y esto es lo que aportaríamos en los procesos de modificación de la capacidad civil, la defensa de lo social, la defensa del individuo, no como enfermedad sino como persona.

5.5. Alternativas a la incapacitación. Hay más caminos.

La Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de 13 de diciembre de 2006, ha supuesto un hito en cuanto a los derechos de estas personas se refiere. Este texto adquiere gran importancia en el colectivo que estamos tratando, las personas con EMG, pero adquiere aún más relevancia en cuanto a las modificaciones de la capacidad civil, pues *“a partir de la Convención ha surgido una corriente que pone en tela de juicio la incapacitación judicial por considerar que priva de derechos y de autonomía, atentando contra la dignidad”* (Mayor, 2013: 17).

Y es que de acuerdo con el artículo 12 de este texto, *“los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica”* (Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, art. 12.1.) pero este reafirmar por parte de los Estados miembros no queda sólo ahí, *“los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida”* (Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, art. 12.2.). Además, y como establece dicho texto, éstos también deberán poner al alcance de quien lo necesite todas las medidas necesarias, efectivas y adecuadas de cara a impedir abusos en estas personas.

Queremos destacar las palabras de Mayor, quien explica que toda modificación de la capacidad de una persona que implique un *“nombramiento de un representante, en atención a las necesidades de graduación, e interpretada a la luz de la Convención, deberá ser excepcional, sólo cuando la capacidad natural de la persona lo requiera en aras de su protección y de evitar abusos”* (Mayor, 2013: 20). A pesar de esto y como apunta esta autora, incluso en *“supuestos extremos, es posible que el sujeto haga valer previamente su voluntad mediante la autotutela o los poderes previos”* (Mayor, 2013: 20).

En España, la legislación sólo contempla la tutela como figura de protección, sin embargo en otros países hay otras opciones en las que no se quitan libertades ni dignidad: *Betreuung*, *Sauvegarde de Justice*, *Amministrazione di Sostegno*

Con todo ello queremos decir que los procesos de modificación de la capacidad civil no son la única vía para protección de personas con EMG, sino que existen alternativas no incapacitantes. Caminos cuyo objetivo es proteger a la persona, pero sin coartar su libertad ni vulnerar su dignidad, pues como dice Martínez de Aguirre *“la dignidad (ser valiosos por sí mismos) depende de la naturaleza humana, y no de la mayor o menor capacidad en cualquier ámbito”* (Martínez de Aguirre Aldaz, citado en Mayor, 2013: 23).

Países como Alemania, Francia o Italia tienen figuras de protección que no limitan a la persona ni la declaran “incapaz”. Alemania, tras su reforma legislativa eliminó los regímenes de tutela y curatela en las personas mayores y fundó la figura del **“Betreuung”** (que podría ser traducido como asistente o cuidador). La característica más importante de esta nueva figura es, como apunta Salas *“la conservación de la capacidad de obrar del sujeto a ella sometido”* (Salas, 2003: 50), por lo que, “el asistente” tiene el papel de *“salvaguardar al máximo los derechos y la facultad de autodeterminación de los sometidos a él”*, haciendo que la persona que recibe la asistencia conserve *“sus facultades de actuación en el tráfico jurídico en la medida que lo permita su capacidad natural, superponiéndose estas facultades a las del asistente (Betreuer), que tiene poderes de representación legal para actuar en el ámbito que sea estrictamente necesario”* (Salas, 2003: 51). Es necesario destacar que la figura del *Betreuer* puede ser elegida por el/la propio/a interesado/a o de oficio.

Como apunta García-Ripoll (1999: 557), el/la asistente de la persona debe *“intervenir lo menos posible en la esfera de la persona y respetar su facultad de autodeterminación”*, debe atender a las necesidades, intereses y preferencias de la persona y trabajar siguiendo el Proyecto de Vida de ésta. Ciertamente que dicha figura se emplea con las personas mayores alemanas sin embargo, puede ser extrapolada al ámbito de personas con EMG.

En Francia, por otro lado, aunque siguen existiendo las figuras de la tutela y la curatela, existe una que merece especial atención. Se trata de **“Sauvegarde de Justice”**, una medida no incapacitante que forma parte del régimen de protección francés. *“Es un régimen muy poco intrusivo en la autonomía personal y patrimonial, porque permite que*

la persona pueda seguir ejerciendo sus derechos y actuar en el tráfico por sí misma” (Núñez, 2014 :89).

Al igual que la figura alemana, ésta puede ser iniciada de oficio o por la persona interesada y se trata de “una institución de protección mínima, que ni origina ni presupone una incapacitación jurídica en sentido estricto [...] se habla de régimen de capacidad protegida” (Salas, 2003: 48). Es decir, es una institución temporal que protege a la persona en tanto se decide si precisa o no de una protección más restrictiva. También es empleada para situaciones de necesidad momentáneas, tales como una enfermedad mental pasajera, una demencia senil en sus primeros estadios o un coma.

En Italia, nos encontramos con la figura de “**Amministrazione di Sostegno**”, esta medida asistencial, puede ser iniciada de oficio o por el/la propio/a interesado/a y su duración es tanto limitada como indefinida en el tiempo. “Las funciones del administrador de sustento pueden consistir en representar o bien solo en complementar la capacidad obrar del sometido, en todos aquellos actos para los cuales éste carezca de la capacidad natural necesaria, según se valore en el procedimiento” (Núñez, 2014: 94), este desarrollo de las funciones debe ser realizado de acuerdo con la persona, sus preferencias, intereses y Proyecto de Vida.

Figura nº 10. Figuras de protección.



Fuente: elaboración propia

En lo referente a España, aunque las tutelas son una realidad palpable y muy presente, existen medidas como la autotutela o los poderes previos que permiten a la persona decidir sobre ciertos aspectos de su modificación de la capacidad civil.

La **autotutela** supone que la persona pueda elegir a su representante, a su tutor/a en caso de que se produzca una sentencia firme de incapacitación. Es decir, la persona, con plenas facultades y capacidad de obrar suficiente, realiza una declaración voluntaria de la tutela en la que designa a una figura, tanto pública como privada, que será la encargada de asumir la tutela de la persona en caso de que en un futuro esto fuere

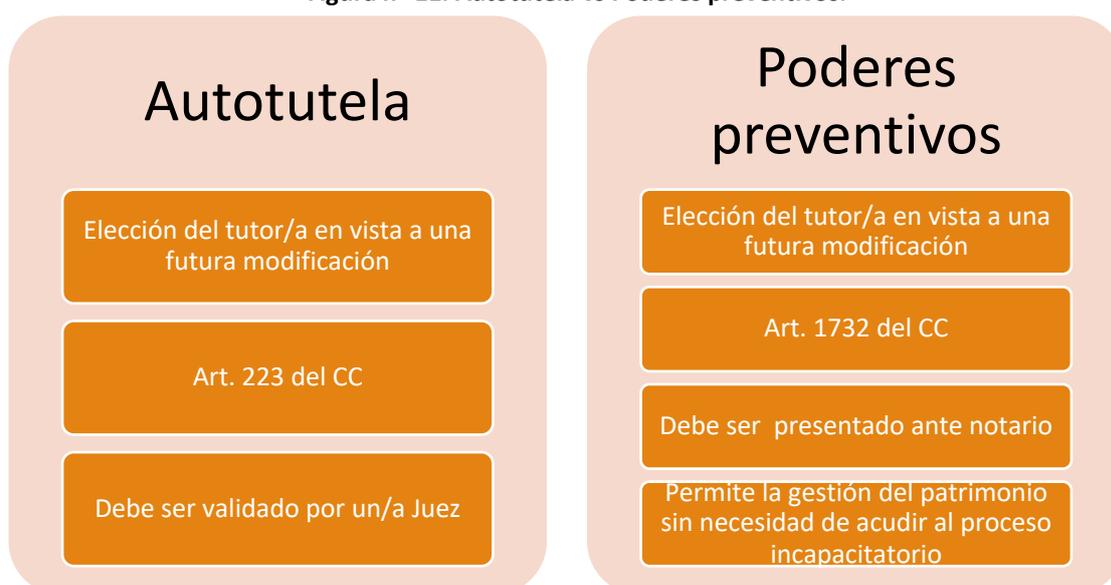
necesario. Esta medida está regulada en el artículo 223 del CC que establece que *“cualquier persona con la capacidad de obrar suficiente, en previsión de ser incapacitada judicialmente en el futuro, podrá en documento público notarial adoptar cualquier disposición relativa a su propia persona o bienes, incluida la designación de tutor”* (CC art. 223.2.). Así, la persona que en un futuro sea sujeto de un proceso de modificación de la capacidad civil puede dejar por escrito cómo quiere que se organicen y administren sus bienes y su persona. Todo ello debe ser validado por un/a Juez.

Por otro lado, están los **poderes o apoderamientos preventivos**; son una medida similar a la autotutela sin embargo, cuentan con pequeñas diferencias. Se trata de un documento notarial, que al igual que el anterior, consiste en designar a una persona que represente los intereses de la persona que pueda ser declarada “incapaz”, dicha designación es realizada por la propia persona que vaya a ser sometida al proceso de modificación de la capacidad civil. *“Una de sus grandes ventajas es que permite gestionar el patrimonio de la persona sobrevenida incapaz sin tener que acudir al procedimiento de incapacitación judicial”* (Consejo General del Notariado, 2014: 5).

Se diferencia de la autotutela en que esta segunda debe ser validada por un/a Juez, mientras que los poderes preventivos deben presentarse ante notario y es configurado al gusto de la persona que les realiza. Además, un poder preventivo permite al/a tutor/a *“tomar decisiones por sí solo sin autorización del Juez”* (Consejo General del Notariado, 2014: 5). Dichos poderes están regulados en el artículo 1732 del CC, que fue modificado por la Ley 41/2003.

Como podemos apreciar las medidas existentes en España no contemplan otra opción que terminar con una sentencia firme de modificación de la capacidad civil, puesto que tanto la autotutela como los poderes preventivos se realizan en vista a terminar involucrado/a en un proceso de incapacitación civil.

Figura nº 11. Autotutela vs Poderes preventivos.



Fuente: elaboración propia

Sin embargo, hay comunidades autónomas, como Cataluña, en las que se ha modificado la legislación referente a este tema. En el caso catalán, se ha partido de los derechos expuestos en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. La reforma que han realizado toma como modelo la figura alemana de Betreuung, de ahí su similitud, dicha reforma *“pretende poner el énfasis en la capacidad natural de las personas y en el respeto a su autonomía en el ámbito personal y familiar”* además esta nueva institución dedicada a la asistencia de aquellas personas vulnerables es *“concebida como un medio de protección a disposición de personas para las que, por sus condiciones psicofísicas, la incapacitación y tutela posterior, [...] ni son posibles ni tan sólo aconsejables”* (Barrón, 2013: 2).

5.6. Propuestas y opciones de mejora.

- ❖ Trabajar respetando los principios y valores propios del Trabajo Social (Código Deontológico).
- ❖ Modelo social: cada persona tiene sus características únicas.
- ❖ Protección y defensa de los derechos de las personas con EMG.
- ❖ Evitar la pérdida de libertades y dignidad.
- ❖ Proporcionar a la persona herramientas e instrumentos necesarios para el desarrollo de sus habilidades.
- ❖ Necesidad de una red de apoyo y profesional coordinada.
- ❖ Servicio de Asistencia Personal y Hogares Protegidos como dispositivos que ayudan a evitar sentencias de incapacidad.

Como hemos podido ver en el punto anterior, las alternativas a los procesos de modificación de la capacidad civil son otras medidas o figuras en las que interviene una tercera persona en la vida del/la presunto/a incapaz para sustituir a ésta en la gestión de sus bienes y persona. Haciendo que se nos olvide un poco que son personas con sus vidas y todo lo que ello implica. Por esto es necesario que desde el Trabajo Social cambiemos la mirada en estas intervenciones, que tratemos de evitar, en la medida de lo posible, que una persona se vea inmersa en un proceso de modificación de su capacidad civil, porque en la mayoría de las veces, lo que logramos con ello es quitar libertad y dignidad y como profesionales esto no lo podemos permitir.

Por ello, es necesario mejorar, buscar modos y caminos que nos faciliten trabajar con este colectivo y las necesidades que ellos/as presentan, de cara a que sea la propia persona la que pueda autogobernarse de manera efectiva.

Para trabajar con estas personas y sus vidas debemos tener en cuenta los *“principios y valores del Trabajo Social (ya que éstos) enuncian el reconocimiento de la diversidad y la participación activa de las personas en los procesos de intervención, como ejes fundamentales que facilitan el cambio”* (Cazorla y Parra, 2017: 45), es decir, si tenemos en cuenta los principios establecidos en el código deontológico de nuestra profesión,

tenemos que trabajar desde las capacidades y potencialidades de la persona, haciendo a ésta la protagonista de *“todo el proceso, para alcanzar el control sobre su propia historia y la mejora de la calidad de vida”* (Cazorla y Parra, 2017: 45), transformando la relación profesional en una relación simétrica.

Trabajando de esta manera, estaremos empleando el llamado modelo social el cual postula que *“todas las personas poseen una serie de características que las convierten en seres únicos”* cada persona es *“una parte del conjunto valioso de la humanidad”* (Cazorla y Parra, 2017: 49).

Como señala Cazorla, a todo lo anterior hay que sumar que existen servicios e instituciones que *“limitan el acceso y el ejercicio de los derechos a las personas identificadas como incapaces de regirse por sí solas a través de la burocratización o asignándoles un papel pasivo de receptores de ayuda”* (Cazorla, 2016: 85). Haciendo que estas personas pierdan libertad, ya que necesitan de su representante para realizar gestiones, pero también las hace perder dignidad debido a que se les hace ver que ellas mismas no pueden realizar estos actos si no es acompañadas por su tutor/a, curador/a, guardador/a... Provocando, como apunta Cazorla, que las personas con EMG se sientan *“independientemente de su capacidad de gobernarse, que su opinión no es válida y se les priva de las relaciones sociales y de las culturales”*, traducándose esto en *“la falta de libertad de aquellos que ha sido identificados como enfermos mentales ante la tutela de sus propios derechos”* (Cazorla, 2016: 85).

Como profesionales del Trabajo Social que trabajan desde un modelo social debemos *“mantener su capacidad en la toma de decisiones relacionadas con su vida”* (Cazorla y Parra: 2017: 51), y también debemos ser capaces de respetar la dignidad y la libertad de la persona a partes iguales, teniendo siempre en cuenta estos principios, que son básicos en nuestro código deontológico.

Hay que trabajar con la persona y para la persona, hacerla protagonista de su vida y su intervención: un modelo social

Hay que saber trabajar con la persona, proporcionándole las herramientas e instrumentos necesarios de manera que ésta sea capaz de desarrollar sus habilidades y potencialidades y logre así un adecuado autogobierno, para ello la red de apoyo y ayuda debe estar coordinada y nosotros/as debemos estar incluidos/as en ella pues, como señala Casals et àl., nuestra presencia tiene gran importancia en los *“equipos de salud mental para que éstos puedan ofrecer una atención realmente integradora a las personas afectadas de trastornos mentales y sus familias”* (Casals et àl. 2015: 33-40).

Si a la presencia en dichos equipos de salud mental y la coordinación en los mismos, sumamos la adecuada utilización de los servicios y dispositivos existentes, las personas con EMG con posible falta de autogobierno, pueden estar correctamente apoyadas de manera que no precisen de una sentencia de modificación de la capacidad civil, pues en Castilla y León, aunque contamos con un sistema asistencial mejorable, poseemos diversos dispositivos que pueden ser empleados por este colectivo con el objetivo de evitar una sentencia judicial de incapacitación.

Servicios como el de Asistencia Personal o los hogares protegidos (residencias y viviendas supervisadas) son especialmente útiles a la hora de evitar estas sentencias, ya que ofrecen un apoyo continuado con una persona que actúa como referente de la persona usuaria, permitiendo que esta última nunca quede desamparada ni desprotegida ya que siempre cuenta con una mano amiga y profesional que le pueda apoyar y ayudar cuando así lo requiera.

La Asistencia Personal y los Hogares Protegidos son servicios que pueden ser empleados como apoyos para las personas con EMG de cara a evitar su modificación de la capacidad civil

El primero de los servicios mencionados permite a la persona trabajar con un/a profesional de manera individualizada determinadas horas a la semana, estipuladas según el grado de dependencia que la persona tenga reconocido. El/la profesional acompaña y guía a la persona con EMG en las actividades de la vida diaria, y en todas aquellas actividades que precise, dando el

apoyo requerido a cada persona sin que ésta tenga que abandonar su entorno habitual. El segundo dispositivo se trata de viviendas en las que existe una supervisión y apoyos continuos. En estas viviendas se pretende lograr entrenar y aumentar la autonomía de las personas con EMG de cara a conseguir un correcto y adecuado autogobierno, a diferencia del recurso anterior, éste cuenta con atención 24 horas.

También pueden resultar de gran utilidad los centros de día y de rehabilitación psicosocial, pues en ellos se trabajan las habilidades que cada persona posee tratando de mantenerlas en el tiempo o incluso de mejorarlas de cara a una mayor autonomía y el consiguiente correcto autogobierno de la persona.

La necesidad de un/a trabajador/a social en estos procedimientos es fundamental, pues es nuestro deber trabajar por y para la persona y la defensa de su capacidad es responsabilidad nuestra, ya que el resto de profesionales involucrados en el proceso se limitan a demostrar porqué una persona no es capaz de autogobernarse, demuestran si tienen una enfermedad o una limitación que les impide gobernarse y nosotros/as. Como profesionales del Trabajo Social tenemos que demostrar todo lo contrario. Lo social tiene que demostrar que la persona sí tiene capacidad y sí que puede autogobernarse. Muchas veces nos empeñamos en demostrar la falta de capacidad civil y se nos olvida que deberíamos centrarnos en demostrar todo aquello de lo que la persona es capaz.

6. Conclusiones.

El colectivo de personas con EMG es tan diverso y heterogéneo como personas le conforman, difícilmente un/a profesional se va a encontrar con dos casos iguales. Sin embargo, hay una característica que tiene muchas posibilidades de repetirse, y esta característica es que la persona con la que se esté interviniendo tenga una sentencia judicial por la cual se modifique su capacidad civil, ya que este colectivo es uno en los que más nos podemos encontrar modificaciones de capacidad civil.

Jueces/zas y médicos/as, debido a cómo está configurado nuestro sistema judicial, son los que mayor potestad poseen para que la sentencia firme de incapacidad tenga lugar, pues son quienes dictan sentencia y realizan el informe correspondiente, respectivamente. Dichos profesionales analizan, estudian y evalúan el caso que se les presenta en función de la presencia de *“deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico”* (CC art. 200), es decir, únicamente entra en juego la variable salud-enfermedad, dejando atrás otros aspectos tan importantes y relevantes en las vidas de las personas como lo son la red social y de apoyo, la familia, los factores personales, el Proyecto de Vida... Pues así lo contempla la legislación vigente.

Nadie duda de que jueces/zas y médicos/as realizan su trabajo de la manera más profesional y tratando de perjudicar lo menos posible a la persona, velando siempre por sus derechos. Sin embargo, dictar una sentencia firme de modificación de la capacidad civil y emitir un informe médico en el que únicamente se valoren deficiencias físicas o psíquicas, implica asumir que la persona únicamente es su diagnóstico y supone obviar a la persona y a toda su vida. Por ello, desde el Trabajo Social debemos dar visibilidad a nuestra labor, tan importante en estos procesos, porque nosotros/as debemos ser quienes demostremos que la persona sí tiene capacidad suficiente para gobernarse, tenemos que defender la capacidad de la persona, no su incapacidad.

Pero en ocasiones, la persona, efectivamente, no puede autogobernarse debido a la complejidad de su EMG y a su situación particular y, por lo tanto, precisa de apoyos que le permitan el correcto gobierno de su persona. Como hemos visto, aquí en España, la figura por antonomasia encargada de solventar esta situación es la tutela. Esta figura tiene el papel de sustituir la capacidad de obrar de la persona presunta incapaz, haciendo que esta última vea su libertad coartada, ya que para que los actos que realice tengan validez, dichos actos deben ser realizados por su tutor/a.

Por otro lado, desde el punto de vista de la Convención de los derechos de las personas con discapacidad, la figura del tutor/a resta dignidad a la persona con sentencia judicial firme de incapacidad, pues la aliena, ya que la hace ver que necesita a otra persona para que sus actos tengan validez, para acreditar que lo que hace es tan válido como lo que podríamos realizar nosotros/as.

Ante estas situaciones en las que la persona corre peligro debido a que se considera que no posee suficiente capacidad de autogobierno, nosotros/as como profesionales

debemos actuar de la mejor manera posible, y ésta pasa por hacer a la persona protagonista del proceso, pues es su vida y es su Proyecto.

Tratando a la persona como el centro de la intervención podremos adaptar las herramientas e instrumentos que tenemos a sus necesidades de apoyo, de cara a evitar un proceso de modificación de la capacidad civil. Recursos como, los ya mencionados, servicio de asistencia personal o los hogares protegidos, son de gran ayuda a la hora de dar soporte y apoyo a estas personas que se encuentran en especial situación de vulnerabilidad, ya que son dispositivos cuya atención es individualizada y que permiten un seguimiento y continuidad profesional, además de la asistencia que requieran.

Estas propuestas no son tan arriesgadas como parecen. Tenemos que tener claro que las incapacitaciones son evitables y no son deseables, prueba de esto es la existencia, en diferentes países, de nuevas regulaciones y figuras en las que sustituir a la persona presunta incapaz no es, ni de lejos, una opción. Estos países nos demuestran que es posible evitar los procesos de modificación de la capacidad civil, procesos en los que a las personas, por padecer una EMG (en este caso), les arrebatan parte de sus libertades y les restan dignidad, por ello debemos tratar de actualizar la figura del/a tutor/a desde el ámbito del derecho civil y reclamar nuestro espacio en los Juzgados de Primera Instancia cuando haya procesos de estas características. Mientras desde el ámbito de la Salud Mental debemos seguir apostando por las personas, por sus capacidades y potencialidades, pues ante todo es persona y no es ni una discapacidad, ni una enfermedad, ni un diagnóstico. Por ello debemos trabajar desde el modelo social, centrado en la persona, haciéndola protagonista de la intervención.

7. Bibliografía.

Barrón Arniches, P. (2013). El recurso a la asistencia como una alternativa a la incapacidad. Una mirada al modelo italiano. *Comunicació a les XVIIenes Jornades de Dret Català a Tossa*. Recuperado de: http://civil.udg.es/tossa/2012/textos/com/Comunicacio_Barron.pdf

Caballero Martínez, L. (2007). Conceptos de enfermedad y trastorno mental. Clasificación. Trastornos clínicos y de la personalidad. Problemas psicosociales. Bases etiopatogénicas de los trastornos mentales. *Medicine: programa de formación médica continuada acreditado*, 9 (84), pp. 5389-5395.

Casals Arnau, A., Vallvé Elias, M., Martínez Fresneda, L., Olivás flores, A., Reina Olmo, V., Segura Pérez, P., Serrano Aceña, C. (2015). La intervención del Trabajador Social en Salud Mental. *Trabajo Social y Salud*, (82), pp. 33-40.

Cazorla Palomo, J. (2016). El sujeto predeterminado: El proceso de construcción de la identidad en las personas diagnosticadas con un trastorno mental. *Trabajo Social y Salud*, (84), pp. 81-88.

Cazorla Palomo, J. y Parra Ramajo, B. (2017). El cambio en los modelos del TS en Salud Mental: el modelo rehabilitador al modelo social. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, (24), pp. 43-54.

Cerrada Moreno, M. (2014). *Incapacitación y Procesos sobre Capacidad de las personas*. Navarra: Editorial Aranzadi.

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (2008). *Salud Mental y Medios de Comunicación. Guía de Estilo*. Recuperado de: <https://consaludmental.org/publicaciones/GUIADEESTILOSEGUNDAEDICION.pdf>

Consejo General del Trabajo Social. (2012). *Código Deontológico de Trabajo Social*. Recuperado de: https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico

Consejo General del Trabajo Social. (2011). *La especialización en Ciencias de la Salud del Trabajo Social*. Recuperado de: <http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/La%20especialización%20en%20Ciencias%20de%20la%20Salud%20del%20TS%202013.pdf>

Fernández, A. (2011). Capacidad. Discapacidad. Incapacitación. Modificación judicial de la capacidad. *Revista Jurídica de la Universidad Autónoma de Madrid*, (23), pp. 53-81.

Garcés, E.M. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, pp. 333-352.

Garcés Trullenque, E.M. (2015) El rol del trabajador social en salud mental. En M. Miranda (Coord.), *Lo social en la salud mental, Trabajo Social en Psiquiatría* (pp. 83-96). Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.

García- Ripoll, M.C. (1999). La nueva legislación alemana sobre la tutela o asistencia (Betreuung) de los enfermos físicos y psíquicos: otro modelo. *Revista Actualidad Civil*, (21), pp. 553-581.

Giménez Ascaso, S. (2015). El sistema asistencial en salud mental. En M. Miranda (Coord.), *Lo social en la salud mental, Trabajo Social en Psiquiatría* (pp. 121-148). Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.

Gisbert, C. (2002). Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. *Asociación Española de Neuropsiquiatría, cuadernos técnicos*, 6, pp. 11-15.

Gómez Lavin, C y Zapata García, R. (2000). *Psiquiatría, Salud Mental y Trabajo Social*. España: Ediciones Eunate.

González Granda, P. (2009). *Régimen jurídico de protección de la discapacidad por enfermedad mental*. Zaragoza: Editorial Reus.

Hernández, B. (2013). El Trabajo Social en la intervención psicosocial con personas con Trastorno Mental Severo: Una reflexión sobre el papel de las familias. *Documentos de Trabajo Social*, 52, pp. 314-325. Recuperado de: <https://consaludmental.org/publicaciones/TrabajoSocialIntervencionpsicosocial.pdf>

IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales) (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*. Recuperado de: <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/atenenfermental.pdf>

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*. Pamplona: Editorial Aranzadi.

Meilán Ramos, M.J. (2008). Aspectos psiquiátricos-forenses de la incapacitación. En D. Díaz & D. Santana (Coords), *Marco jurídico y social de las personas mayores y de las personas con discapacidad* (pp. 83-94). Madrid: Editorial Reus.

Meléndez, M.C. (2012). *La autoprotección de las personas con capacidad modificada*. (Tesis doctoral, Universidad de Valladolid, Facultad de Derecho) Recuperada de: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/1763>

Miranda Aranda, M. (2015). El Trabajo Social en salud mental. Un poco de historia. En M. Miranda (Coord.), *Lo social en la salud mental, Trabajo Social en Psiquiatría* (pp. 69-82). Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.

Núñez Zorrilla, M.C. (2014). *La asistencia. La medida de protección de la persona con discapacidad psíquica alternativa al procedimiento judicial de incapacitación*. Madrid: Dykinson.

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Trastornos mentales*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/> (11 de marzo de 2018)

Pérez, E. (2012). *El Trabajador Social en la Administración de Justicia. El informe social como dictamen pericial*. (Adaptación al Grado de Trabajo Social, Universidad de León) Recuperado de: <http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d4818060/El%20Trabajador%20Social%20en%20la%20Administración%20de%20Justicia.%20El%20Informe%20Social%20como%20Dictamen%20pericial..pdf>

Picatoste, J. (2006). La incapacitación: el marco jurídico. *Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría* (8), pp. 34-79.

Romero Coloma, A.M. (2013). *Capacidad, incapacidad e incapacitación*. Zaragoza: Editorial Reus.

Ruiz Rodríguez, P. (2008). *El trabajador social como perito judicial*. Zaragoza: Libros Certeza.

Salas, S de. (2003). *Responsabilidad civil e incapacidad. La responsabilidad civil por daños causados por personas en las que concurre causa de incapacitación*. Valencia: Tirant Monografías.

Siurana López, S. (2015). Intervención familiar del trabajador social en salud mental. En M. Miranda (Coord.), *Lo social en la salud mental, Trabajo Social en Psiquiatría* (pp. 309-349). Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.

Sobrino, T y Rodríguez, A. (2007). *Intervención social en personas con enfermedades mentales graves y crónicas*. Madrid: Editorial Síntesis.

Toro, L.M. & Vázquez, M.A. (2016). Impacto del dictamen pericial médico en los procesos de responsabilidad derivada de la prestación de servicios de salud: el caso del centro de estudios en derecho y salud CENDES. *Revista CES Derecho*, 7 (2), pp. 5-12.

Referencias legislativas.

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*. Boletín Oficial de Castilla y León.

Acuerdo 66/2016, de 27 de octubre, *de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueban las directrices que ordenan el funcionamiento del modelo integrado de atención sociosanitaria para personas con discapacidad por enfermedad mental*. Boletín Oficial de Castilla y León, 210, 31 de octubre de 2016.

Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León. (2006). *Estrategia Regional de salud mental y asistencia psiquiátrica en Castilla y León*. Recuperado de: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/publicaciones-consejeria/buscador/estrategia-regional-salud-mental-asistencia-psiquiatrica--1>

Instrumento de Ratificación de la *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad* hecho en Nueva York, de 13 de diciembre de 2006. Boletín Oficial del Estado, 96, de 21 de abril de 2008.

Ley 1/2000, de 7 de enero, *de Enjuiciamiento Civil*. Boletín Oficial del Estado, 7, de 8 de enero de 2000.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, *de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. Boletín Oficial del Estado, 128, de 30 de mayo de 2003.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, *de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. Boletín Oficial del Estado, 299, 1 de enero de 2007.

Ley 16/2010, de 20 de diciembre, *de servicios sociales de Castilla y León*. Boletín Oficial de Castilla y León, 244, 21 de diciembre de 2010.

Real Decreto, de 24 de julio de 1889, *por el se publica el Código Civil*. Boletín Oficial del Estado, 206, de 25 de julio de 1889.

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*, 222, de 16 de septiembre de 2006.