



---

# Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

**TRABAJO FIN DE GRADO:**

**“La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”**

**Autora:**

Cristina Álvarez Blanco

**Tutor:**

Rogelio Gómez García

Universidad de Valladolid

Curso 2022-2023

Fecha de entrega: 11 de julio de 2023

“La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

## Índice.

RESUMEN.....	5
1. INTRODUCCIÓN:.....	6
2. OBJETIVOS:.....	7
2.1 GENERALES.....	7
2.2 ESPECÍFICOS.....	7
3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA:.....	8
3.1 APROXIMACIÓN CONCEPTUAL Y ANTECEDENTES.....	8
3.2 CONCEPTOS CLAVE EN SALUD MENTAL: .....	9
3.3 CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA: EL ESTIGMA ASOCIADO A LA ENFERMEDAD MENTAL: .....	12
4. PAPEL DEL TRABAJO SOCIAL.....	13
4.1 ANTECEDENTES Y EVOLUCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO:.....	13
4.2 EVOLUCIÓN DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EN ESPAÑA Y DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL: .....	14
4.3 FUNCIONES Y ÁMBITOS DE ACTUACIÓN: .....	16
5. MARCO NORMATIVO DE ACTUACIÓN EN TRABAJO SOCIAL.....	20
5.1 NIVEL INTERNACIONAL:.....	21
5.2 NIVEL NACIONAL:.....	22
5.3 NIVEL AUTONÓMICO: .....	28
6. INTERVENCIÓN SOCIAL EN SALUD MENTAL.....	34
6.1 PROCESO DE ACTUACIÓN: .....	35
6.2 RECURSOS SOCIO-SANITARIOS DISPONIBLES: .....	38
7. METODOLOGÍA.....	43
7.1 DISEÑO Y PARTICIPANTES: .....	43
7.2 GUION ENTREVISTAS:.....	43
8. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	44
8.1 PROCESO DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL EN SALUD MENTAL: .....	45
8.1.1 Inicio del proceso y seguimiento:.....	45

“La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

8.1.2	<i>Disponibilidad de recursos y principales carencias:</i>	46
8.1.3	<i>Diferencias con otras comunidades autónomas:</i>	47
8.2	<b>ASPECTOS DE LA ENFERMEDAD MENTAL:</b>	48
8.2.1	<i>Trato con las personas con enfermedad mental:</i>	48
8.2.2	<i>Limitaciones a causa del estigma:</i>	49
8.3	<b>PAPEL DEL TRABAJO SOCIAL Y PROPUESTAS DE MEJORA:</b>	51
8.3.1	<i>Labores del trabajador o trabajadora social:</i>	51
8.3.2	<i>Valoración de su figura:</i>	52
8.3.3	<i>Conocimiento de la población:</i>	53
8.3.4	<i>Propuestas de mejora:</i>	54
9.	<b>CONSIDERACIONES FINALES.</b>	55
10.	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.</b>	56
11.	<b>ANEXOS.</b>	62

**Índice de tablas.**

Tabla 1. Rol del Trabajador/a Social en Salud Mental .....	19
Tabla 2. Líneas estratégicas y objetivos de la Estrategia en Salud Mental del SNS...	24
Tabla 3. Líneas estratégicas del Plan de Acción de Salud Mental.....	27
Tabla 4. Vigencia planes en salud mental de las comunidades autónomas.....	29
Tabla 5. Líneas estratégicas en la Estrategia regional en SM y atención psiquiátrica en Castilla y León. ....	30
Tabla 6. Proceso de atención a las personas con discapacidad por enfermedad mental .....	36
Tabla 7. Profesionales de SM en Castilla y León en 2009 .....	39
Tabla 8. ESM en las diferentes áreas de salud en Castilla y León.....	40

**Índice de abreviaturas.**

CEAS: centro de acción social.

EPAP: equipo de promoción de la autonomía personal.

ESM: equipos de salud mental.

PIA: programa individual de atención.

SIAP: sistema de información de atención primaria.

SM: salud mental.

SNS: sistema nacional de salud.

TMG: trastorno mental grave.

“La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

**Resumen.**

La enfermedad mental es un tema sensible en nuestra sociedad, lleno de prejuicios y desconocimiento. La atención a esta tipología de pacientes no debe limitarse al ámbito sanitario, sino que debe seguir un modelo biopsicosocial que atienda a todos los ámbitos de la vida de las personas.

Este trabajo, estudia la importancia del ámbito social de esta atención, es decir, se basa en un estudio de la intervención social en la salud mental, destacando la relevancia y dando a conocer la labor de los y las trabajadoras sociales de este ámbito, ya que resulta desconocido para la población.

La investigación se ha llevado a cabo a través de la realización de entrevistas a profesionales del sector en la ciudad de Valladolid, y cuyos resultados han permitido comparar diversas opiniones en diferentes aspectos relacionados con su trabajo.

**Palabras clave:** salud mental, intervención social, trabajo social psiquiátrico, enfermedad mental.

**Abstract.**

Mental illness is a sensitive issue in our society, full of prejudice and ignorance. Care for this type of patient should not be limited to the health field, but should follow a biopsychosocial model that addresses all areas of people's lives.

This work studies the importance of the social sphere in this care, it is based on a study of social intervention in mental health, highlighting the relevance and publicizing the work of social workers in this field, as it is largely unknown to the population.

The research has been carried out through interviews with professionals in the sector in the city of Valladolid, the results of which have made it possible to compare different opinions on different aspects related to their work.

**Key words:** mental health, social intervention, psychiatric social work, mental illness.

## **1. Introducción:**

En la actualidad, la salud mental, especialmente tras la pandemia de la COVID-19, se ha convertido en una inquietud en constante aumento a nivel mundial. Un gran número de personas alrededor del mundo sufren este tipo de patologías, que no sólo afectan a los propios individuos, sino también a sus familias, comunidades y a las sociedades en general.

Ante esta realidad, la atención no se lleva a cabo exclusivamente desde el ámbito sanitario, sino que adquiere gran relevancia el ámbito social. El presente trabajo, se fundamenta en un estudio sobre la relevancia de la intervención social en el ámbito de la salud mental, y, concretamente, en el papel del trabajo social como disciplina.

A lo largo de este trabajo, se mostrará un marco teórico, que recoja los principales aspectos teóricos que definan lo necesario para la comprensión de la investigación posterior. En un primer lugar, se contextualizará brevemente el tema de la salud mental, y la evolución en las formas de su atención a lo largo de la historia, también se definirán una serie de conceptos clave y ciertas consideraciones que deben tenerse en cuenta, como el estigma existente asociado a la enfermedad mental. Más adelante, el trabajo se centrará en realizar una explicación más exhaustiva sobre el papel del trabajo social, haciendo un pequeño recorrido por la historia y evolución del trabajo social sanitario y psiquiátrico, así como establecer unas diferencias o, especificidades en sus funciones. Además, mostrará el marco normativo, a nivel internacional, nacional y autonómico, sobre el que ejerce su labor. Por último, en el aspecto teórico, se recoge una explicación del proceso de actuación de la intervención social, y de los recursos disponibles en la comunidad de Castilla y León a grandes rasgos.

Una vez se reúne toda esta información y se conoce suficiente sobre el tema, se lleva a cabo una investigación, con una metodología realizada a través de entrevistas a profesionales del sector, para tratar diversos aspectos de su profesión, y, a continuación, se lleva a cabo un análisis de resultados, atendiendo a sus opiniones sinceras sobre diversas categorías que se establecen para poder dividir y analizar la información en profundidad. Por último y con el objetivo de concluir el trabajo, se establecen unas consideraciones finales que resumen y enmarcan las principales conclusiones del estudio.

## “La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

La elección de este tema para la realización del trabajo de fin de grado, surge tras haber realizado las prácticas de grado en un Centro de Salud Mental de la ciudad de Valladolid, lo que me animó a continuar investigando y a realizar este estudio.

### **2. Objetivos:**

Previamente a la investigación y al desarrollo del estudio, se plantean una serie de objetivos, que guiarán al trabajo; por una parte, aquellos de carácter más general y, por otra parte, unos objetivos más específicos o concretos.

#### **2.1 Generales.**

Entre los objetivos de carácter general, encontramos, realizar una pequeña aproximación a la historia y la evolución en la atención a la salud mental, además de comprender como se lleva a cabo el proceso de atención a los pacientes y cómo ha evolucionado la figura del trabajo social como disciplina incluida en el sistema.

#### **2.2 Específicos.**

En un ámbito más específico, entre los objetivos de este trabajo se incluye conocer la realidad de los trabajadores y trabajadoras sociales del servicio de salud mental, darles voz, y escuchar sus opiniones para, a su vez, dar a conocer su labor que resulta muy desconocida para la población en general.

### **3. Fundamentación teórica:**

En el desarrollo de este apartado se mostrará una contextualización sobre qué se trata cuando se habla de la salud mental, una breve evolución de las formas de atención a la enfermedad mental y se definirán una serie de conceptos clave, necesarios para poder abordar el tema con claridad y dejar a un lado la posible ambigüedad de los términos y la confusión.

#### **3.1 Aproximación conceptual y antecedentes.**

La Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no como exclusivamente la ausencia de enfermedad” (OMS, 1948), además, la reconoce como un derecho fundamental de los seres humanos. En relación al cuidado del bienestar psíquico,

con el inicio del siglo XX, comienzan a tratarse los problemas de, por entonces denominado “higiene mental” como problemas de salud pública. Tras la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), se evidenció el trato inhumano que recibían los enfermos mentales, algunos de ellos exterminados en campos de concentración para “incurables”. A partir de este momento, surgen en Europa una serie de movimientos que criticaban el modelo psiquiátrico y lo que se entendía por higiene mental, pues las medidas llevadas a cabo eran de carácter preventivo y corrector. (Lopera, 2015, p. 13).

La defensa de los derechos humanos cobró especial relevancia y, en conjunto con las posteriores críticas, dieron lugar a que se cuestionara la actuación de los hospitales mentales, “por su carácter aislar, considerados como lugares donde los enfermos eran recluidos y aislados de su medio social” (Lopera, 2015, p. 14).

La visión de la población hacia los enfermos mentales no cambia hasta la década de los ochenta, cuando, pasan a ser personas, “sujetos de derechos y obligaciones que precisan una intervención técnica, psicológica y social” (Garcés, 2010, p. 335).



### 3.2 Conceptos clave en salud mental:

Entre los conceptos clave a definir, encontramos, en primer lugar, el propio término de salud mental, entendido como “un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a la comunidad” (OMS, 2022). Esta definición continúa vigente.

Por otro lado, tienen relevancia conceptos como:

- Episodio psicótico: “actualmente utilizado para calificar a un tipo de síntomas (delirios y alucinaciones) que pueden aparecer en diversas enfermedades médicas o psiquiátricas y que implican una distorsión de la realidad, bien en la esfera del pensamiento (delirios), bien en la esfera perceptiva (alucinaciones).” (Mingote et Al., 2008, p.1)
- Afecciones de salud mental: según la OMS (2022), se tratan de trastornos mentales y dificultades sociales y emocionales, que afectan a la vida y al bienestar, generan angustia, dificultades funcionales e incluso pueden provocar riesgo de conductas autolesivas.
- Rehabilitación psicosocial: según Uriarte (2007) es un elemento clave en un sistema asistencial, que busca evitar tratar exclusivamente la sintomatología de la enfermedad mental grave, ya que contribuiría a su cronificación, estigmatización y riesgo de marginalidad. Defiende que las personas afectadas puedan gozar de una atención llevada a cabo de manera integral, que afecte también al ámbito social.
- Factores protectores y factores que empeoran la salud mental: las amenazas para la salud mental pueden darse a diferentes escalas, pues la amenaza puede ser local o global y afectar a poblaciones enteras (en el caso de guerras, la emergencia climática, desastres naturales...etc.). Como asegura la OMS (2022), la exposición a un factor de riesgo incrementa las posibilidades de desarrollar problemas de salud mental, pero no ocurre siempre así. Los factores que nos protegen están presentes a lo largo de toda nuestra

“La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

vida y nos ayudan a ser más resistentes. En ellos se incluyen las habilidades emocionales personales y las habilidades sociales, haber recibido una educación de calidad, contar con un buen trabajo y habitar en un lugar seguro, entre otros.

▪ Trastorno Mental Grave (TMG):

Existen diversas definiciones de este concepto, aunque la que logra un mayor acuerdo es la establecida por el Instituto Nacional de Salud Mental Americano (NIMH), (citado en Guía de Práctica de intervenciones psicosociales en el Trastorno Mental grave, 2009), 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. (p.16)

Atendiendo a esta Guía, para la identificación de este tipo de trastornos, deben tenerse en cuenta tres dimensiones:

1) Criterios diagnósticos:

Se incluyen los trastornos psicóticos, excluyendo aquellos de origen orgánico. Se trata de diagnósticos incluidos en las categorías siguientes de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-11:

- trastornos esquizofrénicos
- trastornos esquizoafectivos
- trastorno esquizotípico
- trastornos delirantes
- trastorno bipolar
- episodio depresivo grave con episodios psicóticos
- trastornos depresivos graves recurrentes

## “La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

Para ser considerado como TMG, no solo se tiene en cuenta los síntomas que presenta la persona, sino también se toma en consideración un patrón de relaciones seriamente afectado o un comportamiento no adecuado en relación a la situación, lo cual puede generar una alteración en la percepción y comprensión de la realidad.

### 2) Tiempo de afectación:

El desarrollo de la enfermedad debe ser de al menos 2 años, con un empeoramiento continuo y notable en el rendimiento durante los últimos 6 meses, a pesar de que remitan los síntomas. Esta distinción se hace para diferenciarlos de aquellos casos graves, pero con poco tiempo de evolución y que, por lo tanto, no se puede pronosticar con certeza.

### 3) Existencia de discapacidad:

Interfiere afectando en el correcto desarrollo en áreas sociales, laborales y familiares, pudiendo ser desde moderada a severa. Su presencia conlleva dificultades en actividades de la vida diaria. Para considerarse una discapacidad, debe cumplir un mínimo de dos de los criterios expuestos a continuación, ya sea de forma continuada o con intermitencia. Estos criterios se recogen en la Guía de Práctica Clínica de intervenciones psicosociales en el Trastorno Mental Grave (2009).

- Situación laboral limitada o deficiente. No tener empleo o tener un empleo protegido.
- Tener necesidad de recibir ayuda económica pública para poder permanecer fuera de un centro hospitalario.
- Precisar ayuda en las Actividades Básicas de la Vida Diaria.
- No adoptar una conducta social apropiada, requiriendo de asistencia psiquiátrica o de la justicia.
- Problemas para mantener vínculos de apoyo social individual.

Como recogen Conejo et Al. (2014), padecer un trastorno mental grave, genera una disminución importante del bienestar personal, así como una gran carga de sufrimiento tanto como para las personas cercas al paciente, como para el propio paciente. También cabe destacar que se produce una notable perturbación en la dinámica familiar.

### **3.3 Consideraciones a tener en cuenta: el estigma asociado a la enfermedad mental:**

Con la redacción de este punto, se pretende tener en cuenta una parte importante de la realidad de las personas que padecen una enfermedad mental, a través de la explicación del concepto “estigma” con diferentes definiciones y de lo que esto supone para su día a día.

La Real Academia Española define al estigma en una de sus múltiples entradas como “desdoro, afrenta, mala fama”. Sin embargo, esta definición no resulta completa para llegar a entender lo que significa sufrir un estigma social. La definición con mayor consenso es la establecida por Goffman (1998, citado en Iglesias, 2018), resumida en “la condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que el portador sea incluido en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se les ve como culturalmente inaceptables o inferiores” (p.11).

Areito (2009), sin embargo, atiende a que, con el proceso de socialización, se produce la creación de una “identidad social virtual”, que no coincide con la realidad, esto se genera al dar atributos a las personas sin conocerlas previamente para así poder categorizarlas. El estigma se crea cuando una persona se asocia con atributos desacreditadores, haciéndola “menos apetecible” y en ocasiones, haciendo que ese estigma se convierta en el eje central de su identidad. El estigma, asegura, supone sufrir una discriminación hacia la persona sin llegar a conocer siquiera su identidad social real.

Estas personas, son objeto de estigma y de estereotipos en nuestra sociedad, pues aún hoy en día, la salud mental continúa tratándose de un tema silenciado o “tabú”. Por esta razón desde el Ministerio de Sanidad (2005), se puso en marcha la campaña “Todos somos parte del tratamiento de una enfermedad mental”, con el objetivo de normalizar la imagen de las personas con enfermedad mental, así como romper los mitos con los que se ha estigmatizado a estas personas con el paso de los años. Establece que:

- La sociedad es quien diferencia las enfermedades mentales del resto.
- La enfermedad mental no implica violencia ni peligro.
- Con un adecuado tratamiento, puede llevarse una vida normalizada y puede mantenerse una buena integración en la sociedad.

## “La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

La creación de este tipo de campañas y tener en cuenta esta situación a la hora de estudiar la intervención social en el ámbito de la salud mental, supone dar a conocer una realidad de las personas que padecen una enfermedad mental y, además, incitar a una reflexión personal.

### **4. Papel del Trabajo Social.**

Para comprender el papel y las funciones que desempeña el trabajador o trabajadora social en el ámbito de la salud mental, primero es necesario establecer en qué momento de la historia comenzó el desarrollo de esta importante figura y a raíz de qué motivos.

En primer lugar, se hablará del inicio y evolución del Trabajo Social sanitario y se introducirá el comienzo de esta disciplina en el ámbito psiquiátrico.

#### **4.1 Antecedentes y evolución del Trabajo Social Sanitario:**

En el contexto de la sanidad, el Trabajo Social no registra sus inicios hasta el 1905, cuando el Doctor Richard C. Cabot, creó el “Servicio Social Médico”, en el Hospital General de Boston, acompañado de Garnet Isabel Pelton, trabajadora social. Como defiende Saavreda (2016), con esta incorporación se desarrolló por primera vez una acción concreta en este campo a manos de una trabajadora social.

Díaz (2017) considera al Doctor Cabot el padre del Trabajo Social Sanitario, pues siempre estuvo centrado en la relevancia del aspecto social en el periodo de enfermedad, y su programa, aseguraba la investigación y atención del ámbito social de la vida de los pacientes. Cabot (citado en Saavreda, 2016) establecía:

“La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

El Trabajo Social, como yo lo veo, no toma ningún punto de vista especial; toma el punto de vista humano total, y es éste el que tiene que enseñar a los médicos que debido a su preparación tienden a tomar un punto de vista menos amplio. Éstos sólo pueden continuar con esa perspectiva tan corta de una forma segura y rentable si tienen un asistente social a su lado. Cada uno de nosotros tiene su campo propio, pero no debemos trabajar de forma separada, para los seres humanos que están a nuestro cargo puesto que ellos no pueden dividirse. (p.173)

Actualmente, como asegura Abreu (2009), el Trabajo Social Sanitario, se considera una disciplina específica dentro del ámbito del trabajo social, y se implementa en entornos de atención médica, tanto en atención primaria como en especializada.

#### **4.2 Evolución de la Asistencia psiquiátrica en España y del Trabajo Social en Salud Mental:**

En el ámbito psiquiátrico, los orígenes de la disciplina de Trabajo Social, según Garcés (2010), se remontan a comienzos del siglo XX, cuando en los hospitales psiquiátricos de los Estados Unidos, se incorpora la figura del trabajador o trabajadora social, con el objetivo principal de evitar su masificación. La idea originaria sobre la incorporación de trabajadores/as sociales fue de Adolph Meyer, en el 1904, pues creía necesario que los pacientes estuviesen informados sobre el trabajo en el ámbito social de sus vidas.

Con el transcurso del tiempo, el aspecto social comenzó a cobrar una mayor importancia en las intervenciones, en 1953, en España, se incorpora la figura del trabajador/ trabajadora social en disciplinas como la psiquiatría y poco a poco, comienzan a incluirse en los Equipos de Salud Mental.

Durante todo su periodo de desarrollo, el Trabajo Social Psiquiátrico ha dependido del desarrollo y evolución de la propia disciplina de la psiquiatría y de sus formas de asistencia.

## “La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

### ▪ Años 70:

En los años setenta, afirma Garcés (2010), la carencia de recursos, especialmente sociales, destacaba en el país, y apenas existía una pequeña red de beneficencia, dirigida por congregaciones religiosas, o por los municipios, entre otros. Durante este periodo, la Seguridad Social no cubría la asistencia psiquiátrica.

### ▪ Años 80:

No es hasta la llegada de los ochenta cuando la percepción de la enfermedad mental cambia y comienzan a verse a las personas afectadas como individuos con derechos y obligaciones, necesitados de atención técnica, psicológica y social. La Reforma psiquiátrica en España en el año 1985, supuso la aprobación de la Ley General de Sanidad el año siguiente, incluyendo por primera vez la atención psiquiátrica en el sistema sanitario general y, por ende, en las coberturas de la Seguridad Social, además, continuando con Garcés (2010), se produce la descentralización del sistema sanitario en manos de las Comunidades Autónomas, suponiendo el inicio del marco que ha permitido la evolución de la atención psiquiátrica de las últimas décadas.

Llevar a cabo la reforma psiquiátrica en España es posible por la existencia de una demanda social y de equipos técnicos con preparación suficiente. Este periodo de la sociedad española coincide con la finalización de un periodo de cuarenta años de dictadura, donde el panorama intelectual y científico se desarrolla. Como afirma Desviat (2010), el rechazo a la reclusión, al aislamiento y a los manicomios, es un rasgo común en todos los procesos de reforma psiquiátrica desde el final de la Segunda Guerra Mundial. Esta nueva visión pretende devolver la dignidad a los enfermos mentales y de nuevo, Desviat (2010), establece que la reforma psiquiátrica española se produce bajo una serie de principios, entre los que destacan:

- Incorporación de los servicios de atención especializada de salud mental en una única red, en coordinación con la atención primaria y los servicios locales.
- La denominación de “servicio psiquiátrico”, pasa a llamarse de salud mental, y sufre un cambio, centrando la atención en los equipos comunitarios.
- Democratización de los equipos.
- La comunidad se considera agente partícipe y generadora de recursos.

## “La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

Con la reforma psiquiátrica llevada a cabo en nuestro país se logran avances, tanto en Modelo asistencial como en la calidad y en el número de recursos, aunque el desarrollo varía de unas comunidades autónomas a otras, a causa de la descentralización en materia de sanidad.

En conclusión, gracias a los avances conseguidos con el paso del tiempo, el papel del trabajador o trabajadora social cobra una mayor importancia en la esfera de la psiquiatría y la salud mental. La figura profesional forma parte de los equipos y lleva a cabo unas funciones específicas, desde una función de atención directa hasta funciones de coordinación con otros profesionales o de promoción. Estas funciones se desarrollarán en el apartado siguiente.

### **4.3 Funciones y ámbitos de actuación:**

Si atendemos a la definición del concepto salud, “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948), puede establecerse que la enfermedad en una persona afecta a todas las esferas de su vida, cambia sus rutinas diarias y genera nuevas experiencias vitales. Según Browne (2019), el enfoque recomendado para la atención sanitaria es el biopsicosocial, pues aborda las esferas biológicas, sociales, ambientales, psicológicas y conductuales de la enfermedad. Es decir, es una atención médica que no presta exclusiva atención a los componentes biológicos y cuyo tratamiento influye en factores conductuales y ambientales.

En una disciplina como el Trabajo Social, debe entenderse correctamente la diferenciación con otras especialidades, para no confundir las funciones propias de aquellas que no lo son. El profesional realiza una labor fundamental, y sería un error reducir su trabajo a la tramitación de recursos, pues sus funciones van mucho más allá.

#### ▪ **Funciones del Trabajo Social sanitario:**

Su actuación debe realizarse teniendo en cuenta el diagnóstico médico, pues se trata de un elemento diferencial. Además, debe intervenir atendiendo al momento vital en el que se encuentre el paciente, sus condiciones y al entorno familiar y social del propio individuo, pues tiene una gran importancia. “El acceso a la ayuda profesional que brinda el servicio del trabajo



## “La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

social sanitario permite abordar diferentes realidades y optimizar los recursos, materiales y humanos, no solo personales y familiares, sino también los colectivos y públicos” (Colom, 2010, p.112). Es decir, actúa como promotor del bienestar psicosocial de las personas afectadas y de sus redes más próximas.

Dentro del sistema sanitario, puede encontrarse tanto en atención primaria como en especializada. Cuando se encuentra en entornos de atención directa al paciente, incluye la evaluación cuidadosa de la situación del paciente y el diseño y la aplicación de intervenciones. Evalúa también las necesidades, los activos y las posibles barreras a la hora de intervenir. Este proceso, como explica Browne (2019), incluirá la explicación de la enfermedad y del tratamiento a los pacientes, siempre de una manera sensible a los niveles de alfabetización, etapas de desarrollo y posibles barreras lingüísticas, auditivas o visuales.

El diagnóstico social del que es encargado el trabajador o trabajadora social sanitario es el equivalente al diagnóstico médico en el ámbito social. Es muy importante, pues es el garante de una intervención de calidad, por eso mantener el principio básico de la unicidad de la persona es fundamental.

Otra de las funciones de la que es encargado/a dentro de la institución hospitalaria, es organizar grupos de apoyo para pacientes con sintomatología común, así como de ofrecer apoyo e información en intervenciones en relación con los cuidados al final de la vida.

Además, puede ser encargado de otras funciones indirectas, como establece Browne (2019), sus funciones se extienden hasta organismos comunitarios, universitarios y gubernamentales, tareas de salud pública como el desarrollo de políticas, la elaboración de programas y la educación y detección en la comunidad.

En resumen, desde el sistema sanitario debe atenderse a los problemas sanitarios y sociales de los pacientes. Así, el trabajo social actúa como hilo conductor, aportando una visión social a los problemas de salud, esencial tras producirse un periodo de enfermedad.

▪ **Funciones del Trabajo Social en Salud Mental:**

En el proceso de intervención integral con un paciente de salud mental, son partícipes diversos profesionales diferentes, de ramas como psiquiatría, psicología, terapia ocupacional o trabajo social. Este trabajo, presta especial atención a la función de estos últimos. La redacción de este apartado en concreto busca establecer una diferenciación entre las funciones del trabajador/a social sanitario general, y las concretas de la rama de salud mental.

En Salud Mental, los trabajadores y trabajadoras sociales se integran en un equipo interdisciplinar, definido por Garcés (2010), como un conjunto de profesionales, que comparten un objetivo, y que, aunque igualados a la hora de aportar al equipo, la información que aporta cada uno es diferente (pues cada profesional proviene de una rama distinta).

**Tabla 1**

***Rol del Trabajador/a Social en Salud Mental***

<p>Función directa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Análisis de la situación e identificación de situaciones problemáticas o de necesidades</li> <li>▪ Realizar una evaluación de los aspectos sociales y familiares.</li> <li>▪ Diagnóstico social.</li> <li>▪ Organización de la intervención.</li> <li>▪ Acompañamiento durante el proceso para favorecer su interacción social.</li> <li>▪ Informar sobre las diferentes opciones de empleo y recreativas.</li> <li>▪ Supervisión del progreso de la intervención.</li> <li>▪ Visitar el domicilio.</li> <li>▪ Trabajar con las familias, a nivel individual y grupal para favorecer su participación.</li> <li>▪ Informar sobre la variedad de recursos y de sus condiciones de acceso.</li> <li>Derivación de los usuarios a recursos acorde a sus necesidades.</li> </ul>
<p>Función preventiva, de fomento y de integración social</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Buscar la adecuación personal a su entorno social a través de recursos normalizados.</li> <li>▪ Integración a través de medios o recursos especializados dirigidos a un grupo concreto.</li> <li>▪ Promoción de la creación de grupos de apoyo mutuo u organizaciones familiares.</li> </ul>
<p>Función de coordinación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Garantizar que se cumplan de manera adecuada las interacciones y conexiones dentro de la comunidad.</li> <li>▪ Atender los aspectos en relación con el empleo y la vocación de los pacientes y ayudarles en ellos.</li> <li>▪ Asegurar la atención al aspecto social de la vida del paciente durante la intervención con el resto de profesionales.</li> </ul>

Fuente: elaboración a partir de “El Trabajo Social en salud mental” (Garcés, 2010)

## “La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

Las funciones a desempeñar se establecen de manera diferente en cada centro, aunque pueden determinarse una serie de funciones comunes u objetivos a lograr:

- Favorecer el bienestar de la persona.
- Lograr o mejorar la integración social con su entorno.
- Identificar los problemas del paciente, y de su círculo más próximo.
- Potenciar la independencia del paciente.
- Promover y potenciar sus redes de apoyo.
- Promover la adquisición de hábitos sociales saludables, que puedan reducir la situación de riesgo social.

La población que debe atender, está establecida demográficamente según las zonas básicas de salud de la ciudad, generalmente, dividida en distritos.

Los trabajadores y trabajadoras sociales, destacan en el área social, su intervención busca trabajar en la rehabilitación social del paciente, al mismo tiempo que con el resto de profesionales se trabaja la recuperación y promoción de su salud.

### **5. Marco normativo de actuación en Trabajo Social.**

El ejercicio del Trabajo Social, como toda disciplina, está regulado por una serie de normas y leyes, a diferentes niveles, desde un ámbito internacional hasta el ámbito autonómico. Para la intervención con pacientes, ya sean de salud mental o no, estas leyes deben ser respetadas siempre, así como los derechos de las personas que éstas recogen. A continuación, se muestran aquellas con mayor relevancia para el ejercicio del trabajo y una breve descripción de lo que recogen.

### 5.1 Nivel internacional:

Existen una serie de regulaciones y declaraciones, tanto a nivel internacional como europeo, que regulan las actuaciones de la actividad profesional en defensa de los derechos de las personas. Podemos destacar entre ellas:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos:

Aprobada el 10 de diciembre de 1948, establece los derechos y libertades fundamentales de las personas, y constituye un marco de referencia en la defensa y salvaguardia de los derechos humanos a nivel global. Recoge derechos como la igualdad, la dignidad humana, el derecho a la vida, a la educación... y promueve el desarrollo de relaciones amistosas entre las naciones y el progreso social. Su principal objetivo es asegurar el trato con respeto hacia todas las personas y que puedan vivir en condiciones de igualdad y libertad.

- Declaración de Luxor:

Aprobada el 17 de enero de 1989, sobre los Derechos Humanos para los Enfermos Mentales. En su artículo cuatro, recoge que los derechos fundamentales de aquellos que han sido diagnosticados con una enfermedad mental, serán como cualquier ciudadano, comprendiendo: un tratamiento digno y voluntario, rechazando la discriminación, respetando la confidencialidad, y el derecho a estar informados/as sobre su estado clínico, entre otros.

- Declaración de Helsinki: (Declaración europea de salud mental)

Aprobada el 12 de enero de 2005. En este documento se reconoce que el bienestar integral y el desempeño óptimo de los individuos, grupos, comunidades y naciones dependen crucialmente de la salud mental como pilar fundamental. Se enfoca en promover el bienestar mental, eliminar los estigmas y la discriminación y prevenir futuros problemas de salud mental. El objetivo es permitir que las personas vivan una vida plena, sean ciudadanos activos y creativos, y contribuyan al desarrollo y productividad de la sociedad en su conjunto.

## 5.2 Nivel nacional:

En el Estado español, una serie de leyes y documentos establecen las características del sistema sanitario, así como los derechos de los beneficiarios del mismo.

Se trata de legislación común para la totalidad del territorio, sin tener en cuenta las competencias en materia de sanidad de las Comunidades Autónomas. Es necesario atender a esta legislación para comprender la actuación de los trabajadores y trabajadoras sociales del sistema.

En primer lugar, tanto el artículo 43 de la Constitución española, como la **Ley 14/1986 del 25 de abril General de Sanidad**, reconocen el derecho a la salvaguardia de la salud y el acceso a los servicios médicos.

En el ámbito de la salud mental, esta Ley General de Sanidad reconoce en su artículo número 20, la completa integración del cuidado de la salud mental en el sistema sanitario general, además, equipara al paciente con otro ambulatorio. Dictamina también, que, en el caso de una necesaria hospitalización, el ingreso se realizará en las unidades psiquiátricas de los centros hospitalarios generales. En los puntos 3 y 4 de este mismo artículo, se constituye la necesidad de una atención integral hacia el paciente a través de la rehabilitación y reinserción social necesarias.

En el intento de solventar los problemas psicosociales que genera el proceso de enfermedad, los servicios de salud mental trabajarán en coordinación con los servicios sociales para la recuperación de la situación.

Como se refleja en el artículo 41, las Comunidades Autónomas serán las encargadas de ejecutar aquellas competencias que les sean atribuidas por sus respectivos Estatutos de Autonomía o las delegadas por el Estado.

Por último, la regulación de las diferentes Áreas de Salud, se asienta en los artículos 56 y 65, estableciendo que son las encargadas de la atención especializada, tanto en hospitales como en centros especiales que dependan de estos.

Por otro lado, la intervención con el paciente, sanitaria o social, debe realizarse respetando siempre sus derechos y decisiones. **La Ley 41/2002, del 14 de noviembre, básica reguladora**

**de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**, recoge en su artículo 2.3, el derecho del paciente a recibir toda la información, a decidir entre las posibles opciones clínicas, y a negarse al tratamiento, excepto en aquellos casos establecidos por ley.

Otra ley que tiene relevancia para la profesión del Trabajo Social sanitario es la **Ley 39/2006 del 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAPAD)**, pues el cuidado de las personas en situación de dependencia se incluye en el sistema de protección social. La inclusión de los pacientes con Trastorno Mental Grave en el marco de actuación de esta ley supone una oportunidad para la mejora de su calidad de vida, pues se reconoce sus necesidades especiales para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria, y puede trabajarse en el refuerzo de su autonomía personal.

Es necesario, señalar la existencia de una serie de Estrategias y planes nacionales relacionadas con la enfermedad y la salud mental. Entre los ejemplos podemos encontrar:

“La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud:

**Tabla 2.**

***Líneas estratégicas y objetivos de la Estrategia en Salud Mental del SNS***

<b>LÍNEAS ESTRATÉGICAS</b>	<b>OBJETIVOS GENERALES</b>
1. Autonomía y derechos. Atención centrada en la persona	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asegurar una forma de vida independiente y su autonomía.</li> <li>- Eliminar la discriminación y promover la inclusión social con enfoque de igualdad de género.</li> <li>- Minimizar las intervenciones involuntarias en individuos con problemas de salud mental, respetando siempre su dignidad.</li> </ul>
2. Promoción de la salud mental de la población y prevención de los problemas de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar el bienestar mental en la comunidad y en segmentos específicos.</li> <li>- Evitar los trastornos relacionados con el consumo de sustancias y adicciones en la población local.</li> </ul>
3. Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar tempranamente y prevenir comportamientos suicidas.</li> <li>- Mejora de la atención a individuos con mayor riesgo.</li> </ul>
4. Atención a las personas con problemas de salud mental basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contribuir a restablecer, preservar y mejorar la independencia y calidad de vida de las personas.</li> <li>- Contar con servicios y recursos que se alineen con los principios fundamentales de la atención basada en el modelo de recuperación de las personas en la comunidad.</li> <li>- Impulsar y desarrollar enfoques innovadores de intervención relacionados con factores que pueden dar lugar a problemas de salud mental, como violencia, adicciones ...etc.</li> </ul>
5. Salud mental en la infancia y en la adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomento del bienestar mental durante la etapa de la infancia y la adolescencia. Prevención e identificación temprana de los desafíos de salud mental en estos grupos de edad.</li> <li>- Brindar atención a los niños/as y adolescentes que se enfrenten a problemas de salud mental.</li> <li>- Combatir la discriminación y los estigmas hacia ellos.</li> </ul>



“La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

6. Atención e intervención familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo y vínculo con las familias.</li> <li>- Reforzar la red de servicios públicos que se especializan en el cuidado de sus familias.</li> </ul>
7. Coordinación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar la colaboración entre diferentes instituciones y sectores.</li> <li>- Promover la coordinación entre el sistema de salud mental y las redes de apoyo asociadas.</li> </ul>
8. Participación de la ciudadanía	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular la implicación y participación conjunta a través de grupos organizados.</li> <li>- Integrar a individuos con experiencia personal en problemática relacionada con su salud mental como agentes activos de salud.</li> <li>- Incrementar la participación.</li> </ul>
9. Formación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar la educación en salud mental desde las entidades gubernamentales.</li> <li>- Incrementar la participación de la ciudadanía en la creación de políticas públicas de educación en salud mental.</li> <li>- Implementar programas de formación específicos para diversos sectores involucrados en el cuidado de personas con mayor riesgo de suicidio.</li> </ul>
10. Investigación, innovación y conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar la investigación en todas sus áreas.</li> <li>- Crear líneas de investigación que unan diversas disciplinas.</li> <li>- Investigar desde una perspectiva de género.</li> <li>- Realizar estudios sobre los aspectos socio-familiares que más afectan a las personas con problemas de salud mental.</li> <li>- Promover el uso de las tecnologías de la información respecto a la asistencia en salud mental.</li> </ul>

Fuente: Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.

## “La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

Aprobada el 2 de diciembre de 2021. La Estrategia se desarrolla desde el año 2006, y supone una herramienta de apoyo para poder coordinar planes y programas, de promoción o prevención, en materia de salud mental. Esta versión actualizada y establecida para el periodo comprendido entre los años 2022 y 2026, propone aportaciones innovadoras, nuevas directrices estratégicas y también un análisis en relación a la influencia de la pandemia del COVID-19 en la salud mental de la población. “Está basa en el modelo de recuperación y en su entorno, incorporando la participación ciudadana y todo ello desde una perspectiva de género y de eliminación de inequidades sociales en salud” (p.19). Se asienta sobre una serie de principios como:

- Enfoque basado en la igualdad de género
- La persona que enfrenta desafíos en su salud mental, como sujeto de derecho.
- Participación activa de la persona y de su entorno cercano.
- Comunicación activa y receptiva.
- Proceso de recuperación personal
- Atención individualizada.
- Continuidad de cuidados y atención.
- Las personas, como miembros de una sociedad con derechos y responsabilidades, pueden requerir protección social.

“La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

- Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024:

**Tabla 3**

***Líneas estratégicas del Plan de Acción de Salud Mental***

<b>Primera línea</b>	Fortalecimiento del personal en el ámbito de la salud mental
<b>Segunda línea</b>	Mejora de la prestación integral de servicios de salud mental en todos los ámbitos del Sistema Nacional de Salud (SNS).
<b>Tercera línea</b>	Promoción de la conciencia y combate hacia el estigma y discriminación de aquellos con problemas de salud mental.
<b>Cuarta línea</b>	Promoción de la prevención, identificación temprana y tratamiento de las personas con ideación suicidas.
<b>Quinta línea</b>	Tratamiento de problemas de salud mental en poblaciones más vulnerables.
<b>Sexta línea</b>	Intervenciones preventivas para evitar tanto las adicciones a sustancias como las conductuales.

Fuente: elaboración propia a partir del Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024.

## “La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

Este plan está basado en seis líneas estratégicas, y es creado como un soporte para poder implantar con mayor facilidad los objetivos que se recogen en la Estrategia de Salud Mental 2022-2026, explicados anteriormente. Este plan surge en un contexto posterior a la pandemia y a la crisis del COVID-19, con gran necesidad de atender la salud mental de la población y los problemas, tanto previos como los generados a raíz de la pandemia.

### **5.3 Nivel autonómico:**

Debe atenderse a la regulación existente a este nivel, pues en el Estatuto de Autonomía de cada comunidad autónoma se recogen las competencias exclusivas que albergan en materia de sanidad y de salud pública. Es decir, la comunidad autónoma es la encargada de la atención a los pacientes en materia de sanidad y, por tanto, de salud mental, por ello, en cada comunidad existen una serie de documentos para establecer la coordinación en las intervenciones con esta tipología de pacientes.

Todas las comunidades autónomas cuentan con Planes y Estrategias autonómicas de atención a la salud mental, mostradas en la tabla siguiente:

**Tabla 4.**

*Vigencia planes en salud mental de las comunidades autónomas*

<b>Comunidad Autónoma</b>	<b>Vigencia (en el 2023)</b>	<b>Último Plan Vigente</b>
Andalucía	No	III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (2016-2020)
Aragón	Sí	Plan de Salud Mental de Aragón 2012-2025
Asturias	No	Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015-2020
Islas Baleares	No	Plan Estratégico de Salud Mental de las Islas Baleares 2016-2022
Canarias	Sí	Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023
Cantabria	No	Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019
Castilla y León	No	Estrategia Regional en Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León (2003-2007)
Castilla La Mancha	Sí	Plan de Salud Mental de Castilla la Mancha 2018-2025
Cataluña	No	Plan director de salud mental y adicciones: estrategias 2017-2020
(Barcelona)	No	Plan de Salud Mental de Barcelona 2016-2022

“La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

Extremadura	No	III Plan Integral de Salud Mental 2016-2020
Galicia	Sí	Plan de Salud Mental post COVID 2020-2024
La Rioja	No	III Plan de salud mental de la Rioja 2016-2020
Madrid	No	Plan Estratégico de salud mental 2018-2020
Murcia	No	Programa de Acción para el Impulso y Mejora de la salud mental en la CARM 2019-2022
Navarra	Sí	III Plan estratégico de salud mental 2019-2023
País Vasco	No	Estrategia en salud mental del País Vasco 2010
(Álava)	No	Plan Estratégico de la RSMA 2018-2022
(Guipúzcoa)	No	Plan Estratégico de la RSMG 2018-2022
(Vizcaya)	No	Plan Estratégico de la RSMB 2018-2021
Comunidad Valenciana	No	Estrategia Autonómica en Salud Mental de la Comunidad Valenciana 2016-2020

Fuente: elaboración propia a partir de la página web [Alansaludmental.com](http://Alansaludmental.com)

“La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

Como se puede comprobar, aunque muchas de ellas son recientes, otras no están vigentes a día de hoy. Entre los ejemplos de comunidades con planes más antiguos encontramos a Castilla y León, cuya creación se remonta al año 2003. Para este trabajo, la estrategia de Castilla y León es la que tiene una mayor relevancia.

- Estrategia Regional de Salud Mental y Atención Psiquiátrica en Castilla y León:  
(2003-2007)

Este documento establece unas líneas de actuación en la atención a los enfermos mentales en el ámbito autonómico. Está planificado en el contexto del principio de los años dos mil, con los objetivos marcados para el año 2007 y basado sobre los datos epidemiológicos de entonces que, a día de hoy, se quedan anticuados. Como el resto de estrategias, establece una serie de líneas estratégicas y objetivos generales.

**Tabla 5.**

*Líneas estratégicas en la Estrategia regional en SM y atención psiquiátrica en Castilla y León.*

<b>Líneas estratégicas</b>	<b>Objetivos generales</b>
Primera línea	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar iniciativas de prevención y promoción de la salud</li> </ul>
Segunda línea	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementar un sistema integrado que asegure la atención para individuos con enfermedad mental.</li> <li>- Desarrollar un mapa con los servicios psiquiátricos disponibles.</li> <li>- Establecer servicios intermedios para lograr una mejora en la atención.</li> </ul>
Tercera línea	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejorar la disponibilidad de servicios de salud mental y atención psiquiátrica.</li> <li>- Crear programas dedicados a la prestación de servicios especializados en atención psiquiátrica.</li> </ul>
Cuarta línea	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impulsar el reconocimiento de los derechos de las personas afectadas por trastornos mentales.</li> <li>- Brindar apoyo y descanso a las familias.</li> <li>- Estimular la inclusión laboral de las personas que sufren de trastornos mentales.</li> </ul>
Quinta línea	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejorar la capacitación de los expertos en el campo de salud mental.</li> <li>- Fortalecer la infraestructura de información y fomentar la investigación en este campo.</li> <li>- Impulsar la mejora continua de la atención psiquiátrica, garantizando altos estándares de calidad.</li> </ul>

Fuente: elaboración propia a partir de la Estrategia Regional de salud mental y atención psiquiátrica de Castilla y León.



“La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

▪ Proceso Integrado de Atención Sociosanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental:

Aprobado en el año 2010 por la Comisión Mixta Regional, reúne los objetivos de fomentar la independencia y la inclusión en la sociedad, promover el apoyo social, incluyendo la vivienda, asegurar la atención a personas con trastornos mentales incluso en ausencia de recursos adecuados, coordinar los servicios sociales y sanitarios. Estos objetivos se basan en los siguientes principios:

- Enfoque centrado en la persona: brindar atención adaptada a las necesidades individuales.
- Garantizar una atención continua y coherente a lo largo del tiempo.
- Brindar una atención global e integral que promueva la independencia personal.
- Facilitar la inclusión social y la participación activa en la comunidad
- Asegurar una colaboración efectiva entre servicios, recursos y los profesionales involucrados.
- Procurar la optimización de los recursos disponibles para lograr unos resultados efectivos y eficientes.

▪ Proceso de Atención al Paciente Crónico Complejo de Salud Mental:

Es una herramienta centrada en el potenciamiento del cuidado de individuos afectados por salud mental y con dificultades para integrarse en la comunidad, en los que, además, resulta muy común no tener conciencia de enfermedad y, por lo tanto, existe una baja demanda asistencial. Encontramos entre sus metas:

- Asegurar el acceso y la continuidad de los cuidados con una coordinación interdisciplinar.
- Favorecer el acceso y el uso eficaz de recursos sociales y sanitarios.
- Evitar el abandono del tratamiento y conseguir la adhesión y continuidad terapéutica.
- Favorecer la participación del usuario y su entorno en el proceso hacia su recuperación.

## “La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

- Asegurar el contacto entre los sistemas, servicios, programas y profesionales implicados.

Existen además en la comunidad, otros documentos que regulan y coordinan la atención psiquiátrica, como el **IV Plan de Salud de Castilla y León** (año 2016 con perspectiva 2020), o el **II Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León**, del año 2003, cuyos objetivos se centran en potenciar el nivel de vida de las personas, la accesibilidad a los servicios de salud y sociales, la calidad de los servicios prestados y, en general, a incrementar la eficacia y eficiencia de la atención.

### **6. Intervención social en Salud Mental.**

En este apartado, se explicará en qué consta la intervención social en el ámbito de la salud mental, se desarrollará una explicación del proceso de atención y del seguimiento en caso de ser necesario, así como una breve explicación de los recursos socio-sanitarios disponibles para los usuarios.

En la actualidad, en sociedades como la nuestra, la prevalencia de enfermedades crónicas aumenta, gracias al aumento de la esperanza de vida, a la adquisición de hábitos más saludables o a los avances en la medicina. El sistema sanitario se encarga de atender a estas enfermedades y por este motivo debe estar actualizado y actuar de una manera eficaz.

Respecto a los enfermos crónicos pacientes de Salud Mental, una atención integral es fundamental, ya que debe responder a las necesidades en todos los ámbitos de su vida y no estar solo centrada en la enfermedad. Es decir, la atención a estos pacientes debe llevarse a cabo desde el modelo comunitario.

### 6.1 Proceso de Actuación:

El primer paso para poder explicar el proceso de actuación en la intervención social, es establecer el modo de acceso al sistema. Este, se da a través de dos puertas de entrada:

- Atención primaria: centros de salud y equipos de atención primaria
- Atención social: a través de los Centros de Acción Social (CEAS)

La población a la que debe atender cada centro de salud o CEAS, dependerá de la zona de residencia y del área de salud en el que se encuentre el domicilio. Una vez se detecta la necesidad, la atención empieza desde Salud Mental y su equipo multidisciplinar. Generalmente, en las ciudades la atención a la salud mental se divide en diferentes distritos, de los que se encargarán distintos equipos y profesionales para lograr una mejor organización. En ciertos casos especiales, como cuando se detecta un alto riesgo de suicidio o se produce una descompensación o brote psicótico, se prioriza la atención. El paciente permanecerá en el programa hasta:

- Lograr los objetivos planteados, a partir de este momento se continuará con un seguimiento menos intensivo.
- Se produzca un cambio de distrito sanitario.
- Fallecimiento del paciente.
- Alta voluntaria (siempre que no reúna los requisitos para un tratamiento involuntario).

Como se demuestra en el apartado anterior, a nivel regional, en Castilla y León, las actuaciones y la organización de los profesionales se rigen por la “Estrategia regional de salud mental y asistencia psiquiátrica”, que se elabora en el año 2003 y que se trata de la más antigua del país. En consonancia con la estrategia, existen otras guías de actuación, centradas en la atención de las personas con discapacidad por enfermedad mental, donde se muestra con detalle todas las partes del proceso.

“La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

**Tabla 6.**

***Proceso de atención a las personas con discapacidad por enfermedad mental***

<b>FASES</b>	<b>ENCARGADOS</b>
1. Detección	Puede detectarse desde el CEAS, desde el Equipo de Atención Primaria o desde Salud Mental
2. Valoración de las necesidades	Equipo de salud mental
3. Resolución y notificación	Equipo Mixto Provincial
4. Plan de intervención	Equipo de Salud Mental en coordinación con el EPAP (equipo de promoción de la autonomía personal)
5. Seguimiento	Profesionales implicados en el plan de intervención

Fuente: elaboración propia a partir de “Proceso Integrado de Atención Sociosanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental”

## “La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

El “Proceso Integrado de Atención Sociosanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental”, muestra con detalle el proceso, aunque este trabajo se centrará en que diferencia 5 fases, mostradas en la anterior tabla:

### 1) Detección:

Se produce desde un nivel comunitario de la intervención. Las necesidades pueden ser captadas por diferentes profesionales, desde el CEAS, desde el Equipo de Atención Primaria o desde salud mental.

Para optar a la posibilidad de acceder a algún recurso, es necesario llevar a cabo el reconocimiento de discapacidad y también conveniente iniciar el trámite del reconocimiento de la situación de dependencia. Siempre que se trabaje con pacientes con patologías de Salud Mental debe estar asegurado su seguimiento desde el sistema sanitario y desde psiquiatría, lo que en algunos casos resulta complicado debido a la frecuencia de tener una baja o nula conciencia de enfermedad.

### 2) Valoración de las necesidades:

Es necesario atender las necesidades de todas las esferas de la vida de la persona y su entorno para poder asegurar una buena intervención. Desde salud mental, se debe realizar una valoración, cumplimentar el expediente e informar a la Comisión de Área Psiquiátrica. El expediente que debe cumplimentarse en cada caso, se compone de un informe social y un informe sanitario, imprescindibles para poder acceder a los servicios y recursos sociales disponibles, además de un informe psiquiátrico.

### 3) Resolución y notificación:

En este paso, el Equipo Mixto Provincial se reúne, y realiza una valoración entre los casos propuestos, atendiendo a los prioritarios, y teniendo en cuenta los recursos y dispositivos disponibles de salud mental que sean más adecuados. Es el responsable de la emisión de un dictamen que establezca el recurso social o sanitario que se asigne al caso, o en su defecto, el recurso alternativo.

“La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

4) Planificación de la Intervención:

Si las personas continúan en su entorno y son conocidas en el Equipo de Promoción de la Autonomía Personal (en adelante, EPAP), que los cuidados continúen se garantizará tan solo con la coordinación del ESM y el EPAP, sin necesidad de ser derivado al Equipo Mixto Provincial. Cuando la persona con discapacidad deba abandonar el entorno habitual, el ESM es el encargado de contactar con el recurso al que acudirá para remitir la información relativa al caso.

En cualquier caso, en la historia del paciente debe recogerse el Programa Individual de Atención (PIA), que compartirán los recursos sanitarios y sociales, para garantizar el cuidado de la persona.

5) Seguimiento:

Si se producen modificaciones en la situación vital de la persona que requieran un cambio de los recursos prestados, los encargados de realizar una nueva propuesta serán los profesionales implicados en el PIA del paciente.

**6.2 Recursos socio-sanitarios disponibles:**

En este punto, se comentarán brevemente los recursos tanto sociales como sanitarios a los que el usuario podrá tener acceso, una vez se producen las primeras fases, ha entrado en el sistema y tiene un diagnóstico asignado. El posible acceso a estos recursos viene siempre determinado por sus condiciones personales y económicas, a las que debe atenderse.

En primer lugar, atendiendo a los recursos humanos disponibles:

**Tabla 7.**

***Profesionales de SM en Castilla y León en 2009***

<b>Profesionales</b>	<b>Cantidad de personal</b>
Psiquiatría	169
Psicología	89
Enfermería	242
Trabajo Social	33
Auxiliar de enfermería	287
Terapia Ocupacional	17

Fuente: elaboración propia a partir de “Atención a la Salud Mental” (SIAP, 2009)

El Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), del Sistema Nacional de Salud es un sistema de datos estadísticos, que en su informe “Atención a la Salud Mental” (2009), recoge los recursos y dispositivos disponibles para la atención de las enfermedades mentales en Castilla y León. Es una comunidad autónoma en la que existen diferencias entre los recursos disponibles entre las provincias, lo cual dificulta asegurar la igualdad de acceso a ellos.

Entre los distintos dispositivos disponibles recogidos en este informe encontramos:

“La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

- *Equipos de Salud Mental: (ESM)*

**Tabla 8.**

*ESM en las diferentes áreas de salud en Castilla y León.*

Área de Salud	ESM
Ávila	3
Burgos	5
León	5
El Bierzo	2
Palencia	3
Salamanca	5
Segovia	3
Soria	1
Valladolid- Este	3
Valladolid- Oeste	3
Zamora	3

Fuente: “Atención a la Salud Mental” (SIAP, 2009)

Son un conjunto de profesionales, de carácter multidisciplinar, que se establecen en las diferentes áreas de salud de la comunidad en relación a la población de la zona. El informe recoge entre sus funciones:

- Atención ambulatoria
- Diagnosticar las enfermedades mentales
- Intervención en los trastornos mentales
- Orientación a los Equipos de atención primaria
- Atención a pacientes derivados desde otros niveles de atención médica
- Control y seguimiento de pacientes dados de alta



“La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

- Organización de programas para la reintegración de pacientes psiquiátricos crónicos del área correspondiente
- Prestar cuidados en el domicilio cuando sea necesario por razones terapéuticas
- Atención a pacientes y grupos en situación de preferencia.
- Remisión de pacientes hospitalizados que requieran un tratamiento a unidades de hospitalización parcial o completa.

- Equipo y programa de psiquiatría infanto-juvenil (EPIJ):

Como muestra el informe “Atención a la Salud Mental” del SIAP, todas las áreas de salud de la comunidad cuentan con un EPIJ. Estos equipos son los encargados de la atención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los menores de edad con enfermedades mentales. Realizan funciones similares a los ESM, pero con pacientes de menos de 18 años.

- Unidades de hospitalización psiquiátrica (UHP):

Todas las áreas de salud de la comunidad cuentan con una de estas unidades. Son las encargadas de llevar a cabo la atención hospitalaria en pacientes con episodios agudos, realizan una evaluación, consultando y colaborando con otras especialidades, y también se ocupan de las situaciones de urgencias hospitalarias.

- Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS):

Es un tipo de atención ambulatoria, que atiende a pacientes derivados desde los ESM. Están enfocados a la recuperación de habilidades psicosociales en pacientes con enfermedad mental grave con déficits en la integración social o laboral. Actúan para poder trabajar en el aumento de la autonomía de estas personas.

- Unidad de Convalecencia psiquiátrica: (UCA)

Se basan en servicios de atención hospitalaria de media estancia, para aquellos casos subagudos donde debe trabajarse con la persona después de haber sufrido una crisis. Es una atención clínica realizada a través de un tratamiento psiquiátrico.

“La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

▪ Hospital de día psiquiátrico (HDP) y Programa de hospitalización parcial (PHP):

Son unidades establecidas para pacientes que requieran una atención de media estancia. Evita, en aquellos casos pertinentes, un ingreso completo y la separación de la persona con su entorno. Este tipo de unidades, suponen, al mismo tiempo, una facilidad para dar altas en las Unidades de hospitalización, y la posibilidad de realizar una supervisión y unos tratamientos que desde los ESM no pueden llevarse a cabo.

▪ Hogares protegidos:

Por un lado, pisos terapéuticos de SACYL, para personas con enfermedad mental grave y prolongada. Son viviendas que proporcionan alojamiento y supervisión, aunque la estancia es de una duración limitada a unos meses. El objetivo es trabajar para lograr un incremento de su autonomía y mejorar su integración social una vez se estabilice tras un periodo de crisis.

Por otro lado, viviendas tuteladas desde fundaciones como INTRAS o EL PUENTE, para personas con discapacidad por enfermedad mental, que mantienen una supervisión y apoyan a la persona en su recuperación.

Estos recursos mencionados anteriormente podrían establecerse como los más relevantes, y, aunque no todas las áreas de salud de la comunidad disponen de todos, existen otros ejemplos a nivel autonómico, de entre los cuales podemos destacar:

- Unidad de referencia regional de patología dual (en el Hospital Santa Isabel de León).
- Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA), ubicada en el Hospital Divino Valles de Burgos.
- Comunidades terapéuticas, como parte de la Red de Asistencia a Drogodependencias.

Por último, hay que señalar la existencia de Asociaciones de Enfermos Mentales en cada una de las provincias (como FEAFES, EL PUENTE, ASOVICA...etc.), que suponen un apoyo para las personas y para su entorno familiar. Este tipo de asociaciones realizan actividades de formación, trabajan con las habilidades sociales o laborales e incluso organizan grupos de ayuda, entre otras cosas, lo que supone un instrumento muy importante en la atención a las personas con enfermedad mental.

## **7. Metodología.**

La redacción de este apartado sirve para recoger información acerca de cómo se ha llevado a cabo la investigación, quiénes han participado en ella, cómo se ha producido la recogida de datos y se mostrará el guion de la entrevista realizada a los profesionales.

### **7.1 Diseño y participantes:**

El asunto ha sido investigado a través de un estudio cualitativo, mediante la realización de una entrevista semiestructurada a cuatro profesionales, trabajadores y trabajadoras sociales de la ciudad de Valladolid. Para mantener su anonimato, este trabajo se referirá a ellos como TS.1, TS.2, TS.3 y TS.4. Todos los entrevistados son profesionales con mucha experiencia en este campo que proporcionarán información relevante al asunto.

El proceso constó de varias fases; en primer lugar, la planificación de un guion que incluyese las preguntas más relevantes para el tema y aquellos aspectos de mayor interés. Después, se contactó con los profesionales y se concretó una reunión presencial con cada uno para llevar a cabo la realización de la entrevista. Por último, se analizaron las respuestas de cada profesional en torno a los aspectos que se consideran más importantes, para poder compararlos y sacar conclusiones.

### **7.2 Guion entrevistas:**

Como se ha especificado anteriormente, se trata de una modalidad de entrevista semiestructurada, por lo tanto, el guion se fue acomodando a cada una de las conversaciones. Sin embargo, todas las entrevistas mantienen un guion común de referencia, basado en 10 preguntas entre las que se incluyen:

1. ¿Podrías explicar brevemente el proceso de atención a un paciente desde el momento en el que entra en el sistema y cómo se lleva a cabo el seguimiento? ¿Cómo actúa el trabajador/a social sanitario?
2. ¿A qué recursos puede derivarse a un paciente?

“La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

3. ¿Cómo se trabaja con los demás profesionales del servicio? ¿Con quién se trabaja más de cerca?
4. ¿Sientes que la labor del trabajador social está menospreciada por otros profesionales?
5. ¿Crees que existen suficientes recursos en la provincia para la atención de la salud mental? ¿Y en la comunidad autónoma?
6. ¿Consideras que la población conoce la labor del trabajador/a social dentro del hospital y que sabe cómo acceder a él/ella?
7. ¿Crees que el estigma que existe sobre la enfermedad mental y los enfermos mentales limita a la gente a pedir ayuda?
8. ¿Cuál es la mayor carencia existente respecto a recursos en Valladolid?
9. ¿Observas diferencias entre la atención a la salud mental en Castilla y León y otras comunidades autónomas?
10. ¿Qué mejoras propondrías (respecto a recursos, al personal, a la gestión... etc.)?

La transcripción de las diferentes conversaciones se ubica en el Anexo 1, donde se recogen también el resto de preguntas “improvisadas” que surgieron en las conversaciones.

## **8. Análisis de resultados.**

Para poder establecer unos resultados claros, se realiza un análisis de contenido sobre las respuestas de los distintos profesionales. Para poder llevar a cabo una comparación, se establecen una serie de categorías temáticas sobre las que poder analizar las respuestas de cada uno de ellos; entre las categorías se encuentran: 1) Proceso de la intervención social en salud mental, 2) aspectos de la enfermedad mental y 3) el papel del trabajo social y propuestas de mejora.

## **8.1 Proceso de la intervención social en salud mental:**

### **8.1.1 Inicio del proceso y seguimiento:**

En primer lugar, la conversación comenzó con una explicación superficial acerca de cómo se lleva a cabo el proceso de atención a un paciente, desde su entrada en el sistema hasta cómo se realiza el seguimiento en aquellos casos que sea necesario.

*“En el sistema pueden entrar por diferentes vías. La vía principal es a través del médico de familia o cuando viene por primera vez, que hace interconsulta a salud mental. Pero también pueden venir demandas de asociaciones, de entidades que trabajan con personas con enfermedad mental, directamente desde servicios sociales, desde CEAS...” (TS.4)*

*“Los niños que vienen aquí tienen que tener una edad entre los 0 y los 18 años, a partir de 18 van a adultos, suelen ser derivados hasta los 14 años por su pediatra y a partir de los 14 por su médico de cabecera. Hay un volante de derivación, y viene aquí o nos llama por teléfono, se les da una cita con el trabajador social. El trabajador social ve al niño y a los padres y hace una relación, una historia social, digamos. Recoge datos familiares, escolares... y le damos una cita con un psicoterapeuta, con un psicólogo o un psiquiatra. Eso es un poco el proceso.” (TS.1)*

En ambos casos, explican las puertas de entrada al sistema de atención a la salud mental, ya sea con menores de edad o con adultos, que puede darse a través de la derivación del médico de cabecera/ pediatra o a través de demanda de asociaciones o CEAS. A continuación, para intentar establecer un orden entre las cuestiones, se pregunta cómo se realiza el seguimiento de aquellos casos en los que resulta necesario.

*“el seguimiento, dependiendo un poco de la valoración que se haya hecho, se valora la periodicidad de la atención. Y sobre todo aquí, esta es mi opinión al menos, que tenemos que ser lo más accesibles posible. De tal manera que yo, por ejemplo, siempre les doy mi teléfono, en algunos casos, incluso el correo electrónico. Para que, si surge algo, hay algún cambio, que tengamos todo encarrilado, ellos me puedan llamar. Aunque yo les cite, valore*

“La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

*que los veo en tres meses, vuelvo con ellos en tres meses, pero bueno, puede suceder que hay algún cambio y si les surge alguna duda que puedan acceder a mí” (TS.4)*

*“pues nada, le vas citando en noción de las necesidades, yo cuando veo que no necesitan mucha atención pues también procuro ir soltando, espaciar las citas... depende un poco del caso.” (TS.3)*

En definitiva, la atención continúa siempre que sea necesaria, aunque la periodicidad de esta depende de la valoración realizada por los profesionales, además, como queda reflejado en las respuestas, se suele dejar un medio de contacto para comentar aquellos cambios que puedan dar lugar a una situación urgente.

### **8.1.2 Disponibilidad de recursos y principales carencias:**

Entre los temas que se consideran más importantes sobre los que preguntar, está la tipología de recursos disponibles en la ciudad para los pacientes de salud mental. Como se ha estudiado con antelación en este trabajo, existen diferentes en función de las necesidades de las personas, pueden ser de carácter residencial, ambulatorio...etc.

*“sí necesitan hospitalización, hay una unidad de hospitalización que es regional, que está situada en el clínico. Es una unidad regional, o sea, de Castilla y León. Ahí pueden ir los niños que necesiten ingreso, tanto de Soria, de Salamanca, de Burgos, de Valladolid. Está en el clínico y es para todos. Y suele funcionar con lista de espera. Recursos públicos hay un hospital de día, también es para las dos áreas, para Valladolid, para Oeste-Este, que también está en el clínico y nada más, creo.” (TS.1)*

*“a nivel ambulatorio, pues un montón, desde el CRPS, que es el Centro de Rehabilitación Psicosocial, a distintos dispositivos dependiendo un poco del perfil, ACLAD, ACEM, ARBA... Bueno, pues dependiendo de eso, lo que te diga un poco el perfil del paciente.” (TS.2)*

“La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

*“Viviendas de itinerario, viviendas supervisadas, mini residencias, unidades de rehabilitación psiquiátrica de San Juan de Dios que ahora es San Luis.” (TS.3)*

Tras comentar los principales recursos a los que pueden tener acceso los pacientes, el siguiente tema de conversación fue las carencias más significativas respecto a esto, es decir, se les preguntó por su opinión como profesionales acerca de la falta de recursos existentes en la ciudad, para poder concluir que es lo que consideran necesario añadir los profesionales desde su posición.

*“Nos falta la rehabilitación, por parte de SACYL. Un recurso intermedio, y la mini residencia en Valladolid” (TS.4)*

*“centros o infraestructuras que contuvieran un poco, que asistieran a niños, sobre todo adolescentes, con problemas de conducta graves, que a veces se tienen que ir a centros privados, porque no hay... Aparte de una unidad de hospitalización y un hospital de día, no hay un centro así.” (TS.1)*

*“Yo diría, a ver, así, simple, lo que me viene de repente, una unidad de subagudos” (TS,2)*

*“una mini residencia.” (TS.3)*

Podemos establecer que, entre sus demandas, coinciden en la falta de un recurso intermedio para aquellos pacientes subagudos y de una mini residencia en la ciudad, además de un centro para menores con problemas de conducta graves.

### **8.1.3 Diferencias con otras comunidades autónomas:**

Por otro lado, respecto a la intervención social y al proceso de atención, se considera realizar una pequeña comparación entre la manera de llevarse a cabo en la comunidad de Castilla y León y otras. Por este motivo de interés, se les pregunta acerca de su conocimiento por el trabajo realizado y la disponibilidad de recursos en otras comunidades autónomas.

“La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

*“Pues sobre todo en aquellas regiones o ciudades que tienen más recursos. Por ejemplo, en el País Vasco tienen más recursos, tienen más medios, tienen más, personales y materiales. Hay centros que nosotros no hemos visto. Sí, sí, que hay diferencia.” (TS.1)*

*“no sé exactamente con certeza cómo están en otras ciudades, pero sí que el otro día, por ejemplo, pues digo: “madre mía, estamos en la misma comunidad, y parece que trabajamos en países distintos” Creo que hay mucha diferencia. Muchas veces, sí, para plazas, para recursos, para tiempos de espera, para... cambia totalmente. Y no es justo.” (TS.2)*

*“Pues es que desconozco cómo funcionan otras comunidades, la verdad.” (TS.3)*

*“Pues es que no conozco bien otras comunidades autónomas, entonces no me atrevo a opinar.” (TS.4)*

Atendiendo a las diferentes respuestas, podemos concluir que, por lo general, se desconoce la situación en el resto de comunidades autónomas, o se conoce vagamente. Se aprecia, también, como denuncian la enorme diferencia que puede existir, hablando de recursos y formas de atención, dentro de una misma comunidad autónoma entre las diferentes provincias.

## **8.2 Aspectos de la enfermedad mental:**

Un punto importante a tratar para este trabajo es el aspecto de la enfermedad mental, por eso en la realización de esta investigación se llevan a cabo preguntas relacionadas con el trato con personas con enfermedad mental por parte de los profesionales y la influencia del estigma sobre ésta en las personas.

### **8.2.1 Trato con las personas con enfermedad mental:**

Al tratar este aspecto, se busca conocer si la relación de los profesionales con personas que padecen una enfermedad mental se diferencia de la relación con otra tipología de pacientes.



“La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

*“Creo que esto dependerá al final de cada profesional... yo considero que el trato que tiene que tener, no digo que sea tenerles en bandeja todo, pero si un trato con todo el respeto del mundo, me da igual que sea paciente y que se le haya roto un brazo, a que tenga una esquizofrenia, es que me da exactamente lo mismo el trato que va a tener, por mi parte, desde luego, va a ser el mismo, que intento que sea el mejor.” (TS.2)*

*“Yo creo que no tiene por qué haber diferencias. Desde la objetividad, pero claro, el estigma ahí está y también hay estigma entre los profesionales, pero no sé, yo creo que trato igual a una persona con problemas psiquiátricos que sin ellos, pero ya te digo, que el estigma no sólo está en la población, está también en los profesionales” (TS.3)*

*“quizá yo me atrevería a decir que como muchos pacientes están muy solos, pues acuden, pero bueno, que también pasa a veces con personas mayores, pero bueno, quizá con más frecuencia, percibo que necesitan más hablar contigo, descarga emocional, o sea que son más demandantes en ese sentido, sí.” (TS.4)*

En general, los profesionales igualan a un paciente de salud mental con otro paciente de cualquier otra especialidad clínica, es decir, el trato del profesional hacia ellos, aseguran, debe ser igual y llevarse a cabo con respeto y sin distinciones ni discriminación.

### **8.2.2 Limitaciones a causa del estigma:**

Como se ha visto anteriormente, existe un estigma asociado a la enfermedad mental y a los enfermos mentales, que sufren de prejuicios y acusaciones en muchos casos, falsas. Por este motivo, en esta investigación se preguntó sobre su opinión acerca de la posible influencia del estigma existente sobre la enfermedad mental y los enfermos mentales en la población y en su decisión a la hora de pedir ayuda.

“La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

*“Pues depende un poco. Hay padres que si quieren saber un diagnóstico, y hay otros que sienten que ese diagnóstico les va a pesar y que prefieren cuando vienen aquí que les vea un psicólogo, porque un psiquiatra parece más grave ... y sí que les pesa un poco esa circunstancia. Pero ya te digo que no todos, hay otros padres que lo que quieren es que digan qué es lo que les pasa. Y yo siempre digo que no es lo más importante, lo importante es trabajar con el niño, con la persona y ver un poco qué se puede ir haciendo y más adelante si es necesario un diagnóstico...” (TS.1)*

*“Yo creo que sí, porque hay pacientes que... hay dos problemas, unos que se avergüenzan de pedir ayuda porque no quieren que se desclasifique con los enfermos mentales y otros que no tienen conciencia ninguna de enfermedad, con lo cual no piden ayuda porque ellos creen que no la necesitan y generalmente son los que peor están. Pero sí, claro, claro que influye en las familias.” (TS.3)*

*“Hay casos de todo tipo, pero yo creo que no le echaría para atrás por ser trabajo social, por salud mental...si... claro, es que hay muchos casos que no tienen conciencia de enfermedad. Partiendo de ahí, yo porque tengo que ir a ver a un psiquiatra, ¿no? Alguien lo ve como a un loquero, ¿no?” (TS.4)*

Podemos ver que en muchas ocasiones las personas temen la asignación de un diagnóstico psiquiátrico, o incluso visitar a un psiquiatra, ya que se ve como un “loquero” o algo muy grave, la sociedad suele rechazar la etiqueta de enfermo mental. Debe destacarse, también, que, en determinados pacientes, la causa de no pedir ayuda es el desconocimiento y la nula conciencia de enfermedad. Es decir, no sólo no se accede por el estigma incorporado en la población si no por no ser consciente de padecer una enfermedad mental, aspecto que resulta muy frecuente entre estos pacientes.

### **8.3 Papel del trabajo social y propuestas de mejora:**

Este trabajo se centra en la importancia de la labor de los y las trabajadoras sociales en salud mental, por este motivo, se investiga acerca del trabajo que realizan a través de una explicación de primera mano, así como la relación con otros profesionales, pues es necesario conocer la realidad y uno de los objetivos del trabajo es dar voz a los profesionales.

#### **8.3.1 Labores del trabajador o trabajadora social:**

Por un lado, se quiso preguntar por su trabajo dentro del proceso de atención, es decir, por su labor concreta para conocer la realidad a manos de quienes trabajan en ello diariamente.

*“pues sobre todo estoy en contacto con todos los pacientes que están en hospitalización breve... también muchas veces me llaman de urgencias, porque hay pacientes que sí que son psiquiátricos pero que no necesitan un ingreso, pero están en urgencias, entonces si hay alguna cuestión a tratar social, pues sí que me llaman” (TS.2)*

*“Pues un poco el papel es coordinar los servicios de la comunidad y los recursos en la comunidad con la atención psiquiátrica.” (TS.3)*

*“A grandes rasgos. Pues al final es apoyar a las personas en las necesidades. Hacer la valoración de las necesidades que tienen de apoyo y siempre trabajando en equipo con enfermería, auxiliares, psiquiatras, psicólogos y establecer un plan individual de atención y ayudarles, valorar las necesidades y ayudarles.” (TS.4)*

Podemos concluir que entre sus funciones destacan la valoración de las necesidades y el cuidado de los aspectos sociales de aquellos pacientes psiquiátricos, a través de la coordinación con diferentes profesionales y la movilización de distintos recursos.

### 8.3.2 Valoración de su figura:

Al tratarse de una labor realizada dentro de un equipo de profesionales, se busca, también, atender al desarrollo de esas relaciones, por eso, se pregunta a los/las trabajadores/as sociales, por la relación con el resto de los profesionales del equipo, además de preguntar si sienten un menosprecio hacia su trabajo dentro del ámbito sanitario.

*“No, no lo siento así. Al contrario...entonces, el trabajo social sí que estaba considerado aquí. Y creo que ahora también. Lo que pasa es que quizá ahora la atención se ha... se ha individualizado mucho, se ha compartimentalizado” (TS.1)*

*“Sí, y no... me da la sensación cuando hablo con compañeras que el trabajador social en otros ámbitos está mucho más valorado que un trabajador social en el SACYL, es que en el SACYL vives en un ámbito sanitario y nosotros ni siquiera estamos incluidos como personal sanitario. ¿Que eso me ha pasado en ocasiones? sí, ¿que en otras ocasiones te reconocen mucho tu labor?, también, pero que me da la sensación, sobre todo al hablar con otras compañeras de otros ámbitos, que están mucho más valorados, donde sí que, el trabajador social se encuentra dentro de su ámbito” (TS.2)*

*“Es muy relativo, por algunos. Unos son más sensibles que otros a la cuestión social y otros son más insensibles. Quiero decir, que hay psiquiatras que como ellos son médicos y los demás no, como que se sienten por encima. Sí, yo creo que va más en la persona que en la profesión. Sí, sí. Entonces hay quien es más sensible y quien menos.” (TS.3)*

*“Hay profesionales que... Que tienen funciones que no están como bien claras, no están definidas y se meten mucho en nuestras funciones” (TS.4)*

Existen diversas opiniones, por un lado, sí que se sienten valorados y que se les reconoce su figura y su trabajo, por otro lado, consideran que dentro del ámbito sanitario no tienen tanto reconocimiento como el que tienen otras figuras, en ocasiones dado por el desconocimiento de sus funciones. También aseguran que, en otros ámbitos este reconocimiento es mayor; aunque, por lo general, establecen que depende de la persona y no de la profesión de ésta.

### 8.3.3 Conocimiento de la población:

Otro aspecto importante a tener en cuenta y del que se quiso preguntar es su opinión acerca del conocimiento de la población general sobre su figura y posición dentro del ámbito sanitario.

*“much a gente no sabe ni que hay trabajadores sociales en Sanidad, o sea, cuando les dices que estamos aquí o en el centro de salud, que hay veces que dicen, pero ¿es que en el centro de salud hay...?” (TS.2)*

*“No sabe muy bien la gente lo que hace un trabajador social. Sabe si gestionas alguna cosa “pues eso lo hace un trabajador social” pero si no te confunden un poco.” (TS.1)*

*“Yo creo que es muy desconocido. Es muy desconocido, pero no en psiquiatría, el trabajo social sanitario por parte de la mayoría de la población... se ha conocido un poco más ahora con el COVID. En atención primaria sí que tienen las compañeras bastante más demanda y nosotros también tenemos más demanda, pero hasta ahora era una figura muy desconocida, pero porque somos muy pocos.” (TS.3)*

*“A ver, se está empezando ahora a conocer más. Porque ahora incluso en la aplicación SACYL Conecta tú puedes pedir cita. Pero esto es reciente” (TS.4)*

Por tanto, puede afirmarse que el trabajo social dentro del ámbito sanitario, resulta muy desconocido para la población en general. Quienes conocen la labor, lo conoce muy vagamente y no conoce la especificidad de sus funciones, a pesar de un pequeño incremento del conocimiento a raíz de la crisis causada por la pandemia.

#### 8.3.4 Propuestas de mejora:

Como último tema a tratar, se quiso preguntar por las propuestas de mejora que incluirían en el sistema para un mejor funcionamiento, ya que, viniendo de los propios profesionales tendrán una justificación en base a lo que observan a diario en su trabajo.

*“no sé si hace falta más personal o no, pero yo sí que daría una vuelta a como está distribuido todo el mapa, digamos, de trabajadores sociales, en este caso de Valladolid, para que se hiciera una repartición yo creo que más equitativa.” (TS.2)*

*“Mejorar mucho la coordinación. La coordinación... tanto la coordinación interna como la externa. Y ahí tenemos un papel fundamental los trabajadores sociales.” (TS.3)*

*“Yo pediría volver al modelo lo anterior. A los equipos más pequeños... volver a abrir, un recurso intermedio, porque hace falta. De subagudos. Y el tema de lo que hemos hablado, las carencias de antes de las mini residencias... Personal no, concretamente en este servicio, tenemos personal. Debería estar mejor organizado y se debe repartir mejor.” (TS.4)*

Entre las sugerencias de mejora que proponen los distintos profesionales, a mayores de cubrir la falta de recursos existente, mencionada anteriormente, se centran, generalmente, en mejorar la coordinación y el reparto del personal existente. Es decir, consideran que existe suficiente personal pero que sería más eficaz si estuviese organizado y repartido de una manera diferente.

## **9. Consideraciones finales.**

La salud mental, y, en concreto la enfermedad mental, es un tema que resulta bastante desconocido para la población en general y del que en ocasiones resulta ser sensible de tratar. Tras la pandemia de la COVID-19, ha cobrado una mayor importancia en nuestras conversaciones diarias y ha comenzado a darse a conocer en mayor medida.

Desde este estudio, se ha atendido a la importancia de la intervención social y del papel del trabajo social en el ámbito psiquiátrico, ya que desempeña un papel crucial para la recuperación del bienestar psicológico y emocional de aquellas personas que se enfrentan a problemas de salud mental. Con la realización de esta investigación, se ha podido conocer el cambio en las formas de atención psiquiátrica durante distintas décadas, cómo se ha ido desarrollando el papel del trabajo social, diferenciando entre el sanitario y el psiquiátrico, hasta llegar a donde se encuentra hoy en día. Se ha realizado, también, una explicación sobre los recursos a los que pueden tener acceso los pacientes en Castilla y León, además de narrar y explicar el proceso de atención.

La relevancia de esta investigación reside en haber podido contar con la colaboración de profesionales del sector, que, a través de una serie de entrevistas realizadas, se han podido categorizar y comparar sus respuestas, hasta llegar a una serie de conclusiones. Entre éstas, podemos destacar que es necesario implementar un recurso intermedio para pacientes subagudos, que hace falta llevar a cabo una mejor distribución del personal con el que ya cuenta el servicio y, por otro lado, que la labor del trabajador o trabajadora social dentro del hospital resulta muy desconocida para la población en general. Por este motivo, desde aquí, este estudio ejerce a su vez la función de dar voz a los profesionales del sector y dar a conocer la labor fundamental que ejercen los trabajadores y las trabajadoras sociales dentro del ámbito sanitario y en especial, en el ámbito de la salud mental.

## **10. Referencias bibliográficas.**

- Abreu Velázquez, M<sup>a</sup> C., (2009). El trabajo social sanitario en la atención primaria de salud. *ENE Revista de enfermería*, 3 (2), 70-79.  
<http://eneenfermeria.org/ojs/index.php/ENE/issue/view/Vol%203%2C%20No%202%20282009%29/showToc>
- Alansaludmental (s.f). <https://www.alansaludmental.com/pol%C3%ADticas-en-sm/planes-de-sm-cc-aa/>
- Areito Romero, A. (2010). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de Trabajo social* (23), 289-300.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3406884>
- Browne, T. (2019). Social work roles and healthcare settings. En S. Gehlert & T. Browne (Eds.), *Handbook of Health Social Work* (21-37). Jossey-Bass.
- Colom Masfret, D., (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. *Zerbitzuan: Revista de servicios sociales*, (47), 109-119. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3262815>
- Comisión Mixta Regional (2013). *Proceso Integrado de Atención Sociosanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental*.  
<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/procesos-atencion/salud-mental>
- Conejo Cerón, S., Moreno Peral, P., Morales Asencio, J.M., Alot Montes, A, García- Herrera, J.M., González López, M.J., Quemada Gonzzález, C., Requena Albarracín, J., & Moreno Küstner, B. (2014). Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno



“La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

mental grave. Un estudio cualitativo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 37 (2), 223-233.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4803919>

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental [FEAFES]. (2005) *Todos somos parte del tratamiento de una Enfermedad Mental*. Confederación Salud Mental España. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/todos-somos-parte-tratamiento-enfermedad-mental/>

Desviat, M. (2010). Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. *Cuadernos de Trabajo Social* (23). 253-263.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3406878>

Díaz de Mera, E. (2017). El trabajo social sanitario y su integración en el sistema Público de salud. Una propuesta desde el modelo de gestión sanitaria de las mutuas colaboradoras con la seguridad social en España. *Comunitaria. Revista internacional de trabajo social y ciencias sociales*, (13). 101-120

<https://doi.org/10.5944/comunitania.13.5>

Federación Mundial de la Salud Mental [FMSM]. (1989). *Declaración de los Derechos Humanos y de Salud Mental*.

[https://www.mpba.gov.ar/files/documents/Declaracion\\_de\\_LUXOR.pdf](https://www.mpba.gov.ar/files/documents/Declaracion_de_LUXOR.pdf)

Garcés Trullenque, E. M<sup>a</sup>., (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de trabajo social* (23). 333-352.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3406899>

“La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

Gerencia Regional de Salud Castilla y León. (s.f) *Gestión de casos en Salud Mental: Proceso de atención al Paciente Crónico Complejo de Salud Mental*. <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/procesos-atencion/salud-mental.ficheros/974961-PROCESO%20%20DE%20ATENCION%20AL%20PACIENTE%20CRONICO%20C OMPLEJO%20DE%20SM.pdf>

Iglesias Bocanegra, L. (2018). *Estigma y tratamiento del trastorno mental en los medios de comunicación*. [Trabajo fin de grado, Universidad de Valladolid]. Repositorio Universidad de Valladolid  
<http://uvadoc.uva.es/handle/10324/31096>

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. (2009). *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*.  
<https://portal.guiasalud.es/gpc/guia-de-practica-clinica-de-intervenciones-psicosociales-en-el-trastorno-mental-grave/>

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado núm. 299, de 15 de diciembre de 2006. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado núm. 280, de 22 de noviembre de 2003.  
<https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>

Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre, de reforma del Estatuto de Autonomía de Castilla y León. Boletín Oficial del Estado núm. 288, de 1 de diciembre de 2007. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2007/11/30/14/con>

“La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

- Lopera Echevarría, J. D. (2015). El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 32 (0), 12-20.  
<https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/392930>
- Mingote Adán, J.C., Del Pino Cuadrado, P., Huidobro, A., Gutiérrez García, D., De Miguel Peciña. I., Gálvez Herrer, M., (2007). El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. *Medicina y seguridad en el trabajo*, 53 (208). 29-51.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2474726>
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*.  
[https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Ministerio\\_Sanidad\\_Estrategia\\_Salud\\_Mental\\_SNS\\_2022\\_2026.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf)
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024*.  
[https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/P\\_LAN\\_ACCION\\_SALUD\\_MENTAL\\_2022-2024.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/P_LAN_ACCION_SALUD_MENTAL_2022-2024.pdf)
- Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J., Vázquez-Barquero J.L. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta sanitaria* 18 (extra 1). 175-181.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=860244>
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. <https://www.refworld.org/es/docid/47a080e32.html>

“La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2005). *Declaración europea de Salud Mental* <https://consaludmental.org/publicaciones/DeclaracionHelsinki.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s.f). *Constitución* <https://www.who.int/es/about/governance/constitution#:~:text=La%20salud%20es%20un%20estado,o%20condici%C3%B3n%20econ%C3%B3mica%20o%20social.>

Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23.<sup>a</sup> ed., [versión 23.6 en línea]. <https://dle.rae.es/estigma> [8 de mayo de 2023]

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actuación. Boletín Oficial del Estado núm. 222, de 16 de septiembre de 2006. [https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006\\_16212-consolidado.pdf](https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006_16212-consolidado.pdf)

Saavedra Gutiérrez, M., (2016). Trabajo social sanitario: una aproximación al perfil del trabajador social en el ámbito de la salud. *Humanismo y Trabajo Social*, 16 (10), 170-185. <http://hdl.handle.net/10612/12477>

Sistema de Información de Atención Primaria del SNS (2009). *Atención a la Salud Mental* [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/Salud\\_Mental\\_2009.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/Salud_Mental_2009.pdf)

“La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

Uriarte Uriarte, J.J. (2007). Psiquiatría y rehabilitación: la rehabilitación psicosocial en el contexto de la Atención a la Enfermedad Mental Grave. Cuadernos e Psiquiatría comunitaria 7 (2), 87-101.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2660899>

## **11. Anexos.**

### **Entrevista 1:**

*Entrevistadora:* “Primero te quería preguntar si puedes explicar cómo es el proceso de atención en un paciente desde que entra en el sistema y cómo se lleva a cabo el seguimiento, especialmente desde el trabajo social.”

*TS.I:* “Vale. Los niños que vienen aquí tienen que tener una edad entre los 0 y los 18 años, a partir de 18 van a adultos, suelen ser derivados hasta los 14 años por su pediatra y a partir de los 14 por su médico de cabecera. Hay un volante de derivación, y viene aquí o nos llama por teléfono, se les da una cita con el trabajador social. El trabajador social ve al niño y a los padres y hace una relación, una historia social, digamos. Recoge datos familiares, escolares... y le damos una cita con un psicoterapeuta, con un psicólogo o un psiquiatra. Eso es un poco el proceso.”

*Entrevistadora:* “Vale. Y... ¿Y a qué recursos se puede derivar a los menores? ¿Hay algún especial para...?”

*TS.I:* “Pues si necesitan hospitalización, hay una unidad de hospitalización que es regional, que está situada en el clínico. Es una unidad regional, o sea, de Castilla y León. Ahí pueden ir los niños que necesiten ingreso, tanto de Soria, de Salamanca, de Burgos, de Valladolid. Está en el clínico y es para todos. Y suele funcionar con lista de espera.

Recursos públicos hay un hospital de día, también que es para las dos áreas, para Valladolid, para Oeste-Este, que también está en el clínico y nada más, creo.”

*Entrevistadora:* “¿Las hospitalizaciones para las dos áreas, entiendo, ¿no? Si es a nivel regional...”

*TS.I:* “Sí, también para las dos áreas, sí, exactamente. Luego también desde trabajo social llevamos las coordinaciones con institutos, colegios, con los equipos de orientación, con los equipos de conducta...”

*Entrevistadora:* “¿Y cómo se trabaja con los demás profesionales de servicio? ¿Con quién se suele trabajar más de cerca?”

*TS.I:* “Pues con todos. Tenemos una coordinación, una reunión de equipo todas las semanas y luego a diario tenemos una hora, media hora que estamos juntos y que se comenten algunos casos. Trabajar conjuntamente con todos, vamos. Hay alguien que me dice, pues yo voy al colegio o voy a ver a los

## “La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

padres de tal, o ¿quieres ver a los padres mientras yo veo al niño? Hay también una enfermera que trabaja conjuntamente con los psicoterapeutas.”

(...)

### **Entrevista 2:**

**Entrevistadora:** “Para empezar, ¿podrías explicar un poco en qué consiste tu labor como trabajadora social, en sentido de, explicar tus funciones de una manera concreta?”

**TS.2:** “Vale, pues yo estoy aquí en lo que es el Hospital Río Hortega, en la planta de agudos de psiquiatría, y entonces, bueno, pues sobre todo estoy en contacto con todos los pacientes que están en hospitalización breve, aquí en agudos.”

**Entrevistadora:** “¿Están ingresados?”

**TS.2:** “Sí, tienen que estar ingresados, es verdad que yo también muchas veces me llaman de urgencias, bajo a urgencias porque hay pacientes que sí que son psiquiátricos pero que no necesitan un ingreso, pero están en urgencias, entonces si hay alguna cuestión a tratar social, pues sí que me llaman y puedo bajar a urgencias. Y luego aquí en el hospital hay otras tres trabajadoras sociales que son las que están abajo y llevan las distintas especialidades medicina interna, neumología...bueno, todas, que sí que a veces también estoy en contacto con ellas porque tenemos pacientes digamos... en común. A lo mejor hay un paciente que está en Interna pero tiene algún episodio en salud mental y entonces hablo con ellas para coordinarnos un poquito, pero bueno, el grosso, digamos que es los pacientes que están aquí ingresados en el bloque uno nivel 3. ¿En qué consiste mi trabajo? Bueno, te lo hago muy gráfico para que sea fácil. Yo todos los días cuando llego, porque la forma de trabajar, aunque estamos en coordinación, bueno, yo siempre cuando llego, lo primero que hago es ver qué altas ha habido y qué ingresos nuevos ha habido, porque yo llevo a todos los pacientes que ingresen, ¿vale? No solamente, a lo mejor no tienen un problema social inminente, pero yo entrevisto absolutamente a todos los pacientes que ingresan en la unidad, porque incluso hay veces que ni ellos mismos saben que yo estoy aquí, y hay alguna cuestión social, laboral, económica, familiar, todo ese tipo de cuestiones, y me pongo en contacto con ellas porque ya les conocen de antes, o no les conocen, pero aquí han tenido un primer rote o lo que sea, y entonces yo empiezo un poco para ver cómo están todas las cuestiones sociales y luego se lo derivo a ellas. Entonces, bueno, ese es un poquito mi trabajo y sobre todo en de coordinación con... voy a poner ejemplos prácticos para que entiendas, si ingresa una persona con una dependencia alcohólica, el tema de la comunidad terapéutica, que es un recurso que

## “La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

se hace a través del comisionado, pues lo gestionamos desde aquí. Si ingresa una persona mayor que necesita una plaza psicogeriátrica, pues lo hacemos desde aquí. Ahora, lo último que he tenido, un caso de un paciente, desde aquí ingreso, porque ya la situación era muy complicada y desde aquí yo he hecho la prioridad social para que no tuviera que volver al domicilio, volver con el padre, hermano, ta, ta, ta, ta, ta, ta... y entonces desde aquí directamente lo hemos tramitado para que pueda ir con los servicios sociales para que pueda ir a una plaza con prioridad social. Hay muchas veces que yo me he entrevistado con los pacientes, pues ahora mismo acabo de tener a uno que le han reconocido la discapacidad, hace nada, tiene una capacidad permanente total, entonces, bueno, en ese caso no tengo que intervenir en este momento, pues porque es verdad que no hay nada en este momento en el que yo pueda aportar, pero bueno, sí que, en otras ocasiones, pues sí que lo que se puede hacer, desde mi humilde posición, pues se hace y ya está.”

(...)

### **Entrevista 3:**

**Entrevistadora:** “En primer lugar quería preguntarte si me podías explicar un poco tu papel y funciones como trabajadora social dentro de salud mental.”

**TS.3:** “Pues un poco el papel es coordinar los servicios de la comunidad y los recursos en la comunidad con la atención psiquiátrica.”

**Entrevistadora:** “¿Y ...cómo es el proceso de atención a un paciente desde que entra en el sistema y cómo se lleva a cabo el seguimiento?”

**TS.3:** “Pues que depende tanto del caso. Yo creo que aquí tendrías que poner pues evaluación centrada en la persona, siempre respetando los derechos, ¿cómo decía la ley?, lo he dicho muchas veces y ahora se me ha ido..., los deseos, voluntades y preferencias de la persona”

**Entrevistadora:** “¿y el seguimiento como se lleva a cabo?”

**TS.3:** “pues nada tú le vas citando en noción de las necesidades, yo cuando veo que no necesitan pues también procuro ir soltando, espaciar las citas, depende un poco del caso.”

**Entrevistadora:** “de acuerdo, y... luego, ¿a qué tipo de recursos se puede o se suele derivar a la gente?”



## “La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

**TS.3:** “Viviendas de itinerario, viviendas supervisadas, miniresidencias, unidades de rehabilitación psiquiátrica de San Juan de Dios que ahora es San Luis.”

**Entrevistadora:** “¿Y crees que existen suficientes recursos en la provincia para la atención a la salud mental?”

**TS.3:** “Sí, excepto a nivel de provincia que lo que falta es una miniresidencia”

**Entrevistadora:** “¿Y en la comunidad autónoma? En Castilla y León”

**TS.3:** “Pues miniresidencias, son escasas las plazas porque hay vista de espera, no muy larga, pero la hay.”

**Entrevistadora:** “¿Y de recursos en general?”

**TS.3:** “Yo creo que sí, sí, porque ya ves que persona que lo necesita, solo tenemos que pasarle por equipo mixto y ya tiene la vivienda.”

(...)

### **Entrevista 4:**

**Entrevistadora:** “en primer lugar te quería preguntar si podías explicar un poco tu papel y funciones como trabajadora social, en salud mental. Así un poco en general.”

**TS.4:** “A grandes rasgos. Pues al final es apoyar a las personas en las necesidades. Hacer la valoración de las necesidades que tienen de apoyo y siempre trabajando en equipo con enfermería, auxiliares, psiquiatras, psicólogos y establecer un plan individual de atención y ayudarles, valorar las necesidades y ayudarles.”

**Entrevistadora:** “y luego... ¿cómo es el proceso de atención a un paciente desde que entra en el sistema y cómo se lleva a cabo el seguimiento?”

**TS.4:** “En el sistema puede entrar por diferentes vías. La vía principal es a través del médico de familia o cuando viene por primera vez que hace interconsulta a salud mental. Pero también pueden venir demandas de asociaciones, de entidades que trabajan con personas con enfermedad mental, directamente desde servicios sociales, desde CEAS... Y luego el seguimiento... el seguimiento, dependiendo un poco de la valoración que se haya hecho, se valora un poco la periodicidad de la atención. Y sobre todo aquí, esta es mi opinión al menos, que tenemos que ser lo más accesibles posible. De tal manera que yo, por ejemplo, siempre les doy mi teléfono, mi extensión, en algunos

“La intervención social en Salud Mental: discursos de profesionales de Trabajo Social. Un estudio de caso”

casos, incluso el correo electrónico. Para que, si surge algo, hay algún cambio, que tengamos todo encarrilado, ellos me puedan llamar. Aunque yo les cite, valore que los veo en tres meses, vuelvo con ellos en tres meses, pero bueno, puede suceder que hay algún cambio medio les surge alguna duda que puedan acceder a mí”

**Entrevistadora:** “¿y a qué recursos se puede derivar?”

**TS.4:** “o sea ¿los recursos en general, para personas con enfermedad mental? a ver los casos más complicados todos todos pasan por el proceso integrado por equipo mixto donde ya sabes que hay personal de... Va una psiquiatra y una trabajadora social de SACYL y de parte de la Gerencia de Servicios Sociales van los responsables de discapacidad y también van las entidades, últimamente, que trabajan con personas con enfermedad mental, Benito menni, El Puente e Intras. ¿Qué me habías preguntado? Que se me ha ido.”

**Entrevistadora:** “sobre a qué recursos se puede derivar a los pacientes”

**TS.4:** “¿Qué tipología de recursos? Hay recursos sanitarios, cuando necesitan atención sanitaria porque están en un proceso agudo.... es que son tantos los recursos...si es un proceso de drogas, pues un recurso de atención a drogodependientes Es que son tantos... esos para resumirlos los encuentras en la normativa, bastante bien resumido.”

(...)