



# **TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL**

## **“La atención a la salud mental vía comunitaria en Trabajo Social”**

**Autor/a:**

D<sup>a</sup>. DANIELA GARRIDO MEDINA

**Tutor/a:**

D. PABLO DE LA ROSA GIMENO

FACULTAD DE EDUCACION Y TRABAJO SOCIAL,  
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID  
CURSO 2014-2018

FECHA DE ENTREGA: 25 de febrero de 2019

## ÍNDICE

<b>ABREVIATURAS</b> .....	2
<b>RESUMEN Y PALABRAS CLAVE /ABSTRACT AND KEY WORDS</b> .....	3
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	5
<b>CAPÍTULO I. LA SALUD MENTAL</b> .....	6
<b>1. Concepto</b> .....	6
<b>2. Evolución</b> .....	7
<b>3. Dimensión comunitaria de la salud mental</b> .....	8
<b>CAPÍTULO II. EL COLECTIVO DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y DURADERA (EMGD)</b> .....	11
<b>1. Contextualización</b> .....	11
<b>2. Concepto de Enfermedad Mental Grave y Duradera (EMGD)</b> .....	12
<b>3. Problemas y necesidades</b> .....	14
<b>4. Apoyo Comunitario y Rehabilitación Psicosocial</b> .....	17
<b>CAPÍTULO III. EL TRABAJO SOCIAL EN LA SALUD MENTAL</b> .....	20
<b>1. Antecedentes</b> .....	20
<b>2. La Reforma Psiquiátrica</b> .....	21
<b>3. Marco normativo</b> .....	23
<b>4. Funciones del Trabajador Social</b> .....	24
<b>CAPÍTULO IV. LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN PERSONAS CON EMGD EN CASTILLA Y LEÓN</b> .....	26
<b>1. Marco legislativo en Castilla y León</b> .....	26
<b>2. Castilla y León en cifras</b> .....	27
<b>3. Modelo de atención sociosanitario</b> .....	29
<b>4. Recursos y servicios de atención a la salud mental general</b> .....	31
<b>5. Recursos y servicios de intervención comunitaria</b> .....	32
<b>CONCLUSIONES</b> .....	38
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	40
<b>ANEXOS</b> .....	42

## ABREVIATURAS

- Atención Comunitaria → AC
- CIC → Centro de Intervención Comunitaria.
- CRPS → Centro de Rehabilitación Psicosocial.
- CSM/ESM → Centro/Equipo de Salud Mental.
- EAP → Equipo de Atención Primaria.
- Enfermedad Mental Grave y Duradera → EMGD
- Organización Mundial de la Salud → OMS
- Rehabilitación Psicosocial → RPS
- Salud Mental → SM
- SS.SS → Servicios Sociales
- Trastorno Mental Grave → TMG

## RESUMEN Y PALABRAS CLAVE /ABSTRACT AND KEY WORDS

### RESUMEN

La atención a la salud mental de las personas con enfermedad mental grave y duradera es uno de los objetivos principales de nuestro sistema sociosanitario dadas las estimaciones y porcentajes abrumadores que veremos en el presente trabajo.

A lo largo del tiempo, la atención que ha recibido este colectivo ha ido cambiando, pasando de la marginación y estigmatización a la desinstitucionalización, normalización y reinserción mediante la vía comunitaria.

En los últimos años se ha ido configurado un nuevo modelo de rehabilitación psicosocial, personal y laboral que resulta bastante efectivo, pues trata de promover intervenciones de carácter integral, coordinadas entre los distintos sistemas sanitarios y sociales, y centradas en el proyecto vital de la persona, a través de una red de recursos amplia formada por profesionales en constante formación e investigación.

Dada la especial relevancia del Trabajo Social en la atención a personas con EMGD y mi personal admiración por el ámbito de la salud desde que realicé mis prácticas en un CSM, surge la idea del presente trabajo, cuya finalidad no es otra que acercarme más a este colectivo para conocerlo profundamente y así generar nuevos conocimientos que, llegado el día, pueda aplicar en futuras intervenciones (ya como profesional del Trabajo Social).

### **PALABRAS CLAVE**

Atención a la salud mental, Enfermedad Mental Grave y duradera, Vía comunitaria Rehabilitación psicosocial, Integral, Acercamiento, Trabajo Social.

**ABSTRACT**

The attention to the mental health of people with severe and lasting mental illness is one of the main objectives of our sociosanitary system given the overwhelming estimates and percentages that we will see in this work.

Over time, the attention received by this group has changed, from marginalization and stigmatization to deinstitutionalization, normalization and reintegration through the community.

In these years, a new model of psychosocial, personal and labor rehabilitation has been established that is quite effective, which seeks to promote interventions of an integral nature, coordinated between the different health and social systems, and focused on the person's life project, through a wide network of resources formed by professionals in constant training and research.

Given the special relevance of Social Work in the care of people with EMGD and my personal admiration for the field of health since I did my internships in a CSM, the idea of the present study arises, whose purpose is not other than to get closer to this collective to know it deeply and thus generate new knowledge that, come the day, can apply in future interventions (already as a Social Work professional).

**KEY WORDS**

Mental health care, Serious Mental Disorder (Serious and lasting mental illness), Community path or community model, Psychosocial rehabilitation, Integral, Approach, Social Work.

## INTRODUCCIÓN

Durante toda la carrera son muchas las asignaturas que han ido llamando mi especial atención, empezando por Fundamentos de Psicología para el Trabajo Social, Métodos y Técnicas de Investigación Social, Habilidades Sociales y Comunicación para el Trabajo Social, Redes Sociales e Intervención Comunitaria en Trabajo Social, Ética y Deontología del Trabajo Social y Trabajo Social y Salud... Sin embargo, ninguna de ellas causo en mí tal interés como el que se despertó cuando empecé a realizar el Prácticum de Grado. Cada día que pasaba, me gustaban más. Claro que, ¿a quién no le iba a gustar rozar la tan ansiada profesionalidad?

Es ahí donde empezó mi especial admiración por este sector. De los aproximados 5 meses de prácticas, 4 los pasé en un Centro de Salud Mental (CSM) y el mes restante, en el Centro de Intervención Comunitaria (CIC) dependiente del Servicio de Psiquiatría de Valladolid Oeste. Me bastó poco tiempo para darme cuenta que en ambos centros existía un grupo de personas muy heterogéneo que parecían darle sentido a la profesión que había elegido, pues ahí se reunían todas las carencias, problemas y necesidades de los que veníamos hablando a lo largo de toda la carrera: las personas con Enfermedad Mental Grave y duradera (EMGD) o TMG (Trastorno Mental Grave). Y es esa fusión de elementos, en los distintos centros, la que me dio la idea del presente trabajo, pues, al combinar los elementos más representativos de cada uno de ellos obtenemos como resultado la atención a la salud mental mediante un modelo comunitario.

Bien es cierto que ambas formas de proceder son necesarias, pero si hay algo que de verdad calaba en estas personas era esa visión individualizada y comunitaria que nacía en el CIC.

Antes de comenzar con el desarrollo del presente trabajo, me parece conveniente agradecer tanto a la universidad, como a mi tutora de prácticas, por darme esta posibilidad, y permitirme descubrir que este era el camino a seguir.

No obstante, para abordar este estudio en profundidad, se plantea la división del trabajo en 4 grandes bloques teóricos que paso a explicar. En el primero de ellos, relacionado con la salud mental, se hará referencia al concepto de salud propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), a los tipos de enfermedad mental más comunes, a la evolución del concepto, y a la dimensión comunitaria de la misma.

En el segundo capítulo nos centraremos en hablar de la EMGD o TMG, contextualizando el colectivo, definiendo el concepto con exactitud, las dimensiones que agrupa y los problemas y necesidades que acarrea, deteniéndonos especialmente en la Rehabilitación Psicosocial y el Apoyo Comunitario, pues son en los que está enfocado el presente estudio. En el penúltimo capítulo hablaremos del Trabajo Social y la salud mental, empezando por su aparición y reconocimiento en el sector, seguido de la explicación teórica del movimiento de la Reforma Psiquiátrica y lo que ello supuso en nuestro país y terminando con las funciones que le son propias al trabajador social sanitario.

Por último, y para finalizar, se señalará el marco legislativo de atención a las personas con EMGD en la comunidad de Castilla y León, aportando cifras significativas al respecto, para terminar explicando el Modelo de Atención Sociosanitario vigente y los recursos necesarios para atender al conjunto de esta población mediante la vía comunitaria.

## CAPÍTULO I. LA SALUD MENTAL.

### 1. Concepto.

La Organización Mundial de la Salud (1948), en adelante OMS, define la salud mental como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”. Dicha definición implica:

- Que el individuo tiene que ser conscientes de sus propias capacidades.
- Que el individuo pueda afrontar las tensiones normales del día a día y que ocurren en la vida.
- Que el individuo pueda trabajar de forma productiva y fructífera, contribuyendo a la comunidad.

Esta concepción positiva de la salud mental está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de enfermedades mentales y el tratamiento y la rehabilitación de las personas afectadas, subrayando la idea de considerar como esencial la comunidad para el buen funcionamiento del individuo.

Si bien en Trabajo Social se dice que cada persona es única e irreplicable, en este caso podríamos señalar que la enfermedad mental también lo es, pues se encuentra influida por tal cantidad de factores (biológicos hereditarios, genéticos, psicológico, sociales...) que la mayor parte de las veces se desarrolla o afecta de manera distinta. Especialmente en los casos de EMGD, que no responden a patrones lógicos y se distribuyen de igual manera en la sociedad, sin distinción de sexo, raza, cultura etc.

Lo que siempre ha estado presente en torno a los trastornos mentales son multitud de mitos y prejuicios que han ido marcado el desarrollo vital de estas personas, impidiéndolas poder llevar una vida normalizada en sociedad a causa de la estigmatización sufrida tanto por ellas mismas como por sus familias (Aznar y Berlanga, 2004).

Son muchas y muy variadas las enfermedades de tipo mental que existen por lo que, de manera breve, se señalarán los principales trastornos para posteriormente centrarnos en el Trastorno Mental Grave (TMG de ahora en adelante) y en el colectivo de personas EMGD, siguiendo las la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, 2000) y el DSM-V (2014):

1. Delirium, demencia, trastorno amnésico y otros trastornos cognitivos.
2. Alcoholismo y toxicomanías.
3. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
4. Trastornos del estado de ánimo o trastornos afectivos.
5. Trastornos de ansiedad, somatomorfos y disociativos.
6. Trastornos de la personalidad.
7. Trastornos sexuales.
8. Trastornos del sueño.
9. Trastornos de la conducta alimentaria.
10. Trastornos de adaptación y otros trastornos psiquiátricos.
11. Psiquiatría infantil.

## 2. Evolución.

Para comprender las prioridades actuales en materia de tratamiento y asistencia a las personas con EMGD es importante tener en cuenta algunos elementos de la perspectiva histórica. El modo en que las sociedades han comprendido y, consecuentemente, tratado a las personas con enfermedad mental ha variado a lo largo del tiempo desde la ignorancia, los prejuicios, la falta de recursos y la insolidaridad hasta la marginación total.

Existen referencias a la “locura” en las civilizaciones humanas antiguas de las que se tiene documentación, como son Grecia y Roma, en las cuales la enfermedad se asociaba a formas diversas de pensamiento mágico, demoníaco o sobrenatural. También existen referencias en las culturas clásicas sobre tentativas de remedio o tratamiento para asistir a algunos de los enfermos, normalmente de clases sociales elevadas, mediante casas de reposo, representaciones teatrales, etc. Aunque lo habitual solía ser permitirles vagar a su antojo mientras no causaran ningún tipo de problema (IMSERSO, 2007).

Con el paso del tiempo el pensamiento mágico cedió paso al pensamiento basado en la razón y el pensamiento en Europa estuvo totalmente influido por las ideas religiosas durante la Edad Media. No existían criterios diferenciadores para estos enfermos, el tratamiento social de la enfermedad y sus consecuencias se basaba en el remedio de las necesidades más primarias siguiendo la idea de la caridad, la limosna, cofradías religioso-benéficas... (Prieto, 2014).

Hasta el siglo XVI la pobreza había tenido un carácter rural, sin embargo, y a partir de este momento, pasa a ser un problema general que afecta también a las ciudades. Empieza la época denominada “Asistencia y Represión” de la pobreza, oprimiendo y persiguiendo a aquellos que pudiendo trabajar decidan no hacerlo, sin importar el motivo del que se trate (también llamados falsos pobres por decidir vivir de las formas de ayuda que se les ofrece a los necesitados, no siéndolo).

Comienzan a tratarse en multitud de debates el fenómeno de la pobreza y cómo abordarla, coincidiendo con la aparición del “Humanismo”, corriente que rechaza la caridad por considerarla en contra del propio ser humano, generándole así una dependencia constante y precaria del rico e impidiendo la mejora de su situación. La sociedad occidental atraviesa una época de cambios tanto a nivel económico, como social bastante grandes, que se plasman en las revoluciones burguesas que tuvieron lugar en Inglaterra (1688-1689), EE.UU. (1783-1788) y Francia (1789).

Surge la Ilustración (s. XVIII) caracterizada por las condiciones del advenimiento de la ciencia, de la industria y el comercio y el cambio de las sociedades a más complejas, dejando atrás el sistema de la caridad, las limosnas y el protagonismo de la iglesia en la acción social y pasando a la asunción de la responsabilidad por parte del Estado (Raya Diez, 2014).

Es entonces cuando se crea un nuevo modelo institucional que atiende y reúne a las personas con enfermedad mental en hospicios, hospitales generales, asilos... Separados de la comunidad por la propia protección de ésta con el único propósito de recluirlas en sitios cerrados y alejados de la vida comunitaria, sin alterar el orden público, sirviendo pues, de morideros y lugares de acogida. Y así es como nace el conocido “manicomio”,



caracterizado por un largo período de tiempo de internamiento en un hospital psiquiátrico e incluso de por vida en multitud ocasiones, de gran tamaño; alejado, como venimos diciendo, del núcleo urbano y de atención custodial, asilar, masificada y totalmente despersonalizada, llegándose hasta la creación de verdaderas ciudades de la locura (MSERSO, 2007).

Siguen creciendo las necesidades de la población y de nuevo vuelve a cambiar la idea de interpretar y responder a dichas necesidades. Aparece el sistema de la Beneficencia (s. XIX) que reconoce definitivamente la responsabilidad pública en materia de acción social. Con el triunfo de la Revolución Francesa y los valores que llevó aparejada (libertad, fraternidad e igualdad) el Estado pasa a ser intervencionista y paternalista, ayudando al que tiene más al que tiene menos (Prieto, 2014).

En la segunda mitad del Siglo XX la medicina hizo progresos importantes, surgieron movimientos en favor de los derechos humanos y la OMS incluyó los componentes sociales y de bienestar a la salud mental, condiciones que dan paso a la conocida Reforma Psiquiátrica. Siguiendo a Desviat (1994), la Reforma Psiquiátrica es una nueva perspectiva de concienciación y de desinstitucionalización enfocada en un modelo comunitario de atención sociosanitaria que viene de países desarrollados como Estados Unidos, Francia, Inglaterra e Italia en las décadas de los 60 y 70 y que promueve reformas legales y asistenciales para garantizar una mejor atención y un mayor respeto de los derechos humanos y sociales a todos los pacientes, y que mencionaremos más detenidamente en apartados siguientes.

La reforma para la inclusión de este colectivo empieza en España, por tanto, con la Ley General de Sanidad que establece la integración de la atención a la salud mental en el sistema sanitario general y transforma el modelo institucionalizador en un modelo comunitario de coordinación entre los Servicios Sociales y los profesionales sanitarios. Posteriormente, la Ley Orgánica 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia daría lugar a otro marco de atención aún más amplio.

Se puede decir que, en nuestro país, aún con todas las matizaciones relativas a los ritmos y desarrollos desiguales en las diferentes comunidades autónomas, son notables los avances que ha supuesto la reforma en la atención psiquiátrica. Sin embargo, aún nos queda lograr una total ruptura del modelo tradicional que suponga una integral y adecuada atención comunitaria a los usuarios a través de una red de recursos normalizados y amplios de carácter local.

### 3. Dimensión comunitaria de la salud mental.

Con todos los cambios citados, la atención que se les da a las personas con EMGD ha ido experimentando ciertos avances, avances que se relacionarían con distintos factores políticos, sociales y profesionales y diferentes concreciones temporales y geográficas que se podrían resumir en dos grandes transformaciones (Cuetos, 2012):

- a) Las que afectan a la imagen social de las personas con este tipo de problemas y que va pasando, de modo progresivo y todavía inacabado, desde la imagen del

*loco* que hay que recluir, a la del enfermo que debe ser atendido sanitariamente, y, más allá de ésta, a la del ciudadano con problemas que debe ser apoyado en el ejercicio de sus derechos.

- b) Y las que hacen referencia a los sistemas de atención, con el paso, igualmente progresivo y todavía incompleto, desde sistemas basados en grandes instituciones (Hospitales Psiquiátricos) a redes de servicios inspirados en lo que denominamos Atención/Dimensión Comunitaria o Rehabilitación Psicosocial.

En la actualidad, sin perjuicio de las distintas implantaciones dadas en las Comunidades Autónomas, la atención sociosanitaria viene de una red de servicios y centros especializados que se distribuyen en todo el territorio, como son: los Centros de Salud Mental, las Unidades de Hospitalización, los Hospitales de día y otros dispositivos (García, Espino y Lara, 1998). Esta nueva orientación de la Salud Pública sigue las directrices de la Declaración del Consejo de Ministros de Europa (Helsinki 2005) y de la OMS.

Poco después, empiezan a hacerse evidentes las facilidades y buenos resultados que se obtienen de la atención comunitaria en distintos lugares del mundo y por ende, la necesidad de actualizar y definir este nuevo planteamiento. Siguiendo a Cuetos (2012), este tipo de atención presenta los siguientes rasgos:

1. La inclusión de los planteamientos característicos de la salud pública, en sentido amplio, y entre otros, los siguientes:
  - La atención al conjunto de problemas de salud mental.
  - Con responsabilidad sobre territorios y poblaciones concretas.
  - La adecuación a criterios epidemiológicos y de prioridad en la atención.
2. La adopción de un enfoque general basado en una filosofía de la rehabilitación, que implica:
  - La orientación de las intervenciones hacia la autonomía personal y la funcionalidad social de los usuarios.
  - El énfasis en sus capacidades y el respeto a sus intereses y expectativas.
  - La integralidad de la atención, incluyendo aspectos preventivos, de tratamiento, rehabilitadores (en sentido estricto) y de integración social.
3. La organización de la atención sobre la base de una red de dispositivos, que:
  - Incluya tanto servicios sanitarios como sociales en sentido amplio.
  - Facilite prestaciones accesibles y adaptables a las necesidades individuales.
  - En su mayor parte sean extrahospitalarios.
4. Un funcionamiento que hace énfasis en el trabajo en equipo y la participación:
  - Dentro de cada red.
  - Entre las distintas redes que interactúan.
  - Incluyendo profesionales, usuarios, familiares y otros grupos sociales.

La organización, gestión y planificación de dispositivos, profesionales y programas es esencial para que la atención sea efectiva y continua esté garantizada. Si atendemos al criterio establecido por Mar, profesional de la salud mental entrevistada para el presente trabajo, hay que señalar que la base del éxito no sólo radica en disponer de

ellos, sino en saber gestionarlos adecuadamente, en coordinación con los demás servicios y con buenas aptitudes por parte de todos los involucrados.

## CAPÍTULO II. EL COLECTIVO DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y DURADERA (EMGD).

### 1. Contextualización.

Las personas con enfermedad mental grave y duradera (EMGD) constituyen un colectivo altamente necesitado de ayuda, dado un contexto social de creciente exigencia y complejidad, en el que comparten las necesidades comunes propias de todo ser humano, y las particulares derivadas de la presencia de discapacidad, las cuáles son muy variadas y complejas. Esto les hace especialmente vulnerables y dependientes de una red de apoyo como la familia, la cual tiene, en la práctica, un papel muy importante y exigente que se debe tener en cuenta a lo largo de todo el proceso de intervención.

Por sus características, están adecuadamente adscritos a la tipología del “usuario sociosanitario”, pues presentan graves problemas de salud o limitaciones funcionales y/o de riesgo de exclusión social y necesitan una atención simultánea y continuada tanto del sistema de salud, como del de servicios sociales (IMSERSO, 2007).

En los últimos diez años asistimos a un proceso de toma de conciencia de que los problemas relacionados con la enfermedad mental, y en especial los más graves, han sido tradicionalmente subestimados, planteando el nuevo reto de cambiar el paradigma bajo el cual estas personas son atendidas. Hasta entonces, este colectivo ha sufrido durante muchos siglos las consecuencias de la falta de conocimiento realista acerca de la naturaleza de su padecimiento, y por ende, un secular olvido causado por:

- Su condición de colectivo privado de voz y capacidad de auto-representación.
- Los enormes prejuicios sociales y estigmatización social.
- La ignorancia y el pesimismo acrítico sobre sus verdaderas posibilidades de funcionar en la sociedad.
- La falta de evaluación realista de la efectividad de las prácticas médicas y sociales.
- La falta de información realista sobre la verdadera magnitud e importancia del problema.
- La falta de prioridad concedida al colectivo.

El paradigma de la reclusión institucional, desacreditado por ineficacia terapéutica y su inadecuación a los conceptos de una sociedad moderna que contemple a las personas enfermas como ciudadanos y sujetos de derechos, ha dejado paso a conceptos y modelos emergentes (social, comunitario, sociosanitario, de salud pública) que pretenden que las personas enfermas puedan vivir en la comunidad, recibiendo allí los cuidados y las ayudas que puedan necesitar. De esta manera, y gracias a los procesos como la visibilización y normalización de los problemas de enfermedad mental, se ha podido avanzar en el proceso de ayuda no sólo a los diagnosticados de esquizofrenia, pues es lo más común, sino a otras personas que se ven afectadas por Trastornos Límite de Personalidad, adolescentes con problemas de consumos de tóxicos y comportamiento... Tal y como nos cuenta la entrevistada para este trabajo, Mar Pérez, profesional en el campo de la salud mental, el espectro de usuarios demandantes de

ayuda va variando conforme a estos procesos de concienciación y sensibilización de la población.

## 2. Concepto de Enfermedad Mental Grave y Duradera (EMGD).

Anteriormente nos referíamos al colectivo de personas con EMGD como Enfermos Crónicos, connotación claramente negativa y estigmatizante en el ámbito de la salud mental, por lo que actualmente el término adecuado para referirnos a estas personas es el de “personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera”. Es un concepto utilizado para agrupar a un extenso grupo de pacientes que sufren una enfermedad mental prolongada en el tiempo, todos ellos con características y necesidades muy diferentes. Es por ello que se hace necesario delimitarlo para poder identificar así sus necesidades y poder diseñar programas de atención y de soporte comunitario que respondan a la gravedad de su situación, derivada de la enfermedad de padecen y de los déficits de funcionamiento que la acompañan.

Tras mucha discusión sobre el tema se ha llegado a un consenso en cuanto a la definición más representativa, que define a este colectivo como:

un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social. (NIMH, 1987, p.23).

Esta concepción abarca tres dimensiones que coinciden con las que apunta Gisbert (2003):

### - **Diagnóstico:**

Incluye a los trastornos psicóticos (excluyendo a los orgánicos) especialmente esquizofrenia así como el trastorno bipolar, trastornos depresivos graves, delirantes y otros trastornos como el trastorno de la personalidad (Trastorno Límite, F60.31), aunque existe controversia con respecto al tema de la inclusión o no de estas personas entre los beneficiarios de los servicios sociosanitarios, particularmente los residenciales, debido a la dificultad del diagnóstico, pronóstico y evolución que tiene la enfermedad. Pese a esto, y dado que la enfermedad es prácticamente persistente a lo largo de toda la vida, suelen ser incluidas dentro del grupo de PEMGD.

En resumen, y siguiendo a la OMS (1992), se incluirán a las personas que cumplan los criterios diagnósticos de por lo menos una de las siguientes categorías contenidas en el CIE-10:

#### 1. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

1. Trastornos esquizofrénicos (F20.x)
2. Trastorno esquizotípico (F21)
3. Trastornos delirantes persistentes (F22)
4. Trastornos delirantes inducidos (F24)
5. Trastornos esquizoafectivos (F25)

6. Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y F29)
2. Trastornos del estado del ánimo.
  7. Trastorno bipolar (F31.x)
  8. Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)
  9. Trastornos depresivos graves recurrentes (F33)
3. Trastornos de ansiedad.
  10. Trastorno obsesivo compulsivo (F42)

Quedarían excluidos pacientes que presenten psicosis orgánicas y las que aparecen por encima de los 65 años por ser susceptibles de recibir tratamiento prioritario en otros servicios distintos.

- **Duración de la enfermedad y el tratamiento:**

El criterio de duración del trastorno intenta discriminar al grupo de personas que presentan trastornos de duración prolongada y descartar los casos que, aunque puedan presentar síntomas o diagnósticos de gravedad, aún tengan un tiempo corto de evolución y por tanto un pronóstico todavía no muy claro.

Se ha utilizado como criterio un periodo de dos años de duración de tratamiento y no de la enfermedad, ya que es frecuente que exista un periodo premórbido o incluso con sintomatología activa sin tratar difícil de delimitar en el tiempo.

El carácter crónico de estas enfermedades debería entenderse en analogía a otras enfermedades crónicas como la diabetes, o la psoriasis, es decir, enfermedades que, por el momento, no cuentan con posibilidades de curación, pero que, con el apoyo y el tratamiento adecuado, permiten llevar una vida normalizada y autónoma.

- **Presencia de discapacidad:**

Se sabe con certeza que la EMGD va asociada a una disfunción moderada o severa del funcionamiento social, familiar y laboral. Esto hace necesario el uso de parámetros de valoración del funcionamiento social que aporten información con respecto al grado de autonomía e independencia de la personas y de sus necesidades de supervisión y apoyo, y uno de ellos es la Escala de Funcionamiento Global (Global Assessment of Functioning, 1987).

En general, son personas que sufren mayor o menor déficit en varias de las siguientes áreas (Rodríguez, 1997):

- Autocuidados: higiene personal, manejo en el entorno y en su hogar, hábitos de vida saludables.
- Autonomía: manejo del dinero, transportes, trabajo, utilización de redes, ocio y tiempo libre, desenvolvimiento en el día a día.
- Autocontrol: situaciones complejas, estresantes...
- Relaciones interpersonales: manejo y desempeño de habilidades sociales.
- Ocio y tiempo libre: disfrute, motivación, relación... Tipos de aficiones, hobbies...
- Funcionamiento cognitivo: atención, percepción, concentración, procesamiento de la información...

La pérdida de desempeño social se valorará en función de las limitaciones que existan en dichas áreas. A más áreas afectadas, mayor severidad, y viceversa.

Aunque existen muchas condiciones psiquiátricas que pueden dar lugar a dichas limitaciones, la mayoría de las personas que pueden entrar en esta categoría padecen trastornos esquizofrénicos de curso crónico o psicosis afectivas (como el trastorno bipolar) de especial mala evolución.

En resumen, las personas con enfermedad mental que lleve más de dos años en una situación continuada de desprotección personal, que requiere ayuda económica pública, que es incapaz de mantener una red personal de apoyo social, que necesita ayuda para cubrir aspectos básicos de la vida diaria, que tiene en ocasiones malas conductas, que abandona y desaparece de los centros de referencia, que incumple tratamientos y que, en muchos casos, vive sola o con padres de la tercera edad que también presentan algún tipo de discapacidad, son los usuarios que quedarían adscritos a estas dimensiones (Cuetos, 2012).

### 3. Problemas y necesidades.

Cada persona es única e irrepetible y se diferencia del resto por unas características propias, particulares. A pesar de ello, se puede decir que existen unos rasgos comunes entre las personas con EMGD que nos sirven para diferenciarles del resto, los cuáles son (Sobrino y Rodríguez, 2007):

- Mayor vulnerabilidad al estrés, dificultades para afrontar las demandas del ambiente.
- Déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente.
- Dificultades para interactuar socialmente, pérdida de redes sociales de apoyo que en muchos casos se limitan sólo a su familia y situaciones de aislamiento social.
- Dependencia elevada de otras personas y servicios sanitarios y/o sociales.
- Dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral, lo que supone un obstáculo para su plena integración social y favorece la dependencia económica, la pobreza y marginación.

No debe olvidarse que, aunque se compartan problemas más o menos comunes, éstos se concretan en cada individuo, en cada persona, de un modo particular e individualizado en función de la interacción de múltiples factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales que concurren en la historia y la vida de cada uno de ellos, y asimismo en función de la atención y servicios que reciben.

El grado de discapacidad y gravedad varía con el paso del tiempo dentro de este colectivo, desde situaciones de completa remisión sintomatológica y un nivel de funcionamiento normal, independiente e integrado socialmente, hasta personas en las que la severidad de su psicopatología y el grado de su deterioro personal harán necesarios una atención intensa y una supervisión constante, e incluyendo a personas con recaídas periódicas que generan retrocesos o deterioros en su funcionamiento y que requieren no solo atención y tratamiento psiquiátrico sino también programas de

rehabilitación y apoyo social que les permita recuperar su autonomía y mantenerse en la comunidad del modo más independiente e integrado posible (Sobrino y Rodríguez, 2007).

En general, durante los años de evolución de la enfermedad, la desprotección, la falta económica y de apoyo social y la baja adherencia al tratamiento han sumado a la lista aún más dificultades, si cabe, que las que se desprender de por sí por el mero hecho de ser seres humanos y ciudadanos.

Si hacemos un análisis de los documentos de Rodríguez (1997), Gisbert (2003) y Sobrino y Rodríguez (2007), las problemáticas y necesidades que se desprenden y sobre las que habría que incidir en el contexto de nuestro país para avanzar en la construcción de un modelo eficaz y viable de desarrollo comunitario, son:

1. Atención y tratamiento sanitario.

Adecuados procesos de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico y psicológico para controlar la sintomatología propia de la enfermedad, prevenir las recaídas o desestabilizaciones (y dado el caso, controlarlas) y mejorar su funcionamiento psicológico. Se debe procurar que este apoyo y atención vaya acompañado de la parte social para que sea una intervención global, eficaz e individualizada.

2. Atención en situación de crisis.

En muchos casos ocurren desestabilizaciones periódicas fruto de la enfermedad, aun llevando un tratamiento psiquiátrico adecuado. A través de hospitalizaciones breves se trata de estabilizar psicopatológicamente de nuevo la enfermedad para poder recuperar el nivel de funcionamiento previo del usuario/paciente.

3. Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social.

Las personas que sufren EMGD, como sabemos, presentan unas necesidades sanitarias derivadas de la enfermedad y, otras, derivadas de la parte de discapacidad, que se concretan en déficits a cualquier nivel, mal funcionamiento autónomo y, en definitiva, una mala o nula integración social.

Los servicios y programas de rehabilitación psicosocial son esenciales para la adquisición y recuperación de habilidades imprescindibles para la vida normalizada en la comunidad, de carácter flexible y continuado para conseguir una integración social total, tanto en el entorno familiar como social.

4. Rehabilitación laboral y apoyo al acceso en el mundo laboral.

El mundo laboral es el componente clave para facilitar la autonomía, independencia e integración social de cualquier persona. Sin embargo, la mayoría de personas que pertenecen al colectivo de personas con EMGD están desempleados o excluidos del mundo laboral, o en su defecto, presentan importantes dificultades para acceder y/o mantenerse en su puesto de trabajo. Por todo ello, es necesario que se potencien medidas y acciones para el desarrollo de empresas activas de inserción que garanticen contrataciones a este colectivo; y el fomento de puestos de trabajo adaptados a las necesidades que presentan.



5. Alojamiento y atención residencial comunitaria.

Las dificultades que tienen las personas con EMGD en el hogar, especialmente cuando se encuentran solas (sin apoyos familiares) son tantas que en muchos casos propician multitud de situaciones de riesgo, a veces incluso para su propia vida, y la marginación total. Para que puedan cubrir sus necesidades de alojamiento y cuidado es necesario contar con servicios de atención residencial que permitan el mantenimiento de la persona en la comunidad, en las mejores condiciones y con la autonomía e independencia posible en cada caso. Estos se traducen en mayor número de pisos tutelados y miniresidencias.

Cabe señalar que este tipo de medidas son las fundamentales para la atención comunitaria de este colectivo y que, ciertamente, generan una serie de consecuencias positivas no sólo para los afectados, sino para toda la población en general:

- Descenso de los ingresos hospitalarios y, por ende, del uso de los mismos.
- Descenso del riesgo de situaciones de marginación.
- Descenso en la atención psicológica y psiquiátrica de familiares de personas con EMGD.
- Aumento de la salud mental de las familias de estas personas y sus entornos más próximos.
- Menor desestructuración en los hogares y mejora en la convivencia y en la relación con el enfermo.

6. Apoyo a las familias.

La familia es la red básica de cuidado y soporte comunitario de la persona que sufre una enfermedad mental. La mayor parte de necesidades y problemas que estamos citando lo proporcionan los entornos familiares (cuidados, vivienda, economía...) y muchas en ocasiones, debido a la sobrecarga y a las dificultades de convivencia con una persona con EMGD surgen tensiones y conflictos que requieren ser abordados. Los familiares deben estar cuidados y ayudados y para eso necesitan información, educación, asesoramiento y apoyo para entender la enfermedad, las consecuencias derivadas de ella, como actuar en determinados casos... En definitiva, como manejarse y tratar el día a día.

Para que esto ocurra es imprescindible una red de recursos amplia, integral y continuada.

7. Apoyo económico.

La mayor parte de personas con EMGD carecen de recursos propios por no poder trabajar y/o vivir de manera dependiente. Hay que ayudarles a cubrir sus necesidades económicas mínimas cuando no cuentan con ningún tipo de ingresos ni tienen el apoyo económico de sus familias, evitando así la pobreza y la exclusión social y fomentando la autonomía y el desarrollo en el entorno social. Es necesario asesorar y orientar a estas personas para que conozcan y puedan beneficiarse de las prestaciones económicas existentes (tanto contributivas como no contributivas), además de crear fondos sociales que permitan proporcionar ayudas en casos en los que no llegan las anteriores para facilitar procesos de rehabilitación psicosocial y mantenimiento autónomo en la comunidad.

8. Protección y defensa de sus derechos.

Es un grupo especialmente indefenso y vulnerable, expuesto a abusos, desprotección y dificultad en el ejercicio pleno de sus derechos civiles como ciudadano y, por ello, es preciso promover y asegurar la defensa y protección de sus derechos a todos los niveles (tanto en el sistema sociosanitario como en la vida cotidiana).

Tal y como dice Mar, las problemáticas, al igual que la sociedad, están en constante cambio. Es por ello que no se debe olvidar la adaptación a los nuevos tiempos, pues problemas que antes no se daban, pueden volver a aparecer, y viceversa.

#### 4. Apoyo Comunitario y Rehabilitación Psicosocial.

A lo largo de los últimos años se ha ido configurando un creciente interés por la rehabilitación psicosocial y la atención comunitaria. Acabar con el modelo manicomial basado en la institucionalización y reclusión de las personas enfermas ha sido un objetivo clave y, es precisamente este nuevo modelo el que sustituye al anterior, basándose en la desinstitucionalización y en la persona como el centro de toda intervención. El objetivo no es otro que desarrollar la intervención en el seno de la comunidad y para ello, es necesario apoyar, acompañar, orientar y asesorar a la persona afectada a través de servicios y recursos de todo tipo (psicoeducacionales, sociales o laborales, entre otros) para mejorar su funcionamiento personal, reforzar sus capacidades y desarrollar los apoyos ambientales precisos.

Esta concepción se denomina “Rehabilitación Psicosocial”, también conocido como RPS, o “Recovery”, en la literatura científica, y se define como un proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible (Rodríguez, 1997).

Es imprescindible que este proceso se lleve a cabo de manera flexible e individualizada ya que cada persona es única e irrepetible y, por tanto, tiene un proyecto de vida propio, con unos intereses y necesidades particulares que no se pueden generalizar en ningún caso. Además, debe ser complementario con las demás intervenciones (farmacológicas, psiquiátricas y psicológicas) si se quiere conseguir una real y efectiva integración del individuo en el entorno. Porque si el tratamiento farmacológico tiene por objetivo mejorar los síntomas de la enfermedad, el foco principal de la rehabilitación es el buen funcionamiento de la persona y su entorno en la comunidad. Existe una Filosofía de Atención en Rehabilitación Psicosocial y los principios esenciales se podrían sintetizar en los siguientes (Pilling, 1991):

- Concepción amplia e integral de los derechos humanos que reconozca y promueva el derecho de las personas con enfermedades mentales crónicas a una ciudadanía plena y digna.

- Implicación activa y responsable de las personas con enfermedad mental en el control de sus propias vidas y en el proceso de rehabilitación, teniendo siempre en cuenta sus objetivos y planes.
- Integración de cada persona en su hábitat natural.
- Desarrollo de pautas de vida lo más normales que sea posible a través del desempeño de roles sociales apropiados a las características de cada persona y de su entorno social concreto.
- Maximizar la autonomía e independencia basándose en las capacidades, competencias y sistema de apoyo y soporte de cada sujeto y de su entorno.
- Ofrecer el apoyo y soporte que cada persona necesite durante todo el tiempo necesario.
- Principio de individualización: tener en cuenta las características únicas de cada individuo, sus necesidades y todos los aspectos que rodean al sujeto y a su entorno más próximo.
- Actitud positiva, esperanzadora, con grandes expectativas sobre la persona y sus posibilidades y potencialidades para permitir el desarrollo y la mejora.
- Constante énfasis en la evaluación de resultados, tanto en términos de autonomía, mejora de la calidad de vida y satisfacción de los usuarios como de la eficacia, eficiencia e impacto de los servicios y programas de rehabilitación y los profesionales que están detrás de ellos.

Conseguir lo que venimos citando no es una tarea exclusiva de un profesional o de un servicio, puesto que hablamos de combinar métodos y técnicas de intervención de diversas ciencias. Si analizamos los criterios planteados por Rodríguez (1997), habría que destacar que este nuevo modelo implica:

- a) Unas políticas continuas de acciones coordinadas a todos los niveles de la Administración (estatal, autonómico y local) que permitan el impulso y desarrollo del modelo de RPS y la atención comunitaria.
- b) Una red de recursos amplios y bien articulados, de carácter social y sanitario. La organización, distribución e implantación de todos ellos es fundamental en el éxito de la rehabilitación.
- c) Unos buenos profesionales de la rehabilitación. En este campo, como es el de la intervención social, no se cuenta con ninguna fórmula matemática o tecnológica que resuelve los problemas, sino que existe una persona que presta esa ayuda y es por esto que el papel de dicho profesional es esencial en el proceso de rehabilitación. La actitud, compromiso, motivación, formación y expectativas de cada profesional afecta directamente a la consecución o no de los objetivos establecidos.
- d) La coordinación a todos los niveles y entre todos los profesionales implicados en procesos de rehabilitación y soporte comunitario, especialmente a nivel

sociosanitario, como alega Mar, puesto que todos trabajamos en la misma dirección.

Cabe señalar que el principio de flexibilidad debería estar reconocido en todos y cada uno de los servicios que se ponen a disposición de estas personas, es decir, que una vez que se cumplan los plazos o los criterios establecidos para cada recurso y servicio, no necesariamente queden fuera del marco de ayuda que estaban recibiendo. El ejemplo de esto, como bien explica Mar en la entrevista, serían aquellas personas que cumplen los 65, pues pasan a ser beneficiarios de otro tipo de recursos para personas mayores, perdiendo el hilo conductor que tanto bien les estaba haciendo por el mero criterio de la edad.

## CAPÍTULO III. EL TRABAJO SOCIAL EN LA SALUD MENTAL.

### 1. Antecedentes.

Analizando el desarrollo del Trabajo Social en salud mental, se podría decir que éste ha sido considerado como una especialización profesional psiquiátrica cuyo origen se remonta a los años 90 (1903-1905) en EE.UU. tras la incorporación de los trabajadores sociales a los hospitales psiquiátricos con el objetivo de dar una respuesta socializadora a la cronicidad de los trastornos mentales y el crecimiento en masa de los manicomios (Garcés, 2010).

El precursor del Trabajo Social Sanitario es el Dr. Cabot, al fundar en el Hospital General de Massachussets de Boston, el Departamento de Trabajo Social Hospitalario, posteriormente llamado Trabajo Social Sanitario en el año 1904. Ese mismo año, el primer puesto de trabajadora social es ocupado por Garnet I. Pelton, quien es sustituida debido a una enfermedad por Ida M. Cannon. De forma gradual, psiquiatras de diferentes instituciones comenzaron a apreciar el valor de los datos sociales y, en consecuencia, el papel del trabajador social se va reconociendo como imprescindible en los Equipos de Salud Mental (Colom, 2010).

Unos años después de la creación del departamento, el Dr. Cabot crea una especialización de Trabajo Social Hospitalario en la Escuela de Trabajo Social de Boston, mientras realiza un gran número de conferencias. Asimismo, Ida Cannon, publica un tratado de gran relevancia sobre el Trabajo Social Sanitario y, en 1918, funda la Asociación Americana de Trabajadores Sociales de Hospitales. Por su parte, Mary Richmond, en 1917, es la primera trabajadora social que sistematiza un método de intervención en la profesión con su libro "Social Diagnosis", estableciendo tres etapas: estudio, diagnóstico y tratamiento. Sus experiencias profesionales se desarrollaron con médicos psiquiatras por lo que conceptualizó el Trabajo Social Psiquiátrico como "una rama del servicio médico social de casos individuales que se ha desarrollado rápidamente después de la guerra" (Richmond, 1993, p. 142).

En 1948, con la nueva definición del concepto de salud emitida por la OMS ("estado completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"), se abre el camino hacia un modelo de atención biopsicosocial en el que hay que trabajar de manera multidisciplinar, incluyendo la figura del profesional en Trabajo Social.

En España, en 1953, se crea en Barcelona la tercera Escuela de Trabajo Social de la mano del Dr. Sarró, dependiente de la Cátedra de Psiquiatría del Hospital Clínico e influenciada de la Psiquiatría Social y el conocimiento de las trabajadoras sociales psiquiátricas de los centros de salud mental americanos. "Es en esta escuela donde se incorpora por primera vez en nuestro entorno en el currículo profesional del trabajo social disciplinas como la Psiquiatría y la Psicología Dinámica" (Garcés, 2010, p. 334).

Si volvemos la mirada a los EEUU, lugar donde el Trabajo Social ha tenido gran desarrollo y vinculación en el ámbito de la salud, podemos afirmar que el desarrollo de la atención psiquiátrica en España ha tenido un proceso de desarrollo muy similar al del mismo, y al de los demás países desarrollados. Inglaterra, al final de la década de los sesenta y

gracias a la Clínica Tavistock de Londres (influenciada por la Escuela del Psicoanálisis) fue un importante referente en la formación de Trabajadores Sociales.

Ya a mediados de la década de los 70, se inicia en Europa el movimiento de la reforma psiquiátrica, con la apertura de los hospitales psiquiátricos, la externalización de los enfermos ingresados y su inserción y tratamiento en la comunidad. De nuevo, la evolución del Trabajo Social en Salud Mental vuelve a estar influenciada por el desarrollo de ésta. Durante esta década, la precariedad de recursos sociales en todo el país era evidente, existiendo una escasa y confusa red de beneficencia-asistencia social, en manos de patronatos, ayuntamientos, diputaciones, algunas dependencias ministeriales y congregaciones religiosas. La asistencia psiquiátrica no estaba incluida como prestación sanitaria de la seguridad social y la escasa asistencia dependía de los servicios sanitarios de las diputaciones provinciales. El sistema psiquiátrico se reducía a una organización manicomial y la figura del Asistente Social era muy ambigua en un principio, pero poco a poco, tanto en el campo sanitario como en el ámbito psiquiátrico se fue desarrollando, y los trabajadores sociales fueron aprendiendo a identificar problemas, a definirlos y proponer actuaciones muy variadas dentro de las líneas de intervención terapéutica.

En la década de los 80 se produce un gran cambio en la concepción del enfermo mental, pasando a ser una persona sujeto de derechos y obligaciones que precisa de una intervención técnica, psicológica y social. Con la aprobación de la Ley General de Sanidad de 1986 y el concepto de salud que emitió la OMS en 1948, surge la conocida Reforma Psiquiátrica, iniciada en España en 1985, con el fin de establecer un nuevo marco de atención general a la salud mental comunitaria en las próximas décadas (Garcés, 2010).

## 2. La Reforma Psiquiátrica.

En los años 60 y 70, las políticas de Reforma Psiquiátrica puestas en marcha en los países más desarrollados (Estados Unidos, Francia, Inglaterra, Italia) suponen el nacimiento de un nuevo modelo de atención a las personas con enfermedad mental que apuesta por la reintegración social y que da lugar a una transformación total de la situación de este colectivo. Pese a la diversidad de países en los que se llevó a cabo, se pueden extraer unos elementos comunes que nos sirven de referente conceptual (Gisbert, 2003):

- Crítica al hospital psiquiátrico e intento por transformarlo e incluso suprimirlo por dispositivos alternativos terapéuticos.
- Desinstitucionalización de parte de la población crónica internada buscando su reinserción social en la comunidad.
- Un desplazamiento del eje de la atención del hospital a la comunidad.
- Una apuesta por un nuevo modelo de atención basado en la puesta en marcha de servicios capaces de atender los problemas de salud mental en el propio entorno social donde vive el individuo, reconociendo los factores psicosociales y sociales que inciden en el proceso de enfermar y en el curso y evolución del trastorno.

- Un intento de articular una gama de servicios y dispositivos alternativos en la comunidad que den respuesta a las diferentes necesidades del enfermo mental para facilitar tanto su desinstitucionalización y su mantenimiento en la sociedad.
- La idea de que la hospitalización debe ser un complemento de los servicios comunitarios y no al revés como hasta ese momento.
- Un enfoque integrado de la atención en salud mental que tenga en cuenta los tres niveles de prevención, atención y rehabilitación, desde un modelo de atención multidimensional (biológico-psicológico-social).
- La territorialización como marco para la organización de los servicios comunitarios de salud mental.
- Un intento de articular una lógica de continuidad de cuidados que asegure la atención integral y coordinada a la población enferma mental.

Este nuevo modelo de atención comunitario en materia de salud mental llegó con retraso en nuestro país y se tradujo en un informe elaborado por la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica y la consiguiente aprobación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

*Tabla 1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Artículo 20.*

---

Capítulo III. Artículo 20.

Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

Se advierte que el texto definitivo aprobado por el Congreso de los Diputados y publicado en el Boletín Oficial de las Cortes Generales de 9 de abril de 1986 para el primer párrafo de este artículo era el siguiente: "Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:"

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.
2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

---

Fuente: Boletín Oficial del Estado, 1986, p.17

Ambas medidas supusieron la plena integración de la asistencia psiquiátrica a las personas con enfermedad mental grave en el sistema sanitario general y la descentralización del Estado con la progresiva transferencia de las competencias en materia de sanidad a las Comunidades Autónomas; momento justo en el cual, el Trabajo Social, queda inmerso en el proceso de normalización de la persona en su entorno social, es decir, plenamente integrado el trabajador social en los equipos de atención a las personas con EMGD (Garcés, 2010).

### 3. Marco normativo.

Sabemos que, a nivel legislativo, en España, las competencias en materia de sanidad y servicios sociales están descentralizadas y reguladas por las Comunidades Autónomas, lo que hace que existan desigualdades entre los servicios existentes de las distintas comunidades. Sin embargo, existen leyes a nivel estatal que regulan los aspectos generales tanto en sanidad como en servicios sociales, educación...

En cuanto a Sanidad se refiera, y siguiendo los principios de la Ley General de Sanidad, la primera ley que hay que señalar en consonancia con esta es: la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que tiene como objetivo regular los servicios sanitarios fundamentales que han de prestarse en todas las Comunidades Autónomas y que ya integra a los trabajadores sociales como un tipo de prestación más dentro de este campo (Castañera, Gómez y Mangas, 2014).

A lo largo del 2006 también confluyen una serie de normas jurídicas que configuran, por un lado, el marco de actuación y desarrollo que se seguirá en los próximos años para dar una respuesta integral y efectiva al colectivo de personas con EMGD y, por otro lado, esa inserción de los trabajadores sociales en el ámbito sanitario de la que ya veníamos hablando (Garcés, 2010):

- El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que sustituye al Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, el cual establece una cartera de servicios comunes de salud mental que especifica ampliamente todas las prestaciones; incluyendo el Trabajo Social.
- La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud el 11 de diciembre de 2006, evaluada y revisada en 2009 para comprobar el grado de objetivos alcanzados por las Comunidades Autónomas e introducir las modificaciones y/o recomendaciones pertinentes.
- La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de dependencia, que trata de dar respuesta global a estas personas donde el papel del trabajador social juega un papel muy importante en los aspectos, sobre todo, de carácter social más que sanitarios.

El Trabajo Social forma parte de prestaciones sanitarias y está involucrado en procesos de rehabilitación e integración con personas con enfermedad mental, pero a pesar de ello, no es considerado un profesional sanitario. Esto se debe a que la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de Profesiones Sanitarias, en su artículo 2 considera



estas profesiones sanitarias a aquellas cuya formación pregraduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de salud, y que además están organizadas en colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos; y el trabajo social únicamente cuenta con uno de estos requisitos, que es la organización en un colegio profesional reconocido oficialmente por los poderes públicos.

Si queremos conseguir un hueco real de actuación para poder desempeñar todas nuestras funciones con el mismo reconocimiento (tanto legal, como personal) que cualquiera del equipo, habría que incluir la especialización de Trabajo Social Sanitario en la formación de grado o promover Másteres Oficiales accesibles para las personas que cursen Trabajo Social. Según apuntaban Castañera et al. (2014) son muy pocos los títulos relacionados con salud mental a los que pueden acceder los trabajadores sociales y esto limita mucho el desarrollo de distintos profesionales en el ámbito de la salud mental.

En una segunda instancia, sería importante la publicidad y el conocimiento de la sociedad en general de lo que es el Trabajo Social, a qué se dedican los trabajadores sociales y dónde se les puede encontrar, pues son muchas las personas que lo desconocen por completo. Tal y como resume Mar, la movilización, junto con la especialización, serían dos puntos clave para conseguir lo que venimos citando.

#### 4. Funciones del Trabajador Social.

Las funciones específicas adscritas al papel del/la trabajador/a social en el ámbito de la salud son 5 y están recogidas en el Documento de consenso sobre las funciones del profesional de trabajo social sanitario de la Junta de Castilla y León (2013):

##### 1. Función de atención directa.

Dirigida a trabajar con la persona y la familia como recurso propio. Esta atención se presta con el objetivo de analizar y valorar situaciones de riesgo social en relación con un problema de salud. A través de los diagnósticos sociales y de las necesidades detectadas se establece, conjuntamente con otros profesionales, un plan de intervención. El trabajador social realiza funciones del tipo:

- Acompañamiento en el proceso de cambio.
- Asesoramiento e información sobre recursos formativos y laborales, de ocio y tiempo libre, comunitarios e institucionales, educativos... En definitiva, de todo tipo de ayuda que sea adecuada para el caso.
- Seguimiento y evaluación del proceso de intervención, que incluyen actividades del tipo entrevistas, visitas domiciliarias, salidas ...
- Apoyar y asesorar a la familia e integrarla como parte del proceso. Es el recurso principal del que debe partir toda intervención.
- Conexión y derivación pertinente al servicio, recurso, dispositivo que sea necesario.

##### 2. Función preventiva.

Con el objetivo de evitar potenciales situaciones de desamparo y exclusión social a través de la utilización de recursos normalizados y específicos para ese

colectivo (programas o centros ocupacionales, talleres de formación laboral, grupos de ayuda mutua...)

3. Función de coordinación o de enlace.

Como ya he señalado con anterioridad, el trabajo social en la salud mental no actúa solo, es decir, trabaja en red con otros profesionales, puesto que hablamos de intervenciones de carácter global que requieren distintos saberes. Es, precisamente el trabajador social, el que debe encargarse de construir un espacio común en el que confluya ese intercambio de saberes del que hablamos para poder dar la respuesta integral que se busca. Cuando hablamos de atención sociosanitaria, el profesional de trabajo social es la referencia, el punto medio entre los servicios sanitarios y los servicios sociales, y si hablamos de atención primaria o especializada, el trabajador social debe encargarse de la coordinación entre ambas para el seguimiento de la continuidad de cuidados en aspectos sociales. También debe ser el enlace entre los distintos servicios y recursos de la comunidad.

4. Función formativa y de investigación.

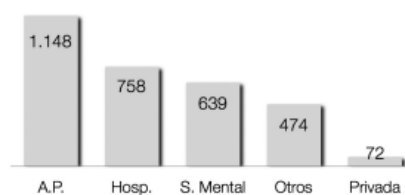
Formación continuada y reciclaje constante de conocimientos, técnicas y recursos para garantizar en todo momento una adecuada intervención. Diseña, promueve y participa en estudios de investigación que buscan mejorar la atención e implicación de la comunidad.

5. Gestión.

El trabajador social debe involucrarse en aquellas actividades de planificación, organización y evaluación dedicadas a la mejora en la calidad de la asistencia, ya sea colaborando en el diseño e implantación de programas, protocolos, proyectos... o identificando problemas y por tanto, nuevas propuestas.

El trabajador social, tanto en los equipos de salud mental como en otros ámbitos de trabajo, tiene que promover el desarrollo de capacidades de la persona, el entorno y la comunidad para crear un espacio solidario en el que poder atender las problemáticas existentes desde una vertiente educativa, preventiva, asistencial y participativa que permita conseguir una mejora global del nivel de bienestar y la calidad de vida. Es por ello que debemos seguir en la línea de la especificidad en Salud Mental para poder abrirnos, cada vez más hueco, tanto en los servicios públicos ofrecidos por el estado (atención primaria, especializada o sociosanitaria), como en los del sector privado, ya que el número de profesionales sanitarios colegiados en trabajo social en España no es muy elevado según se exponía en 2013 en las I Jornadas de Trabajo Social Sanitario.

**Gráfico 1. Número de profesionales colegiados/as de trabajo social que ejercen en el ámbito sanitario en España.**



Fuente: Castañera, Gómez y Mangas, 2014, p.117.

## CAPÍTULO IV. LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN PERSONAS CON EMGD EN CASTILLA Y LEÓN.

### 1. Marco legislativo en Castilla y León.

En apartados anteriores ya se ha hablado de las distintas leyes a nivel estatal existentes que regulan los aspectos generales en esta materia. Pero gracias a la descentralización de competencias en materia de Sanidad, cada Comunidad Autónoma establece las medidas que creen necesarias para su desarrollo y ejecución. Para contextualizar de manera más concreta el marco normativo en materia de salud mental y asistencia psiquiátrica del que hablamos, cabe referirse a la comunidad de Castilla y León, puesto que es donde nos encontramos y por tanto, la que nos afecta directamente no sólo como profesionales, sino como ciudadanos pertenecientes a ese territorio y usuarios del sistema.

Conviene empezar mencionando la aprobación de la Ley 18/1988, de 28 de diciembre de 1988, de Acción Social y Servicios Sociales y la posterior Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León (actualmente derogadas), puesto que supuso el marco de actuación y desarrollo de los distintos planes y estrategias que se fueron elaborando para hacer efectivo el derecho a la salud y a la protección social en nuestra comunidad.

Más tarde, mediante el Decreto 74/2000 de 13 de abril, por el que se crea y regula la Estructura de Coordinación en Atención Sociosanitaria de la Comunidad de Castilla y León, se impulsa la corresponsabilidad y cooperación entre los servicios sociales y sanitarios y las distintas administraciones públicas, justificando la creación de distintos dispositivos de coordinación tanto en el ámbito de dirección y planificación como en el de gestión y atención directa (atención compuesta por profesionales que participan tanto en servicios sociales como sanitarios, incluido el trabajador social).

Tres años después dicho decreto se modifica con el objetivo de incluir las mejoras y retos pertinentes emanados de esos años de experiencia por el Decreto 49/2003, de 24 de abril; coincidiendo en fecha con la entrada en vigor del Acuerdo 58/2003, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba la Estrategia de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León, con el fin de mejorar la calidad de vida y la integración social de las personas con enfermedad mental. Además, surge el Decreto 59/2003, de 15 de mayo, por el que se aprueba el II Plan Sociosanitario, pretendiendo afrontar adecuadamente esta coordinación y desempeño entre los sistemas de acción social y de salud y que sólo estará en vigor hasta finales del año 2007.

Ya en 2010, tiene lugar la derogación de las primeras leyes mencionadas, sustituidas por la Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León, y la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León; referentes al sistema de acción social y al sistema sanitario, respectivamente. Contemplan todas las medidas necesarias para el desarrollo adecuado y coordinado de la atención a las personas con EMGD, desde los cuidados sanitarios de larga duración, de atención sanitaria a la convalecencia, de rehabilitación... A los cuidados de servicios sociales, de apoyo social, económico y laboral. Vienen a reflejar lo mismo que la Ley

63/2003 de Cohesión del Sistema Nacional de Salud, pero en este caso, de carácter autonómico.

En 2014 se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de Castilla y León y, dos años después, el IV Plan de Salud de Castilla y León y las directrices que ordenan el funcionamiento del modelo integrado de atención sociosanitaria para personas con discapacidad por enfermedad mental, recogiendo como objetivos generales y específicos los dos siguientes:

- General: Mejorar la atención a personas con enfermedad mental grave y duradera a través de recursos comunitarios normalizados.
- Específico: Mejorar la atención a las personas con enfermedad mental, eliminar el estigma y promover acciones para su recuperación.

Este es el marco de actuación que envuelve a las personas con EMGD en nuestra comunidad, el cual debe seguir reformulándose e incorporando las mejoras que se crean oportunas para seguir adaptándonos al constante cambio y devenir de las necesidades y problemáticas de la población, dada la situación de envejecimiento estructural existente en todas las provincias y lo que ello implica.

Para hacernos una idea de la realidad de nuestra comunidad en el marco de atención a estas personas, en el siguiente apartado se hace referencia a las cifras más significativas que se han ido obteniendo de los distintos planes, programas y estrategias aprobadas y evaluadas en Castilla y León, estudios de la Consejería de Sanidad y datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

## 2. Castilla y León en cifras.

Castilla y León cuenta con un panorama bastante negativo en relación con la población. Según los datos del INE, desde el año 2009 el descenso ha sido notable, pasando de los más de 2.500.000 habitantes, a 2.409.164 en el año 2018.

Tabla 1. Población por Provincia, Castilla y León.

Provincia	01-01-2018
Ávila	158.498
Burgos	357.070
León	463.746
Palencia	162.035
Salamanca	331.473
Segovia	153.342
Soria	88.600
Valladolid	519.851
Zamora	174.549
<b>Castilla y León</b>	<b>2.409.164</b>
<b>España</b>	<b>46.722.980</b>

FUENTE: D. G. de Presupuestos y Estadística de la Junta de Castilla y León con datos del INE.

Además del progresivo descenso del saldo vegetativo, hay que añadir que alrededor de un 25% de esa población está entre los 65 años o más (603.839 habitantes concretamente) y las negativas previsiones de alumbramiento (que en ningún caso superarán a las defunciones), lo cual hace que en los próximos años la situación no vaya a mejor.

En cuanto a la prevalencia de trastornos mentales en la comunidad de Castilla y León no existen muchos estudios de base poblacional, por lo que la estimación se realiza sobre la revisión de estudios españoles de referencia.

Empleando las proporciones de la revisión del año 2002 de los estudios de prevalencia anual de trastornos mentales realizados en Estados Unidos, las estimaciones de población afectada por distintos tipos de enfermedades mentales en Castilla y León se situarían en aproximadamente 285.000 personas con trastornos de ansiedad (fobias, trastornos de pánico, desorden obsesivo-compulsivo), 115.000 personas con trastornos del estado de ánimo (la inmensa mayoría de casos debidos a depresión, que constituiría la primera patología en el conjunto de trastornos mentales en la Comunidad Autónoma) y casi 100.000 con otro tipo de afecciones. Ello supone un total de 370.000 personas, siendo la población de entre 18 y 54 años más de la mitad de los afectados.

Otros estudios realizados en España estiman que, los trastornos mentales, afectarían anualmente a más de una de cada 5 mujeres y a uno de cada 6 varones castellano leoneses. Para el conjunto de ambos sexos las enfermedades mentales afectarían cada año en Castilla y León a casi 450.000 personas. De ellos, los trastornos mentales graves, cuya prevalencia se estima en torno al 1% de la población general, supondrían 25.000 personas afectadas en la Comunidad Autónoma. En relación al tipo de trastorno, estudios desarrollados en nuestro país, estiman que la esquizofrenia afecta al 1% de las personas, el trastorno afectivo se da entre el 3 y el 4% y el trastorno obsesivo compulsivo aparece en el 3% de la población general. Extrapolando los datos a la población de Castilla y León y según se refleja en la Estrategia de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, el resultado obtenido supone que aproximadamente 25.000 castellanos y leoneses padecerían esquizofrenia, cerca de 90.000 presentarían trastornos afectivos y el número de afectados por trastornos obsesivos-compulsivos sería próximo a 75.000.

Según datos del INE y de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, tal y como refleja el IV Plan de Salud de Castilla y León, el porcentaje de personas mayores de 65 años en España es del 18,12%, cifra que asciende al 23,62% en Castilla y León, lo que condiciona aún más la aparición de enfermedades crónicas, especialmente en materia de salud mental y, consecuentemente, el aumento en la demanda de todo tipo de servicios (tanto sociales como sanitarios).

Para dar respuesta al conjunto de esta población surge el modelo que citamos a continuación, cuyo principal objetivo no es otro que: atender de manera continuada y simultánea al usuario demandante de servicios sanitarios y sociales, por su especial condición de vulnerabilidad.

### 3. Modelo de atención sociosanitario.

El nuevo sistema de atención comunitaria personas con EMGD es un modelo vigente en la mayoría de los Sistemas de Salud de los países desarrollados, y como no podía ser de otra forma, también lo es en nuestra comunidad. En Castilla y León, para el acceso a este sistema, hay dos puertas de entrada:

- Atención Primaria: A través de los Centros de Salud y Equipos de Atención Primaria, constituidos por profesionales tanto sanitarios como no sanitarios
- Atención social: A través de los CEAS (Centros de Acción Social).

Sea cual sea la vía de acceso, el siguiente paso es el Centro de Salud Mental (CSM) o el Equipo de Salud Mental (ESM), eje de articulación y prestación de los servicios que requiere la persona con EMGD en el proceso terapéutico.

Se podría decir que desde aquí se desarrolla todo, desde la atención integral y coordinada que se consigue con un equipo multidisciplinar, hasta la continuidad de cuidados... Todo ello amparado por unos principios básicos, recogidos en el Modelo Integrado de Atención Sociosanitaria para personas con discapacidad por enfermedad mental en Castilla y León (2016), y que son los siguientes:

1. Atención centrada en la persona.  
Cada intervención requiere unos objetivos de actuación particulares que se adapten a las necesidades clínicas y sociales de cada persona, y que recojan sus intereses y preferencias, puesto que tienen capacidad de elegir y participar en la planificación de su futuro. Por ello, deberá primar la atención individual sobre el conjunto de actuaciones estandarizadas.
2. Continuidad de atención y cuidados.  
Las personas con EMGD que entren a formar parte de este proceso de atención tendrán asegurada la continuidad de atención, a través de las actuaciones, servicios y recursos que se pongan a su disposición según el plan establecido.
3. Atención integral y promoción de la autonomía personal.  
Deberán tenerse en cuenta en cada proceso de atención los diversos aspectos biológicos, psicológicos y sociales que envuelven al usuario. Los apoyos se basarán en el “principio de apoyo a la autonomía” según el cual incluso las personas con mayor autonomía requieren apoyo para afrontar con éxito nuevas situaciones de complejidad creciente en lo relativo a la inserción comunitaria.
4. Integración en la comunidad y participación.  
El proceso de atención busca en la medida de lo posible garantizar la permanencia del individuo en su familia y entorno por lo que habrá de desarrollarse una infraestructura de servicios ubicados en un entorno comunitario que permita cubrir la demanda existente en las provincias de Castilla y León.
5. Coordinación de sistemas, recursos y profesionales.  
La puesta en marcha de este proceso de atención coordinada exige la reordenación e implementación de los recursos asistenciales de las redes de

asistencia psiquiátrica y de servicios sociales (tanto de titularidad de la Gerencia como de las Corporaciones Locales), así como el establecimiento de cauces de comunicación y decisión conjunta que permitan que las prestaciones de los diversos subsistemas de atención a las personas con discapacidad por enfermedad mental sean complementarias entre sí.

6. Búsqueda de la efectividad y eficiencia en la utilización de los recursos.

La intervención conjunta y coordinada de la atención psiquiátrica y social, a las personas con trastornos mentales, permite agilizar la asignación del recurso disponible que mejor se adecue a la evolución vital de la persona, mejorando a su vez, las posibilidades de permanencia e integración en la comunidad. Todo ello, tiene por objeto prevenir situaciones con alto riesgo de marginación, y favorecer la disminución de los costes sociales y económicos.

Sin olvidar los principios mencionados, una vez que se detecte el caso de EMGD (es decir, enfermedad mental y discapacidad, prolongadas en el tiempo) se establece un gestor del caso y se remite a la Comisión de Área Psiquiátrica correspondiente. El ESM es el encargado de reunir, recopilar y completar el expediente del caso, con toda la información necesaria y en coordinación con los servicios sociales y comunitarios intervinientes para elevar la propuesta a la Comisión de Área Psiquiátrica. La Comisión de Área Psiquiátrica sirve de punto en común para centralizar todos los expedientes de acceso a los recursos sociales especializados y es donde se valoran y tratan todas las solicitudes para ordenar y priorizar aquellos casos más urgentes.

Una vez reunidos, y teniendo en cuenta la prioridad de necesidades, los recursos de carácter social aplicables y los dispositivos o programas de salud mental vinculados tanto al servicio sanitario como al social, el Equipo Mixto Provincial elaborará un dictamen escrito que contendrá el recurso social asignado, los plazos, la forma de acceso al mismo, la continuidad de cuidados sanitarios, el seguimiento... Información que se aportará tanto a la Gerencia Territorial de Servicios Sociales (GTSS), como al centro del que procesa la persona con EMGD o a la corporación local de la que depende el servicio adjudicado.

Es importante, sea cual sea la situación del usuario (tanto si vive en el domicilio, como si tiene que abandonarle), que se establezca un Programa Individual de Atención, más conocido como PIA, que debe constar en su historia o expediente médico y ser compartido por todos los profesionales o servicios responsables del caso. Igualmente, el profesional de referencia o el gestor del caso es esencial para dirigir la intervención y coordinación, y para servir de nexo directo entre el usuario y la familia y la red asistencial que le rodea.

Este nuevo modelo, además, debe empezar a orientarse a las zonas rurales, pues existen muchas personas a las que aún no llegan todas estas ayudas. El desplazamiento de los equipos de salud mental en las áreas rurales tiene que ser unos de los objetivos de esta orientación, solo de esta manera se podrá llegar donde antes no se llegaba. Tal y como dice Mar, la carrera es de fondo y la debemos empezar todos, con nuestro buen hacer profesional, aptitud, y coordinación entre todos los intervinientes. Y sigue existiendo un número muy elevado de personas afectadas a las que nos llega ese tipo de atención.

#### 4. Recursos y servicios de atención a la salud mental general.

Son muchos y muy variados los recursos que intervienen en la atención al colectivo de personas con EMGD. Para poder citarlos todos, aunque no de manera especialmente detallada, en el siguiente apartado se reflejarán los recursos generales de carácter sanitario y social y, ya en el siguiente y último apartado del presente trabajo, se señalarán aquellos que denominamos de intervención comunitaria y carácter integrados, pues son los que nos interesan.

Los recursos sanitarios, de carácter general, que se ponen en marcha para estas personas son los siguientes (exceptuando aquellos servicios normalizados que están al servicio de cualquier ciudadano y todos los dependientes de los SS.SS.), los cuáles están recogidos en la Estrategia Regional de Salud Mental de Castilla y León y en el Modelo de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera propuesto por el IMSERSO:

##### 1. Centros de Salud Mental (CSM).

Formados por los denominados Equipos de Salud Mental (ESM). Se accede a través de Atención Primaria y son el eje de articulación y desarrollo de los servicios asistenciales psiquiátricos. Con carácter multidisciplinar, asumen las funciones de atención, seguimiento, control y asesoramiento de los pacientes derivados de otros niveles sanitarios, además de la derivación a otros recursos cuando sea conveniente y/o necesario.

Cuando se trata de población menor de edad, es decir, menos de 18 años, las funciones propias de los ESM las asumen los Equipos de Psiquiatría Infanto-Juvenil (EPIJ). Se dispone de 5 equipos específicos ubicados en las Áreas de Burgos, León, Salamanca, Valladolid Este y Valladolid Oeste.

##### 2. Servicios de Urgencia.

Presentes en cada hospital, a los cuales se accede llamando al 112 en casos de crisis agudas.

##### 3. Unidad de Agudos.

Unidad de estancia corta para atender a personas mayores de 18 que presentan una situación de crisis debido a su enfermedad mental.

##### 4. Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP).

Las UHP son elementos asistenciales integrados en los hospitales generales para el ingreso de pacientes cuya sintomatología así lo requiera y precisen un tratamiento en régimen de hospitalización, tanto de larga, como de corta estancia.

##### 5. Hospitales de Día Psiquiátricos (HDP) y Programas de Hospitalización Parcial (PHP).

Recursos intermedios entre la comunidad y las UHP. Constituyen una alternativa al internamiento psiquiátrico tradicional, pues tratan de evitar la ruptura existencial que supone la separación de la persona en tratamiento de su medio social y familiar y por otra parte ofertan planteamientos terapéuticos más intensivos y continuados que los que habitualmente realizan los Equipos de Salud Mental.



6. Unidades de Convalecencia.

Para garantizar la continuidad de cuidados desde que una persona dependiente recibe el alta en el hospital.

7. Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica (URP).

Servicios hospitalarios a los que se accede a través de los CSM y, ocasionalmente, también desde el CRPS o Unidades de Hospitalización, cuando no se puede permanecer en la comunidad. El objetivo es que la persona con EMGD reciba un tratamiento multidisciplinar dirigido a su rehabilitación psicosocial para que pueda alcanzar el mayor grado de autonomía posible.

8. Unidades de Referencia Regional.

Dispositivos residenciales que ofertan cuidados sociales y sanitarios de cierta intensidad a personas que, tras múltiples intentos terapéuticos de lograr la inserción comunitaria, no ha sido adquirido. El acceso a estos se produce a través de la Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica.

9. Red de Asistencia a la Drogodependencia.

Formados por:

- i. Primer nivel: constituido por los EAP, los CEAS y los programas desarrollados por Asociaciones de Ayuda y Autoayuda y otras entidades.
- ii. Segundo nivel: corresponde a los Centros específicos acreditados de atención ambulatoria a drogodependientes, Equipos de Salud Mental de Distrito, Unidades de Psiquiatría de Hospitales Generales, Programas de rehabilitación en régimen intermedio, Hospitales Generales y Centros y programas acreditados de tratamiento con sustitutivos opiáceos.
- iii. Tercer nivel: está constituido por centros y servicios, con ámbito de actuación regional (Unidades de Desintoxicación Hospitalaria y Comunidades Terapéuticas).

10. Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA).

Destinadas a atender a aquellas personas que presenten problemas con respecto a la alimentación, formadas por un psiquiatra, un psicólogo y un trabajador social.

## 5. Recursos y servicios de intervención comunitaria.

Tal y como venimos hablando, son los recursos de carácter rehabilitador y comunitario los que a nosotros nos interesan, pues son los encargados de garantizar la plena integración y rehabilitación de la persona, garantizando la continuidad de cuidados y la atención centrada en la persona.

Dada la gran variedad, me parece conveniente agruparlos en 3 grandes bloques:

- Recursos de Rehabilitación Psicosocial.

Hablamos de los Centros de Rehabilitación Psicosocial o CRPS. Son dispositivos que ofrecen, en régimen ambulatorio, programas de rehabilitación psicosocial a las personas con enfermedad mental que tienen dificultades de integración social y problemas en el funcionamiento personal, familiar, laboral y de socialización. El objetivo de estos centros es definir un conjunto de estrategias encaminadas a que estas personas adquieran o recuperen aquellas habilidades que les permitan desenvolverse en su medio natural de forma autónoma, con los menores apoyos posibles y mejorando su calidad de vida. Se remite desde los CSM o los ESM de Distrito y, en su caso, desde las URP, con el protocolo específico de derivación. Contamos con 9 CRPS, en las Áreas de Salud de Ávila, Burgos, León, Palencia, Segovia, Soria, Valladolid Este, Valladolid Oeste y Zamora y un total de 205 plazas. El trabajador social tiene gran peso en estos centros puesto que es el encargado de elaborar y ejecutar aquellas medidas destinadas a conseguir las prestaciones y apoyos necesarios de los usuarios, evaluando todas las condiciones que les rodean.

En Valladolid, en el año 2013, se pone en funcionamiento un centro dependiente del Hospital Universitario Río Hortega (HURH) denominado Centro de Intervención Comunitario (CIC), de carácter rehabilitador y comunitario más centrado en el trato que en el tratamiento. Es un proyecto piloto que se instauró en Valladolid, dentro del Servicio de Psiquiatría del HURH, en colaboración con los ESM para facilitar la recuperación y emancipación de las personas con EMGD a través de una relación desjerarquizada (de iguales) en la que es el profesional el que debe adaptarse a los tiempos del usuario. Desde entonces atiende a 55 personas de ambas áreas de Valladolid y cuenta con 7 pisos alquilados y un total de 29 plazas, además de la tramitación inminente de dos concesiones más.

➤ Recursos de Atención Residencial y Laboral.

Estos recursos vienen a denominarse, de carácter general, alternativas residenciales comunitarias: miniresidencias, pisos protegidos, hogares supervisados... Son dispositivos de alojamiento comunitario que tienen por fin constituir la residencia habitual de la personas con EMGD, teniendo en cuenta sus características y el nivel de autonomía y control de su conducta a la hora de vivir. En el mapa de recursos de la Estrategia Regional se contabilizan un total de 157 plazas distribuidas en los 45 Hogares Supervisados en Castilla y León. Como luego veremos, existen muchos más recursos de este tipo provenientes de la GTSS, Diputaciones, entidades privadas (FEAFES, El Puente...)

Luego hablaríamos de los Centros Especiales de Empleo, destinados a facilitar y proporcionar empleo protegido a personas con discapacidad y/o enfermedad mental. Contamos actualmente con 7, que veremos a continuación dada su iniciativa privada.

➤ Recursos de Área.

Existen en cada provincia multitud de servicios y dispositivos destinados a promover la integración social y el bienestar de las personas con discapacidad, dependencia, enfermedad mental... prestados por multitud de entidades

privadas, asociaciones, fundaciones... El sector privado crece con rapidez y es, actualmente, un instrumento extraordinariamente relevante en la atención a estas personas y sus familias. Deben ser mencionadas primeramente FEAFES en Ávila, FESMA, ASAYEME y PROSAME en la provincia de Burgos, ALFAEM en León, AFES en Palencia, AEMC en Salamanca, AMANECER en Segovia, ASOVICA en Soria, EL PUENTE en Valladolid y FEAFES en Zamora, todas ellas asociaciones agrupadas en FEAFES Castilla y León. La Federación de Salud Mental de Castilla y León (1993), mejora la calidad de vida de muchas personas con enfermedad mental y sus familias, promoviendo y haciendo efectivos sus derechos a través de servicios de promoción, prevención, asesoramiento e información, tales como:

- Centros Ocupacionales: que buscan fomentar el ajuste personal y social de la persona con discapacidad y/o enfermedad mental para enfrentarse al día a día y al trabajo. Allí desarrollan las actividades laborales, personales, familiares y sociales necesarias para desarrollar sus habilidades y la capacitación y habilitación laboral, en función siempre de sus características y atendiendo a los principios del modelo sociosanitario (proyectos de vida personalizados). Es de carácter diurno.
- Servicios de Asistencia Personal: promoción de la autonomía personal a personas en situación de dependencia. Comprende actuaciones del tipo: tareas personales, apoyo en el entorno comunitario, acompañamiento social o laboral, supervisión, coordinación y apoyo en la toma de decisiones.
- Viviendas Supervisadas: para atender de forma integral, continuada y adaptada las necesidades de las personas con enfermedad mental, promoviendo su autonomía y potenciando sus capacidades en un entorno de carácter comunitario y normalizado. Existen dos modalidades:
  - Residencias: gestionadas por el movimiento asociativo en León y Soria.
  - Viviendas supervisadas: en todas las asociaciones.
- Itinerarios destinados a la formación laboral y Centros Especiales de Empleo: posibilitando tener una vida autónoma e independiente a través de la capacitación laboral y la proporción de empleo protegido en empresas activas del mercado ordinario de trabajo. La red del movimiento asociativo Salud Mental en Castilla y León cuenta en la actualidad con 7 Centros Especiales de Empleo que dan trabajo a aproximadamente 100 personas con discapacidad: Alfaem-La Senda S.L. (León), Serviolid 2001 S.L. (Valladolid), Faema-Empleo S.L. (Ávila), Fesma-Empleo S.L. (Aranda de Duero), Prosame-La Brújula S.L. (Burgos), Asovicauto S.L. (Soria) y Servifadess S.L. (Soria). Según recogía una noticia publicada en 2011 en "Contamos", ese año atendieron a más de 4.000 personas entre sus diferentes recursos.
- Ocio y tiempo libre: fomentando las relaciones entre los usuarios y la comunidad, usando adecuadamente el tiempo libre que se tiene.

- Ayuda mutua: soporte a grupos que compartan el mismo problema. Sabemos de la eficacia de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) o Autoayuda.
- Apoyo a familias: se trabaja la mejora de las capacidades de cuidadores y cuidadoras no profesionales y se proporciona apoyo técnico en el entorno familiar de las personas con EMGD, especialmente,
- Programa de Actuación de Vacaciones del IMSERSO y de Envejecimiento Activo y Prevención de la Dependencia: promoción de hábitos saludables, competencias para la vida autónoma, programas vacacionales de respiro...
- Apoyo preventivo a la infancia y adolescencia en situación de riesgo: intervención directa con adolescentes pertenecientes a grupos sociales desfavorecidos con el objetivo de ayudarles a aumentar sus posibilidades vitales, es decir, su salud física, mental y psicológica.
- Acompañamientos integrales y atención a personas judicializadas para favorecer la reinserción social de aquellas personas con enfermedad mental que se encuentren en centros penitenciarios, potenciando el apoyo familiar. Intervienen en los centros de Ávila, Burgos, Salamanca, Palencia, León y Villanueva.
- Programas de voluntariado y Campañas de sensibilización: conciencias y sensibilizar al conjunto de la población y fomentar la incorporación de personas voluntarias a las entidades de la red.
- Servicios de tutela: ofrecidos por la Fundación Tutelar FECLM, constituida en 2001 en León para trabajar en el ejercicio de la tutela en casos de incapacidad civil y cuando no exista un tutor/a adecuado. También existen centros en Salamanca, Burgos y Valladolid.
- Talleres monográficos: acerca de distintas temáticas que se plantean entre los propios miembros. En la entrevista, Mar cuenta que el último de ellos estuvo dedicado al Trastorno Límite de personalidad, pues son pioneros en esta materia y presentan varios casos en la entidad. Es un trastorno muy desconocido y bastante complicado de tratar, por lo que se le dedicó un taller especial. Cuenta, incluso, como reciben llamadas de distintas ciudades de España para el asesoramiento y formación a cerca de este trastorno.

En esta línea destaca también la Fundación INTRAS (1994), cuya misión es acompañar a las personas con problemas de salud mental en la recuperación de sus proyectos de vida. Ofrecen servicios en los mismos niveles: empleo, formación, asistencia personal, ocio, tiempo libre, apoyo mutuo, investigación, rehabilitación psicosocial... Cuenta con 6 centros en Castilla y León que se encuentran en Zamora, Salamanca, Burgos, Palencia, Ávila y Valladolid y sus programas, servicios y recursos que ofrece vienen a ser los mismos que los citados anteriormente: acompañamiento, rehabilitación psicosocial, formación al empleo, atención residencial y al entorno, innovación e investigación...

Y ya en materia de discapacidad intelectual podríamos destacar otros grandes movimientos asociativos, que son:

- COCEMFE CYL: Confederación de Personas con Discapacidad Física y Orgánica de Castilla y León constituida en el año 2005, que se mueve, actualmente, en el desarrollo de su Plan Estratégico 2017-2020 para la innovación en la prestación de servicios y detección de necesidades. Entidad referente en el ámbito de la discapacidad.
- Plena inclusión Castilla y León (1977): Federación llamada entonces FECLAPS. Las asociaciones fundadoras fueron: Pronisa (Ávila), Aspanias (Burgos), Asprona (León), Aspanis (Palencia), Asprodes (Salamanca), Apadefim (Segovia), Asamis (Soria), Asprosub (Zamora) y Asprona en Valladolid. Está formada por 36 entidades que prestan servicio a 6.000 personas en 320 centros. Los servicios que comprende son:
  - Atención Temprana.
  - Centros de Educación Especial.
  - Centros ocupaciones.
  - Atención de Día.
  - Miniresidencias, pisos tutelados...
  - Servicios de ocio y tiempo libre.
  - Servicios tutelares.
  - Centros Especiales de Empleo.

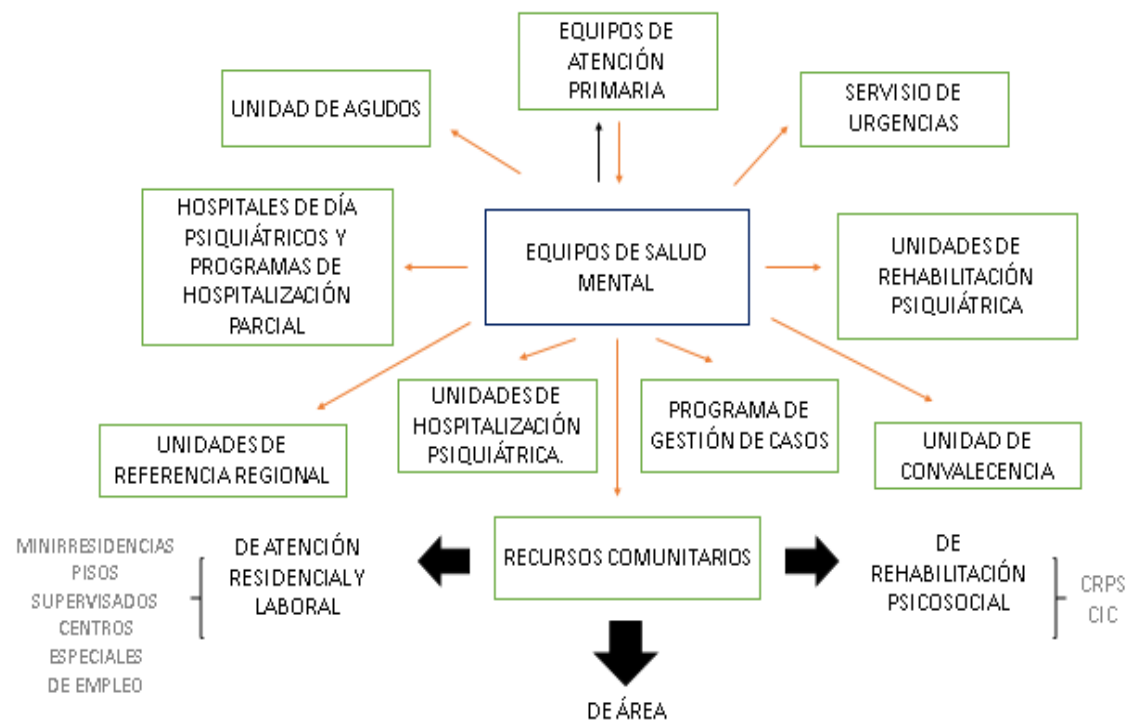
El Tercer Sector actualmente alberga en Castilla y León a miles de entidades formadas por multitud de empresarios y trabajadores. La labor social que hacen es infinita, pues se dedican a luchar sin descanso contra la pobreza y la exclusión. Son una red de apoyo imprescindible que debemos potenciar, en colaboración con los Servicios Sociales y Sanitarios, para que sigan creciendo y aumentando las ayudas y servicios destinados a los más vulnerables.

Si se consideran suficientes y efectivos, disponemos de todo lo que necesitamos, pero, siguiendo las líneas de Mar, conviene evaluar y remodelar aquellos aspectos con el paso del tiempo, adaptándolos a los nuevos y flexibilizándonos de tal manera que, sobre con eso.

## 6. Esquema de recursos y servicios de intervención comunitaria.

Para finalizar, y a modo de resumen general de este cuarto y último capítulo del trabajo, me parece conveniente adjuntar un esquema sistemático y sencillo con todos los recursos de los que venimos hablando.

**Gráfico 1. Esquema recursos sociosanitarios.**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Sacyl.

## CONCLUSIONES.

Antes de comenzar con la síntesis de lo que, en materia de aprendizaje, ha supuesto para mí el desarrollo del presente trabajo, quiero resaltar la importancia de las prácticas como factor motivacional y desencadenante del presente trabajo, posibilitándome enfocar este estudio detenido y profundo en el colectivo de personas con EMGD.

Sabemos que una de cada cinco mujeres y uno de cada seis varones se verán afectados por una EMGD y que hay alrededor de 25.000 afectados en nuestra comunidad. Es por ello que, tanto en nuestro país, como en Castilla y León, se deben reunir todo tipo de esfuerzos para prevenir el aislamiento, exclusión y marginación de estas personas; entendiendo por esfuerzos la actuación coordinada y simultánea entre los distintos profesionales y servicios involucrados, ya sean de carácter sanitario, social, público o privado.

Puesto que el título es “La atención a la salud mental de personas con EMGD vía comunitaria” me parece conveniente señalar que, si hay algo que debe quedar claro después de la elaboración de este estudio, es: la necesidad de intervenciones comunitarias en personas con enfermedad mental grave que vengan proporcionadas desde el entorno habitual, contando con toda esa red de recursos que venimos citando en el apartado anterior, a nivel local, para que puedan proporcionar los apoyos necesarios al individuo, posibilitando su mantenimiento en su hábitat natural de la manera más integrada y autónoma posible.

Además, dada la complejidad y variedad de las problemáticas que afectan a las personas con EMGD, son esenciales los Equipos de Intervención Multidisciplinar, es decir, los equipos formados tanto por un psiquiatra, un psicólogo y un enfermero, como por un trabajador social, educador social e incluso un terapeuta ocupacional, en los que se reúnan los saberes de las distintas ciencias para responder e intervenir de manera efectiva en todas ellas.

Es imprescindible que no nos olvidemos de la necesidad de evolucionar y flexibilizar el modelo existente a los nuevos tiempos, al igual que la sociedad cambia, también el conjunto de problemáticas: “Renovar, adaptar, o morir, como se suele decir”.

Con respecto al papel del trabajador social, quiero resaltar un par de cuestiones a cerca del mismo, no tanto en la atención al colectivo de personas con EMGD, sino en la atención a la salud mental de la población en general. La primera de ellas es el escaso reconocimiento de éste en los equipos y servicios en los que trabaja debido a la falta de especialización en Trabajo Social Sanitario, tanto a nivel universitario, por no incluir la formación necesaria en el propio Grado, como a nivel post-universitario, por tener una oferta tan escasa y en muchos casos inaccesible de Títulos o Masters Oficiales. Tenemos la necesidad inmediata de adquirir ese reconocimiento y prestigio en el ámbito sanitario, pues es la única forma de crear un hueco real y efectivo en el que trabajar y poder ejercer todas nuestras funciones propias para con los usuarios.

La segunda cuestión radicaría en la movilización del colectivo del Trabajo Social, pues aún es un papel muy desconocido por gran parte de la ciudadanía y sólo está en nuestras manos mostrar a toda la población quiénes somos, dónde estamos, y a qué nos

dedicamos. De esta manera, podremos atajar problemas aparentemente sencillos y que, sin la ayuda y asesoramiento necesario, se agraven y se conviertan en algo mayor.

El Trabajo Social es una profesión que se debe caracterizar por una adaptación constante a los cambios sociales, a las nuevas formas de pedir y dar ayuda, que generan nuevas estrategias de respuesta. Está en nuestras manos no cesar en este camino y seguir insistiendo y creando nuevos modelos que fomenten la participación, el empoderamiento y la autonomía de estas personas, siendo ellas mismas las que tomen las riendas.

Sabemos que nuestro labor es de lo más determinante en la evolución, recuperación y rehabilitación de las persona con enfermedad mental, sobre todo en los casos de EMGD, dada la gran carga social y familiar que albergan, prolongada en tiempo. Es en estos casos donde adquiere mayor relevancia la figura de los trabajadores sociales, los cuales debemos adquirir un compromiso inmediato con nuestra profesión, moviéndonos en la línea de la especialización y formación continuada, pues en cierta medida, y según apuntaba Guimón (2008), de ello depende el futuro de la salud mental.

Para finalizar, y desde una visión como futura profesional, sólo me queda añadir que, me comprometo a empatizar, confiar, escuchar y no juzgar a aquellas personas que acudan a mí, cualesquiera que sea su problema o necesidad, y sin importar el motivo por el que hayan llegado hasta ahí. Sin juicios, ni valoraciones, me centraré en sus intereses y necesidades, en sus gustos y en sus aficiones, en sus deseos, en sus sueños y en sus particularidades, pues sólo así conseguiré el objetivo general del Trabajo Social, que no es otro que mejorar su calidad de vida y bienestar.

“No somos médicos, pero generamos bienestar.

No somos psicólogos, pero sabemos escuchar.

No somos profesores, pero sabemos educar.

No somos sociólogos, pero trabajamos con la sociedad

Por estos, y muchos más motivos, soy:

Trabajador Social”.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Acuerdo 58/2003, de 24 de abril, por el que se aprueba la Estrategia de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León. BOCYL, 81, de 30 de abril.
- Acuerdo 45/2016, de 21 de julio, por el que se aprueba el IV Plan de Salud de Castilla y León, Perspectiva 2020. BOCYL, 142, de 25 de julio.
- Aznar, E. y Berlanga, Á. (2004). *Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia. Manual para la familia y el cuidador*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. Quinta Edición*. Recuperado de [https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/dsm/pdf/Spanish\\_DSM-5%20Coding%20Update\\_Final.pdf](https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/dsm/pdf/Spanish_DSM-5%20Coding%20Update_Final.pdf)
- Castañera, L., Gómez, M.A. y Mangas, P. (2014). De lo general a lo específico en Trabajo Social: Propuesta de especialización en Salud Mental. *Trabajo Social Hoy*, (72), 109-126.
- CIE-10. (2000). *Guía de bolsillo de Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Colom, D. (2010). El Trabajo Social Sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. *Zerbitzuan*, (47), 109-119.
- Decreto 6/2018, de 28 de marzo, por el que se aprueba el Plan Estadístico de Castilla y León 2018-2021. BOCYL, 65, de 4 de abril.
- Desviat, M. (1994). *La Reforma Psiquiátrica*. Madrid: Dor.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- FEAFES. (1993). *Federación de Salud Mental de Castilla y León*. Recuperado el 10 de diciembre de 2018 de <http://saludmentalcyl.org/>
- INTRAS. (1994). *Fundación INTRAS*. Recuperado el 10 de diciembre de 2018 de <https://www.intras.es/conocenos>
- Garcés, E.M. (2010). El Trabajo Social en Salud Mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 333-352.
- García, J., Espino, A. y Lara, L. (1998). *La Psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Diaz de Santos.
- Gisbert, C. (2003). *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Guimón, J. (2008). *Salud mental basada en las pruebas*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2007). *Modelo de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- Junta de Castilla y León. (2013). Documento de Consenso de las Funciones del de Trabajo Social Sanitario. Recuperado de <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/documento-consenso-funciones-profesional-trabajo-social-san>
- Laviana Cuetos, M. (2012). La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes de Psicología*, 30(1), 459-476.
- National Institute of Mental Health. (1987). *Towards a model for a comprehensive community based mental health system*. Washington DC: NIMH.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 7 de abril de 2018 de [http://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/mental_health/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. 10ª Edición*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Pilling, S. (1991). *Rehabilitation and Community Care*. London: Routledge.
- Plena inclusión. (1977). Quiénes somos y qué hacemos. Recuperado el 10 de diciembre de 2018 de <http://www.plenainclusioncyl.org/>
- Prieto, J.M. (2014). *Apuntes de Trabajo Social*. Material no publicado.
- Raya Diez, E. (2014). *Tema 3: Historia de la Acción Social*. Material no publicado. Recuperado el 8 de Octubre de 2018, de <https://www.unirioja.es/dptos/dchs/archivos/TEMA3HISTACSOC.pdf>
- Richmond, M. (1993). *Caso Social Individual (3ª ed.)*. Buenos Aires: Editorial Humanitas.
- Rodríguez, A. (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Ed. Pirámide S.A.
- Sobrino, T. y Rodríguez, A. (2007). *Intervención social en personas con enfermedades mentales graves y crónicas*. Madrid: Editorial Síntesis.

## ANEXOS.

Anexo 1. Entrevista a Mar Pérez. Trabajadora social de “El Puente” Valladolid, constituida en marzo de 1991 como representación del movimiento asociativo FEAFES. A modo de resumen señalar que es una entidad sin ánimo de lucro y declarada de utilidad pública, cuya misión es mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental y la de sus familias, así como la defensa de sus derechos.

Mar es la encargada del punto informativo, primer recurso al que acuden tanto familiares como usuarios y profesionales para recibir información y orientación sobre los problemas de salud mental en función de las necesidades concretas y actuales de las personas que la demandan. Además, informa sobre los distintos recursos existentes para la ayuda integral, tanto en la asociación como en otras entidades públicas o privadas.

1. ¿Cómo consideras que ha ido cambiando el modelo de atención a personas con enfermedad mental?
2. ¿En qué línea hay que seguir trabajando para que esta atención llegue a todas las personas que lo necesitan y exista una red de servicios lo suficientemente amplia para abarcar el conjunto de problemas y necesidades que presentan?
3. ¿Qué se puede mejorar desde el trabajo social en el ámbito sanitario privado por y para estas personas?
4. ¿Consideras que exista un escaso reconocimiento en el papel del trabajador social en el campo sanitario? ¿Por qué y qué crees que se podría hacer?
5. ¿Cuáles son esos recursos de atención comunitaria de los que disponemos en nuestra Comunidad, o más concretamente, en Valladolid?
6. ¿Crees que son suficientes y efectivos? ¿Por qué?
7. ¿Cómo consideras la atención de las personas con enfermedad mental desde los servicios públicos?
8. ¿Es buena la coordinación entre ambos? ¿Qué se podría mejorar?
9. ¿Cuáles son, para ti, las claves en la atención a las personas con EMGD para conseguir una verdadera reinserción socio-laboral y la mejora de su autonomía e independencia?
10. ¿Algún consejo de veterana a futura profesional en el sector?

Adjuntada mediante audio, vía CD.