



---

**Universidad de Valladolid**

TRABAJO FIN DE GRADO:

**TRABAJO SOCIAL Y SALUD  
MENTAL. INTERVENCIÓN DESDE  
EL TERCER SECTOR**

Autor: Patxi Acinas Fernández

Tutor: José Luis Izquieta Etulain.

Curso: 4º

Grado en Trabajo Social

Curso académico: 2013/2014

Resumen:

En los últimos años se ha producido un incremento del número de personas con enfermedad mental, como consecuencia de ello, se han visto aumentadas las necesidades tanto de atención, y cuidado como reivindicativas en pro de los derechos del colectivo. El trabajador/a Social, desde unos conocimientos y técnicas propias proporciona una atención integral, tanto a las personas afectadas como a sus familiares, realizando la intervención social desde las dimensiones micro como macro, y siendo esta llevada a cabo desde las entidades del Tercer Sector, no sólo por la confianza que la población deposita en ellas sino por sus características propias.

Este Trabajo Fin de Grado, pretende conocer las funciones del trabajador social en la salud mental tratando siempre a la persona como eje central de las intervenciones y teniendo en cuenta el entorno familiar y social.

Palabras clave: Trabajo Social, enfermedad mental, intervención social, Tercer Sector, asociacionismo, FEAFES.

Abstract:

The number of people affected by mental illness has increased over the last years. As a result, care necessities and the need for attention and recognition has been increased in order to support collective rights. Social workers, applying knowledge and technical abilities, supply a comprehensive assistance as much to people who are affected as to their relatives, intervening on a whole range of dimensions, and being carried out by Third Sector organizations, not only because the confidence that people have in them, but also their specific characteristics.

The objective of this Final Year Dissertation is to announce the role and the importance of Social Work in mental health, developing person-centred counseling, considering the familiar and social setting.

Keywords: Social Work, mental illness, social intervention, Third Sector, FEAFES.

1.	PRESENTACIÓN.....	3
2.	MARCO TEÓRICO: SALUD MENTAL Y TRABAJO SOCIAL.....	6
2.1	LA SALUD Y LA ENFERMEDAD MENTAL, MANIFESTACIONES Y RASGOS GENERALES .....	6
2.2	LA ENFERMEDAD MENTAL: SOCIEDAD Y FAMILIA.....	8
2.3	TRABAJO SOCIAL Y ENFERMEDAD MENTAL.....	12
3.	ATENCIÓN Y CUIDADO DE LA ENFERMEDAD MENTAL.....	18
4.	ASOCIACIÓN DE SALUD MENTAL “EL PUENTE” .....	28
4.1	ESTUDIO DE LA ASOCIACIÓN Y DE LOS PROGRAMAS .....	28
4.2	PASOS BÁSICOS EN LA INTERVENCIÓN CON PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL.....	36
5.	CONCLUSIONES.....	44
6.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	47
7.	ANEXOS.....	50

## 1. PRESENTACIÓN

En las últimas décadas y como consecuencia, en parte, de la situación socioeconómica actual, se está produciendo a nivel mundial un incremento elevado las enfermedades mentales, las cuales influyen de manera negativa sobre la calidad de vida de las personas, haciendo una especial mella en factores psicosociales.

El protagonismo de las enfermedades mentales está siendo amplio en el momento actual tanto por sus efectos sobre la salud como sobre la sociedad y la economía, siendo estas patologías una de las enfermedades que generan mayor discapacidad y costes no sólo tangibles sino también intangibles como el sufrimiento tanto de la persona afectada como de sus familiares.

De forma paralela al incremento de estas patologías psíquicas, se está produciendo en las últimas décadas una expansión de organizaciones que trabajan sin ánimo de lucro en ámbitos de actuación muy variados como es el caso de la salud mental, siendo estas importantes tanto para la atención a las necesidades de las personas con enfermedad mental como para una reivindicación activa y de lucha en pro de los derechos de estas personas y sus familiares.

Estas entidades son identificadas con distintas denominaciones (“Tercer Sector”, “Sector No Lucrativo” “Organizaciones de voluntariado”, “ONG”...) (Izquieta, 2011: 13)

En la intervención realizada por la figura profesional del trabajador social desde las entidades del Tercer Sector, más concretamente en las asociaciones de salud mental pertenecientes a FEAFES, tiene su marco de estudio este trabajo fin de grado.

Los **objetivos** que se persigue cubrir con el siguiente trabajo son:

- Conocer los rasgos generales y las manifestaciones de la enfermedad mental en su interacción con la sociedad en y la familia.
- Explicar la interacción del trabajo social en la enfermedad mental.
- Conocer el origen del asociacionismo en el colectivo de la salud mental.
- Realizar un análisis cuantitativo y sus implicaciones sociales de las asociaciones FEAFES.
- Analizar una asociación que trabaja con personas con enfermedad mental y sus familiares.
- Conocer la metodología de intervención social del trabajador social desde las asociaciones de personas con enfermedad mental.
- Delimitar las funciones del trabajador social.
- Conocer la importancia de la profesión en la intervención con el colectivo.
- Resaltar intervención del trabajador social con los familiares y personas con enfermedad mental.

Para el cumplimiento de estos objetivos el trabajo presentará la siguiente **estructura**:

El primer apartado consiste en un marco teórico en el que trataré el tema de salud mental y el trabajo social desde tres enfoques o vías de estudio fundamentales.

Para introducir el tema considero importante hablar de las manifestaciones y rasgos generales de la salud y la enfermedad mental, estableciendo unos acuerdos conceptuales que permitirán avanzar en el presente trabajo de una manera más inequívoca y precisa. Continuaré explicando como la enfermedad mental afecta a dos dimensiones básicas, la sociedad y la familia, para concluir este marco teórico analizando la relación existente entre el trabajo social y la enfermedad mental.

En la segunda parte de este trabajo explicaré la atención recibida en la enfermedad mental desde los distintos mecanismos de atención, desde los centros de salud de la

## Trabajo social y salud mental. Intervención desde el Tercer Sector.

administración pública, el mercado y centrandolo el foco de atención en el tercer sector de acción social, más concretamente en las asociaciones de salud mental.

En la tercera parte analizaré una asociación de salud mental en la provincia de Valladolid, para ello explicaré los programas en los que interviene la figura profesional del trabajador social y la metodología de intervención del trabajador social en una situación real con una persona con enfermedad mental.

La finalización de este trabajo consistirá en unas conclusiones generales de este trabajo.

La realización de este trabajo ha sido llevada a cabo apoyándome en material bibliográfico de distinta naturaleza, he utilizado para ello fuentes de información primarias, como entrevistas y fundamentalmente secundarias predominando, aunque no de manera única la consulta de libros y material web.

## **2. MARCO TEÓRICO: SALUD MENTAL Y TRABAJO SOCIAL**

### **2.1 LA SALUD Y LA ENFERMEDAD MENTAL, MANIFESTACIONES Y RASGOS GENERALES**

La preocupación por la salud y todos sus factores es una de las preocupaciones no sólo de las personas sino también de los países con sus respectivos gobiernos y organizaciones no gubernamentales. Debido a ello la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 1946, definió la salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad.

Dentro de esta definición la OMS incluye tanto en la investigación como en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad una perspectiva biopsicosocial desde la cual se estudia la enfermedad mental.

Al igual que sucede con la salud, la salud mental no puede ser definida como la ausencia de psicopatologías, sino que la OMS alude a ella como el estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir con su comunidad.

“La Salud Mental está presente, en desarrollo, en construcción, o en deterioro en las distintas prácticas sociales. Está en juego en el trabajo, en el estudio, en la vida familiar, en las organizaciones del tiempo libre, en todos los grandes rubros que refieren a la vida cotidiana” (Recuperado el 17 de junio de 2014, de <http://www.fcp.uncu.edu.ar/upload/laura-elisa-luna.pdf>)

Si tomamos esta definición como referente de salud mental podemos obtener de ella una definición de enfermedad mental, como un estado en que el individuo presenta limitaciones o dificultades para realizarse, enfrentarse a dificultades de la vida, trabajar de una manera productiva y contribuir a su comunidad.

El concepto enfermedad mental afecta a varias esferas de la vida, su importancia es incuestionable pero aun así, este concepto no es el único empleado por todos los autores ni profesionales que trabajan en salud mental. Una de las terminologías más empleadas es “trastorno mental” debido a que aparece reflejado así en la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y el DSM-IV-TR de la Asociación Psiquiátrica

Americana, siendo estos dos de los sistemas más importantes de clasificación, debiendo puntualizar que en la actualidad está en vigor el DMS V, el cual incluye ciertas novedades en relación con el DSM anterior.

Independientemente de si nos referimos a ello como enfermedad mental o trastorno mental, las personas no son sólo realidades físicas, sino que en ellas influyen al igual que la biología, factores psicológicos y sociales, por lo que enfermedad o trastorno, dependiendo el autor, hay que considerar la psicopatología desde un estudio de las tres dimensiones.

Al igual que sucede con las enfermedades físicas, no podemos establecer unas características generales de las enfermedad mental, es decir, es imposible aglutinar sin caer en el error en unas pocas palabras las características de todas las enfermedades mentales. Debido a la dimensión del tema, se establece una clasificación en cuatro grandes grupos en función de la característica común de las enfermedades que dicho grupo presenta.

- Trastornos psicóticos.

La característica de este tipo de trastornos es la pérdida de contacto con del sujeto con la realidad, produciéndose delirios y alucinaciones.

Presentan una gravedad mayor porque en el momento del brote el sujeto no es consciente de la realidad. Dentro de este grupo englobamos enfermedades como la esquizofrenia.

- Trastornos neuróticos.

No se produce una pérdida de contacto con la realidad, son los más comunes. Un ejemplo de ellos son los trastornos de ansiedad.

- Trastorno psicopático.

No se produce pérdida de contacto con la realidad, la personalidad tiene como principales características la intolerancia a la frustración y la inmadurez, dando lugar a relaciones conflictivas, dificultad para el aprendizaje y problemas en las relaciones sociales.

- Trastorno mental orgánico.

Aquellos trastornos mentales que tienen relación con lo orgánico y provocan “daño estructural del Sistema Nervioso Central” (Gómez y Zapata 2000:107), son acusados por el consumo o la exposición a sustancias tóxicas y por ciertas enfermedades.

Estas clasificaciones nos acercan no sólo al concepto teórico de la enfermedad mental sino que también y de una manera muy directa nos sitúan en una dimensión de estudio socio-familiar donde cobra importancia en su tratamiento la figura profesional del trabajador social.

## **2.2 LA ENFERMEDAD MENTAL: SOCIEDAD Y FAMILIA.**

Tal como aluden Gómez y Zapata “El trastorno psíquico afecta a aquella parte de la persona que constituye la esencia de sí misma, que le proporciona su identidad y que dirige su relación con el entorno. Aparece en el terreno de un determinado terreno constitucional o físico (los aspectos biológicos) e influye en –y es influido por- las características propias de la persona (los aspectos psicológicos) y en su relación con el entorno en general y con el resto de personas (los aspectos sociales). Estos aspectos bio-psico-sociales tienen diferente relevancia en cada trastorno mental, en cada individuo e incluso en cada momento biográfico o histórico de la persona” (Menchón citado en Gómez y Zapata 2000:27)

Como podemos observar el trastorno psíquico afecta diferentes dimensiones, diferentes aspectos de la vida de la persona, pero surge un problema ¿cuándo hablamos de un trastorno y cuándo no?

Un criterio empleado es el criterio normalidad-anormalidad, entendiendo normalidad como perteneciente a un grupo mayoritario en criterios estadísticos, el problema surge debido a que la no pertenencia a la normalidad estadística no implica necesariamente una realidad patológica en ninguna de las tres dimensiones.

Desde una perspectiva analítica **social** y al hilo de las ideas de Gómez y Zapata se consideran como anormales aquellas conductas que dificultan la adaptación del

individuo a la sociedad, produciéndose un desajuste persona-sociedad que no sólo puede limitar la integración social, sino que puede afectar a más campos como la realización o el despliegue de la personalidad.

Si las funciones sociales son amplias y diversas no podemos perder de vista que el trastorno psíquico tiene aparejado a él, de una forma directa o indirecta, un desajuste en las relaciones que la persona tiene con todo el entorno social que le rodea desde lo privado hasta lo público, dando lugar a cambios analizables desde el punto de vista cualitativo (empeoramiento de la calidad de vida), como desde el punto de vista cuantitativo (reducción de las redes sociales). Siguiendo la idea en la que Gómez y Zapata explican que existen sociedades más sanas que otras es importante diferenciar la patología social de la personal centrandó nuestra intervención preventiva en las causas causantes.

Las causas de la enfermedad mental, pueden ser estudiadas según los autores ya mencionados desde cuatro grandes factores (endógenos, exógenos, psicológicos y sociales), nuestro estudio e intervención se centrará en estos últimos.

Desde un estudio de los factores sociales como dimensión de estudio de la enfermedad mental, cobra importancia la interrelación de la persona con otros sujetos y las relaciones que mantiene en ámbitos tan diferenciados como sus relaciones amistosas o laborales, que aunque per sé no sean causantes directos de psicopatologías con influyentes de relevancia significativa. Sumado a todo ello, el análisis de la enfermedad mental desde la perspectiva social, deberá tener en cuenta factores tan importantes como la situación económica de la persona, el acceso a los recursos sociales o las situaciones vividas estresantes como la privación de libertad, las separaciones emocionales o incluso los fallecimientos de personas cercanas. Como veremos más adelante cuando tratemos la relación del trabajador social con la salud mental, desde nuestro campo de intervención el análisis de todos estos factores sociales condicionará la actuación interventora.

Haciendo alusión a las ideas de los autores anteriormente citados, en los casos en los cuales no se produzca la intervención, estas situaciones sociales desembocarán en consecuencias como sufrimiento social o incremento del gasto sanitario.

Este gasto se debe analizar desde una doble vertiente por un lado aumenta el gasto en tratamiento, y por otro se reducen los ingresos debido a las bajas y horas laborales no trabajadas como consecuencia de la enfermedad, todo esto es evitable si se realizan las intervenciones sociales necesarias.

Desde un punto de vista familiar podemos decir que si bien es cierto que las personas nos desarrollamos en sociedad, lo es también que la **familia** es el núcleo más cercano al individuo, en ella se producen las primeras relaciones sociales y afectivas creándose un entorno en el que las alteraciones provocan fuertes desequilibrios emocionales, que en una continuidad pueden provocar trastornos psicológicos.

Por otro lado la familia es el principal recurso en el tratamiento tanto preventivo como curativo de la enfermedad mental.

Según Gómez y Zapata “El medio sociofamiliar constituye la más importante fuente de recursos con que la sanidad cuenta para solucionar los problemas y mejorar los trastornos, ya que posibilita la intervención en las relaciones familiares y en las variables sociales que condicionan la enfermedad y las relaciones del paciente” (Gómez y Zapata 2000:41)

Entre las relaciones familiares y la salud mental existe una relación bidireccional, es decir, las relaciones familiares pueden ser causantes de trastornos psiquiátricos pero también es cierto que los trastornos psiquiátricos no tratados afectan a las relaciones familiares. Una de las funciones principales de la familia es la función de apoyo social, estudios realizados han “comprobado que la falta de apoyo social se relaciona con la mala salud” lo que pone de manifiesto la importancia de la familia en la atención a las personas con enfermedad mental (Heller y Swindle 1983:87-103).

Estudiando la familia como una dimensión de la enfermedad mental, y el apoyo social como un factor tanto preventivo como rehabilitador de los trastornos psiquiátricos es importante, tal como ha sido explicado durante la carrera en la asignatura redes sociales, no sólo el apoyo que la familia ofrece, sino también el apoyo que la persona percibe.

Tanto el apoyo ofrecido como sobretodo del percibido dependerá en parte el bienestar psicológico no solo de la persona enferma sino de todos los miembros de la familia.

Las enfermedades mentales al igual que las físicas tienen que ser tratadas ya que su no tratamiento repercutirá no sólo en la persona enferma sino también de manera directa en la familia y entorno más cercano.

Gómez y Zapata sitúan estas repercusiones en consecuencias de una amplia envergadura que abarcan desde el aislamiento social hasta el deterioro de la economía familiar, teniendo en cuenta que estas consecuencias no solo quedan manifiestas en aspectos objetivos sino que desde el punto de vista subjetivo se producen sentimientos diversos entre los que se suele encontrar la culpabilidad o el estrés a la adaptación de la nueva situación.

Las relaciones en el hogar y las variables tanto objetivas como subjetivas se verán influenciadas no sólo por la enfermedad mental sino también por la duración de la misma, en los casos de cronicidad, las relaciones familiares son peores en comparativa con las relaciones familiares de personas con enfermedad mental no prolongada, debido a que como hemos visto la enfermedad mental afecta a varios ámbitos de la persona y a varios ejes de la vida familiar, los cuales quedan resentidos e incluso algunos como el trabajo pueden llegar a perderse.

Un punto de interacción entre ambas esferas (social y familiar), es el estigma que las personas con enfermedad mental sufren en la sociedad. Este estigma se produce en la sociedad como consecuencia en parte tanto del desconocimiento de la enfermedad, como de las informaciones sesgadas y prejuiciosas que algunos medios de comunicación ofrecen. Este estigma social, unido a los prejuicios da lugar a que los familiares a veces sientan vergüenza al reconocer en su núcleo familiar a una persona con enfermedad mental, la vergüenza surge por el miedo a ser juzgados o etiquetados socialmente como culpables de la enfermedad mental del familiar.

Como podremos comprobar a continuación, esta reducción del estigma no sólo es una de las áreas más importantes en la intervención del trabajador social desde el tercer sector, sino que se encuentra entre las funciones mejor identificables.

### **2.3 TRABAJO SOCIAL Y ENFERMEDAD MENTAL.**

El trabajo social es una profesión polivalente que desarrolla su actuación en diversos campos profesionales, siendo uno de los principales el campo de la salud mental.

La definición de salud de la OMS en la que queda definida la salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad, junto con el artículo 20 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, el cual pone de manifiesto la relación de los servicios sanitarios y sociales en el tratamiento de la enfermedad mental, desde una perspectiva integradora y evitando en la medida de lo posible la hospitalización ofrecen un marco de intervención a los profesionales del trabajo social. Dicho marco de intervención aparece no solo reforzado sino legalizado en los apartados 3 y 4 del citado artículo en los que se destaca tanto la coordinación de los equipos sanitarios con los servicios sociales desarrollando servicios tanto de rehabilitación como de reinserción social.

Para el desarrollo de esta labor el trabajador social estará integrado en los equipos de salud mental, en estos servicios Greenblatt pone de manifiesto la importancia de los equipos interdisciplinarios con unas funciones de cada profesional definidas pero interdependientes a la vez, en las que “el trabajador social, con sus conocimientos y técnicas propias, es un miembro indispensable, un colaborador más, dentro del equipo terapéutico; y en el ámbito de lo relacionado con la salud mental con unas funciones específicas y concretas, pero interdependientes – más incluso que en otros campos- con la de los demás profesionales” (Greenblatt citado por Gómez 2000:85)

Hasta este momento queda reflejada no sólo la importancia del trabajador social en salud mental sino también la necesidad de coordinación con otros profesionales, pero aún debemos responder una pregunta fundamental, ¿cómo se materializa la intervención del trabajador social en el campo de la salud mental?

Antes de dar respuesta a esta pregunta es importante conocer como la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS), define la profesión de Trabajo Social.

“La profesión del trabajo social promueve el cambio social, la solución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas

para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los derechos humanos y la justicia social son fundamentales para el trabajo social” (FITS 2000)

Es en esta definición donde podemos empezar a dar respuesta a la pregunta planteada, el trabajo social interviene con las personas en los puntos en los que éstas interactúan con el entorno, es en esa interacción donde la profesión del trabajo social cobra fuerza e interviene para fortalecer a las personas.

De ello obtenemos la primera función del trabajo social, la primera materialización es el empoderamiento de la persona, este empoderamiento puede realizarse en dos momentos, antes o después o con otras palabras la actuación del trabajador social se materializa en dos papeles, preventivo si es antes y rehabilitador si se produce después de la enfermedad.

Tanto en la prevención como en el tratamiento el profesional de trabajo social adecua su intervención en función de las características de la persona y de su entorno, tanto social como familiar, manteniendo como característica marco en la prevención la eliminación o reducción de los factores de riesgo y en el tratamiento las medidas se centran en producir un decremento de las consecuencias biopsicosociales de la enfermedad.

Son amplios los objetivos que desde la profesión de trabajo social se pueden aplicar a la salud mental, pero la esencia de la profesión, lo que transforma el trabajo social en un arte, no es sólo la capacidad transformadora de las relaciones, sino la intervención tanto en niveles micro (persona y familia), como en los niveles macro (sociedad y entorno), ofreciendo una intervención social plena. Si tuviésemos que sintetizar la relación que el trabajo social tiene en la salud mental en un objetivo, este sería desarrollar capacidades en la persona y su entorno, que favorezcan el empoderamiento y la integración de la persona en la comunidad, mejorando su bienestar psicosocial y el bienestar del entorno.

No podemos ubicar de una manera adecuada el trabajo social dentro de la salud mental conociendo sólo los niveles de intervención y el objetivo que la profesión se plantea, para que esta ubicación sea lo más exhaustiva y acorde a la realidad es necesario conocer las funciones que desde la profesión llevan a cabo los trabajadores sociales.

Igual que sucede en otras disciplinas, el trabajo social tiene unas funciones propias y estas funciones varían dentro de la entidad desde la que se trabaje, pero podemos establecer como funciones transversales del trabajo social la información, orientación, asesoramiento y valoración las cuales también se dan en salud mental.

- Función de información:

El trabajador social pondrá en conocimiento de las personas que lo necesiten los derechos, que como sujetos de derecho les correspondan, y los recursos del Sistema de Servicios Sociales necesarios para satisfacer la necesidad de la persona. También pondrá en conocimiento los requisitos para acceder a esos recursos.

- Función de orientación:

Carmen Conde, trabajadora social en activo, define esta función como “ayudar a potenciar la capacidad de utilizar adecuadamente la información” (Conde, 2014)

- Función de asesoramiento:

Posiblemente la función de asesoramiento sea una de las que mejor refleja la esencia el trabajo social, en ella se produce un acompañamiento para que la persona aproveche al máximo sus recursos, respetando siempre el principio de autodeterminación básico del código deontológico de trabajo social.

- Función de valoración:

En ocasiones necesidad y demanda no son acordes, en salud mental suelen producirse situaciones en las que lo demandado no es el satisfactor de la necesidad, esto se produce en parte por el desconocimiento de la enfermedad. Dentro de esta función el profesional debe conocer cuál es la necesidad realizando un diagnóstico social.

Es necesario conocer las funciones anteriormente citadas porque aunque estas no sean las específicas de nuestro objeto de estudio, son básicas para comprender la relación del trabajo social en el punto en que la persona interactúa con el entorno y es en ese punto donde se produce un encuentro, una interacción, entre dichas funciones y la salud mental.

Como he mencionado estas funciones son básicas en trabajo social, especialmente cuando el campo de actuación es la atención social primaria. En salud mental también se llevan a cabo pero si queremos seguir comprendiendo el perfil profesional del trabajador social dentro de la salud mental no podemos delimitar las funciones a las ya citadas, siendo imprescindible destacar funciones como:

- Detección de los trastornos mentales.

Siempre pensamos que la detección de enfermedades corresponde a un papel de profesiones sanitarias y no es así. El trabajador social está integrado en los equipos sanitarios y en muchas ocasiones es el profesional que más tiempo está con la persona, por lo que tiene más posibilidades de detectar comportamientos o rasgos característicos de alguna psicopatología. Debemos aclarar que detección no es sinónimo de diagnóstico, siendo éste competencia de otros profesionales.

Carmen Gómez Lavín plantea que desde el trabajo social puede darse la detección de los trastornos mentales a dos niveles: “A nivel general puede realizar o colaborar en estudios epidemiológicos (...) a nivel particular el trabajador social también puede descubrir “casos” de posible desequilibrio mental, bien directamente a través de sus contactos profesionales con la familias, los grupos, las comunidades, etc., que va encontrándose al desarrollar su tarea, o bien indirectamente, formando a las personas de la comunidad en temas de salud mental de forma que ellas mismas sean capaces de detectar los desequilibrios mentales existentes entre ellos (el suyo propio o el de personas próximas) y reconocer los síntomas de inicio de la enfermedad...” (Gómez Lavín 2000: 89)

- Intervención con la familia

A lo largo de este trabajo se ha explicado el papel tanto preventivo como rehabilitador de la familia, pero las familias no siempre conocen bien qué es la enfermedad mental o no tienen los recursos, los medios, para facilitar la convivencia. El aprendizaje es poder, y en este sentido se encauza la intervención del trabajador social con la familia, en el aprendizaje, en mejorar las relaciones familiares, en evitar sentimientos de culpa, es decir, tratar que la familia sea un agente rehabilitador y preventivo a su vez.

- Orientación y educación de la opinión pública.

La reducción de prejuicios y el conocimiento de situaciones reales no prejuiciadas por la opinión pública ofrecen a las personas con enfermedad mental y al entorno una oportunidad de integración social enriquecedora para ambas partes. Esta función se encuentra ubicada en las campañas de salud mental, el papel del trabajador social es básico porque es la figura profesional más cercana a la sociedad. No debemos olvidar que los medios de comunicación ejercen un poder muy importante sobre la sociedad.

En la función de orientación y educación de la opinión pública el buen uso de las redes sociales y los medios de comunicación, pueden ser una de las mejores herramientas de acceso a la población desde una intervención macro, por lo que debemos tenerlas en cuenta desde una perspectiva social y con una función empoderadora.

- Toma de conciencia de las necesidades sociales

Para Gómez Lavín “Es un hecho comprobado que el éxito de un programa preventivo depende en gran medida del grado de aceptación que éste tenga por parte de la población a la que va dirigido y que para que dicho programa sea visto por la población general como propio y adaptado a sus circunstancias, debe ser diseñado a medida de las necesidades del grupo o población al que va destinado...” (Gómez Lavín 2000: 89)

La actuación del trabajador social queda claramente definida debido a que es el trabajador social, dentro de los equipos multidisciplinares el perfil profesional con más proximidad a la ciudadanía, esta proximidad acerca el programa a las necesidades de la población haciéndolo no sólo más atractivo sino más eficaz y eficiente. Las habilidades sociales del profesional facilitan el trato con la población diana, implicándoles en el propio programa, y siendo esta la implicación el primer requisito necesario para el éxito del mismo.

En ocasiones el trabajador social, y especialmente cuando se interviene desde el tercer sector, realiza funciones que no podemos enmarcar dentro de las ya mencionadas o que no son competencia directa de ningún profesional, cuando esto sucede, el trabajador social suele encargarse de ellas debido a que es la figura profesional nexo de unión entre

las dimensiones micro y macro de la persona con la que se trabaja, pudiendo ofrecer una solución desde una perspectiva más global.

Todas estas funciones son realizadas a través de actividades. Para el desarrollo de estas actividades, el trabajador social cuenta con capacidades específicas, que varían dependiendo de la dimensión micro o macro desde la que se trabaje, pero en las que se observan siempre un objetivo común de todos los profesionales de la salud mental, la mejora del bienestar de la persona, siendo en el caso del trabajador social reformulado como la mejora del bienestar social de la persona y la comunidad.

Para concluir este apartado quiero mencionar que la relación del trabajo social con la enfermedad mental viene determinada por una capacidad de actuación marcada no sólo por las características psicobiológicas del sujeto sino también por todas las características sociales de un entorno del que todos formamos parte.

### 3. ATENCIÓN Y CUIDADO DE LA ENFERMEDAD MENTAL

El artículo 43 de la Constitución Española de 1978, “reconoce no sólo el derecho a la promoción de la salud sino que otorga competencias a los poderes públicos para tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”, es decir, mediante este artículo el cuidado de la salud queda bajo tutela del derecho. La existencia de una legislación en materia de salud como el citado artículo de la Constitución Española y la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, supone una protección jurídica y un garante de cuidado por parte del Estado en materia de salud hacía todos los sujetos de derecho en ella recogidos.

Como se ha mencionado anteriormente, cada vez son más las personas con algún tipo de enfermedad mental, datos ofrecidos por la junta de Andalucía desvelan que *“una de cada cuatro personas padece alguna enfermedad mental a lo largo de su vida, unos 450 millones de personas en todo el mundo padecen alguna enfermedad mental o que el 9% de la población española padece en la actualidad una enfermedad mental”*, estos datos ponen de manifiesto no sólo la dimensión del tema a tratar sino la preocupación existente por proporcionar una atención y cuidado a las personas con algún tipo de psicopatología (Recuperado el 17 de junio de 2014, de <http://www.1decada4.es/profmedios/datos/>)

También se ha visto como estas enfermedades no afectan solo a la persona que las tiene sino que de una manera muy directa repercuten en el entorno social, sobretodo en la red primaria, entendiendo como tal los familiares y amigos, por lo que la atención y cuidado a las personas con enfermedad mental es a su vez una atención y cuidado a la red primaria de las mismas.

Esta atención puede ofrecerse tanto desde lo público como desde lo privado, en este apartado se explicará cómo se atienden estas situaciones pero sin perder de vista el objeto de estudio de este trabajo centraré la atención en el tercer sector, es decir, en las asociaciones de salud mental.

Una primera vía de intervención son los **centros de salud primaria**, estos cumplen una función de “puerta de entrada” a los servicios sanitarios públicos, en los cuales el médico realizará un valoración de la persona y cumplirá la función de derivación al

equipo de salud mental (psiquiatra, psicólogo, trabajador social). Una vez se haya producido la derivación y debido a la importancia de establecer una adecuada relación de ayuda entre el profesional y el paciente el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014, determina que el paciente podrá elegir un u otro profesional psiquiátrico.

El aumento de las enfermedades mentales y la actual crisis económica hacen que produzca un incremento de las demandas psiquiátricas desde lo público, “aunque no se dispone de cifras nacionales publicadas de morbilidad psiquiátrica o de prevalencia tratada, la impresión es que el número de consultas psiquiátricas en el sector público está aumentando” Martín, M. Salud, Mente y Sanidad (Recuperado el 17 de junio de 2014, de <http://abcblogs.abc.es/salud-mental/2014/02/21/crisis-economica-y-salud-mental/>)

Otra vía de atención y cuidado de la salud mental es el **mercado**, es decir, mediante él la persona afectada o sus familiares contratan servicios que puedan satisfacer la demanda, como por ejemplo la estancia en centros, contratación de profesionales sanitarios, o la introducción de personas ajenas en el domicilio familiar para una ayuda en el mismo. Esta vía se considera privada ya que depende de los recursos económicos de la persona demandante y no tienen acceso a ella todos los sujetos de derecho, debido entre otros factores a la actual situación socioeconómica, “en el sector privado se aprecia especialmente un mayor número de ausencias injustificadas a la consulta y una disminución de la frecuencia de consulta, que puede sustituirse por una consulta telefónica o incluso por correo electrónico” Martín, M. Salud, Mente y Sanidad (Recuperado el 17 de junio de 2014, de <http://abcblogs.abc.es/salud-mental/2014/02/21/crisis-economica-y-salud-mental/>)

Esta afirmación pone de manifiesto la importancia de una atención sanitaria gratuita, pública y universal para el cuidado y la atención de la salud, sin esta gratuidad no todas las personas podrán acceder a estos servicios. Debemos tener presente que tanto nos situemos en un nivel de atención u en otro la coordinación sociosanitaria será importante no sólo por la demanda de un tipo u otro de recursos, sino también por la necesidad de tratamiento integral.

Si hablamos de atención y cuidado de la salud mental no podemos pasar por alto el año 1986, en ese año la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, dio lugar a una

reforma psiquiátrica mediante la cual la atención a las personas con enfermedad mental dejó de realizarse en los antiguos manicomios y pasó a tratarse fuera de ellos buscando una mejor atención y reducción del estigma hacia las personas con enfermedad mental.

Al hilo de las ideas de José María Sánchez Monge, presidente de FEAFES, podemos decir que con el cierre de los manicomios, en un breve periodo de tiempo la sociedad pudo comprobar que no existían los servicios que diesen respuesta a las buenas intenciones de la Ley, quedando el cuidado y atención de las personas con enfermedad mental en manos de sus familiares, careciendo en muchas ocasiones de recursos y apoyos necesarios.

Ante esta nueva situación muchos familiares de personas con enfermedad mental se vieron desbordados, es ahí donde surge de la nueva necesidad un objetivo común de cuidar la salud de sus familiares y velar por sus derechos, y desde este objetivo cobra fuerza el movimiento asociativo. En palabras de Mar Pérez y Mercedes López, ambas trabajadoras sociales de la Asociación de Personas con Enfermedad Mental, Familiares y Amigos FEAFES Valladolid “EL PUENTE”, “las asociaciones son la voz de las personas que no la tienen, en ellas se lucha por sus derechos y el de sus familiares, teniendo siempre los derechos sociales como marco de referencia”.

“En la actualidad el 84% de las personas con problemas de salud mental conviven con su familia. Esta convivencia diaria supone generalmente muchas dificultades y conflictos; los problemas que surgen son difíciles de solucionar y desbordan a los familiares en su tarea de “cuidadores”. Tanto los enfermos como las familias afectadas necesitan ayuda, información, apoyo y asesoramiento, pero sobre todo necesitan servicios y dispositivos alternativos tanto sanitarios como sociales para una atención integral, demandas y reivindicaciones para conseguir mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y la de sus familias” ( Recuperado el 18 de junio de 2014, de <http://www.feafesandalucia.org/>)

De todo ello podemos observar otra vía en la atención y cuidado de la salud mental, esta vía, viene recogida por el tercer sector, más concretamente por las **asociaciones**, siendo el asociacionismo un derecho constitucional de los ciudadanos/as españoles/as, recogido en el artículo 22 de la Constitución Española de 1978, regulado por la LEY ORGÁNICA 1/2002, de 22 de marzo. Las asociaciones se encuentran dentro de lo que

en la actualidad se conoce como tercer sector, y aunque carece de una definición consensuada, puede entenderse como un tercer nivel de atención, siendo el primero el Estado y el segundo el mercado.

Aunque no existe una definición consensuada, sí que existen funciones características del mismo, “el tercer sector tiene cuatro funciones, pero no todas las organizaciones tienen que cumplir las cuatro, prestación de servicios, participación política, innovación y vanguardia y construcción de capital social” (Izquierda y Prieto, 2013)

Una de las principales diferencias entre las asociaciones y las otras vías de atención, que como ya hemos mencionado son los centros de salud primaria y el mercado, es la participación política, aunque esta representación política no siempre es lo reivindicativa que debería debido a las dependencias de las entidades del tercer sector con la administración pública.

En cuanto a la creación de capital social, las asociaciones como veremos después cumplen su función mediante programas en los que se involucran a las familias, buscando no sólo la adquisición de conocimientos sobre la enfermedad mental sino la creación de una red de apoyo. En nuestra sociedad, estudios realizados por Ariño demuestran que “La familia es, pues, un valor prácticamente absoluto para el conjunto de la población que obtiene el doble de importancia que las asociaciones (4,92) y cerca del triple que la política (3,46)” (Ariño, A. 2007:61).

Como hemos mencionado para la población española la familia adquiere una valoración importante, por ello los familiares de personas con enfermedad mental, buscan tanto para las personas con enfermedad como para ellos las mejores repuestas ante las demandas emergentes, eligiendo para ello las asociaciones frente a la política por motivos de confianza.

Antes de pasar al análisis completo de una asociación y la metodología de intervención de los trabajadores sociales en ellas, las cuales se realizarán en el siguiente punto, quiero destacar unos datos cuantitativos sobre las asociaciones de salud mental tanto en España como en Castilla y León.

Para hablar de las asociaciones de personas con enfermedad mental en España es imprescindible hablar de “FEAFES que es la Confederación Española que agrupa, desde

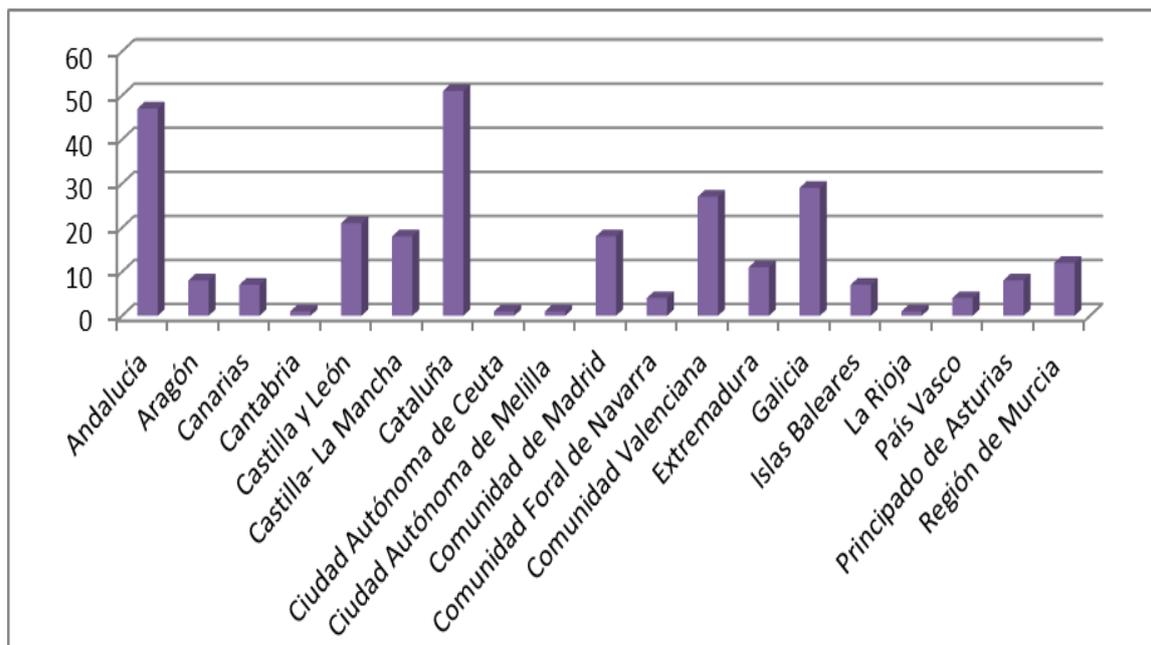
1983, a las federaciones y asociaciones de personas con enfermedad mental y a sus familiares de todo el territorio nacional” (Recuperado el 17 de junio de 2014 de <http://www.feafes.com>).

Aunque existen asociaciones de personas con enfermedad mental no pertenecientes a FEAFES, como he mencionado resulta imprescindible hablar de la confederación ya que “agrupa a más de 39.844 familias de todo el Estado Español” (Recuperado el 17 de junio de 2014 de [http://www.afesasturias.org/info\\_general.html](http://www.afesasturias.org/info_general.html)). Para el siguiente análisis he elaborado una tabla con los datos de FEAFES en la que podemos observar el número de delegaciones existentes en cada Comunidad Autónoma, o Ciudades Autónomas en los casos de Ceuta y Melilla. Los datos cuantitativos que a continuación se presentan serán analizados para un mejor conocimiento del tema a tratar desde una dimensión nacional.

Trabajo social y salud mental. Intervención desde el Tercer Sector.

<b>COMUNIDAD/ CIUDAD AUTÓNOMA</b>	<b>DELEGACIONES</b>	<b>COMUNIDAD/ CIUDAD AUTÓNOMA</b>	<b>ASOCIACIONES DELEGACIONES</b>
Andalucía	47	Comunidad Foral de Navarra	4
Aragón	8	Comunidad Valenciana	27
Canarias	7	Extremadura	11
Cantabria	1	Galicia	29
Castilla y León	21	Islas Baleares	7
Castilla- La Mancha	18	La Rioja	1
Cataluña	51	País Vasco	4
Ciudad Autónoma de Ceuta	1	Principado de Asturias	8
Ciudad Autónoma de Melilla	1	Región de Murcia	12
Comunidad de Madrid	18	<b>TOTAL: 276</b>	

(Tabla 1, elaboración propia, a partir de datos FEAFES)



(Gráfico 1, de elaboración propia, a partir de datos FEAFES).

Del análisis reflejado tanto en la tabla como en el gráfico podemos observar que desde un criterio geográfico, existe una distribución irregular de asociaciones FEAFES, es decir, existen Comunidades Autónomas (CC.AA) con un nivel muy superior de asociacionismo frente a otras.

El mayor número de asociaciones FEAFES se encuentra en Cataluña (51), seguido de Andalucía (47), entre las cuales albergan más de un tercio del asociacionismo FEAFES de España (35,5%). Si al asociacionismo existente en Cataluña y Andalucía le sumamos el de Valencia y Galicia, obtenemos como dato relevante, que más de la mitad del asociacionismo del país (55, 79%), se encuentra albergado entre 4 de las 19 CC.AA, (entendiendo aquí como CCAA a Ceuta y Melilla, aunque sean Ciudades Autónomas).

Es importante destacar que como se observa en el gráfico 1, el asociacionismo FEAFES en Cataluña y Andalucía es muy superior al del resto de España, distando casi 18 asociaciones hasta la siguiente, que es Galicia, siendo un claro reflejo de la desigualdad asociativa en las distintas CCAA.

Por el contrario y como dato que refuerza la conclusión de una distribución irregular de asociaciones FEAFES desde un criterio geográfico, encontramos que el asociacionismo FEAFES entre las cuatro CC.AA (Cantabria, La Rioja, Navarra y Canarias), no alcanza el 8%.

Estableciendo como media estadística 14,5, para nuestro estudio 15 delegaciones por CC.AA, encontramos que 12 de ellas no alcanzan la media citada, mientras que sólo 7 lo superan.

Para entender mejor este dato voy a establecer como criterio de insuficiente (menos de 15 asociaciones), suficiente (entre 15 y 20 asociaciones) y óptimo (más de 20 asociaciones), siguiendo este criterio encontramos como destacable que de entre las 7 CC.AA que superan la media estadística, Madrid, pese a ser la capital del Estado y una de las CCAA más pobladas de España no alcanza un nivel óptimo, existiendo en ella el mismo número de asociaciones FEAFES que en Castilla- La Mancha.

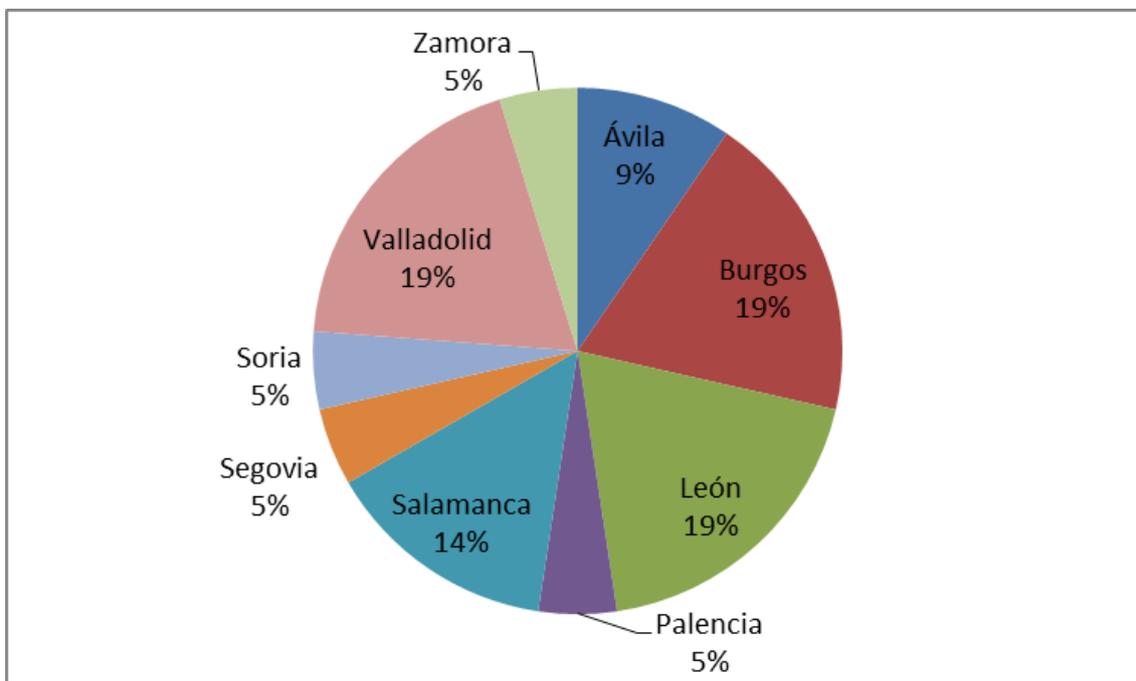
Como conclusión final del análisis realizado quiero destacar que las asociaciones son una vía de atención y cuidado de la salud mental, pero esta atención no puede prestarse con la misma calidad en unas CC.AA que en otras debido en parte, al desarrollo o la insuficiencia de las mismas.

Para concretar este apartado y dar paso al estudio completo de una asociación y la metodología de intervención de los trabajadores sociales en ella, analizaré en la siguiente página, desde una perspectiva más detallada la situación en el asociacionismo de salud mental FEAFES en Castilla y León.

Trabajo social y salud mental. Intervención desde el Tercer Sector.

CC.AA	Provincias	Delegaciones
Castilla y León	Ávila	2
	Burgos	4
	León	4
	Palencia	1
	Salamanca	3
	Segovia	1
	Soria	1
	Valladolid	4
	Zamora	1

(Tabla 1, elaboración propia, a partir de datos FEFAES)



(Gráfico2, de elaboración propia, a partir de datos FEAFES).

Del análisis de los datos anteriormente presentados es importante destacar que el asociacionismo FEAFES, en Castilla y León se encuentra no sólo por encima de la media estadística (21), siendo la quinta CC.AA con más asociacionismo en salud mental, sino que todas las provincias pertenecientes tienen representación lo que favorece la atención a un mayor número de personas. Que el servicio sea cercano a la población facilita el acceso al mismo, por lo que se realizará una mayor y mejor atención.

En el análisis de la CC.AA se puede observar como entre un tercio de las provincias castellano leonesas (Burgos, León y Valladolid) alberga más de la mitad del asociacionismo de la comunidad (57%), frente al (20%) total de las cuatro provincias con menor representación (Segovia, Soria, Palencia y Zamora).

En Castilla y León se observa como la dimensión geográfica de la provincia se adecua a una mayor representación de asociaciones, dándose una mayor representación en las provincias del norte, junto con Valladolid, a excepción de Palencia.

Como ejemplo de una distribución geográfica provincial adecuada a la satisfacción de las necesidades de un mayor número de personas se encuentra Valladolid, la cual presenta delegación en pueblos como Tudela de Duero, Medina de Rioseco o Medina del Campo, facilitando a un mayor número de personas el acceso a la asociación.

## **4. ASOCIACIÓN DE SALUD MENTAL “EL PUENTE”**

### **4.1 ESTUDIO DE LA ASOCIACIÓN Y DE LOS PROGRAMAS**

Las asociaciones de salud mental son una de las grandes vías de atención y cuidado de salud mental en nuestro país. Esta parte del trabajo consistirá en el análisis de una asociación de salud mental, desde las áreas de intervención hasta los programas que se desarrollan en la misma. Explicaré todos los programas que se desarrollan en la asociación, mencionando en cuáles de ellos está presente la figura del trabajador social. El motivo por el que se explicarán todos hace referencia a la necesidad de intervención integral de la salud mental, es decir a un abordaje desde diferentes áreas de intervención.

En el año 1991 nace la Asociación de Personas con Enfermedad Mental, Familiares y Amigos FEAFES Valladolid “EL PUENTE”, esta asociación surge con dos objetivos principales:

El primer objetivo, lo podemos ubicar desde una intervención social macro, el cual consiste en una reivindicación ante la Administración de la ley de la reforma psiquiátrica. El segundo objetivo tiene su actuación desde la asociación en la defensa activa de los derechos fundamentales de las personas que tienen enfermedad mental.

En la actualidad la asociación se ubica, en el barrio Girón de Valladolid, en la Calle Tajahierro 2, debido a unas instalaciones cedidas en el año 1997 por el ayuntamiento. En un primer momento desde la asociación sólo se trabajaba con las personas con enfermedad mental, no fue hasta dos años más tarde cuando se comenzó a incluir a las familias, trabajando con ellas aspectos fundamentales como la formación consiguiendo el establecimiento y la creación de un grupo para fomentar la red de apoyo incrementando así el bienestar de las personas participantes.

La asociación cuenta con una estructura arquitectónica adaptada a posibles discapacidades físicas de los usuarios, favoreciendo así la integración social y la accesibilidad en el caso de presentarse asociada en la misma persona enfermedad mental y discapacidad física.

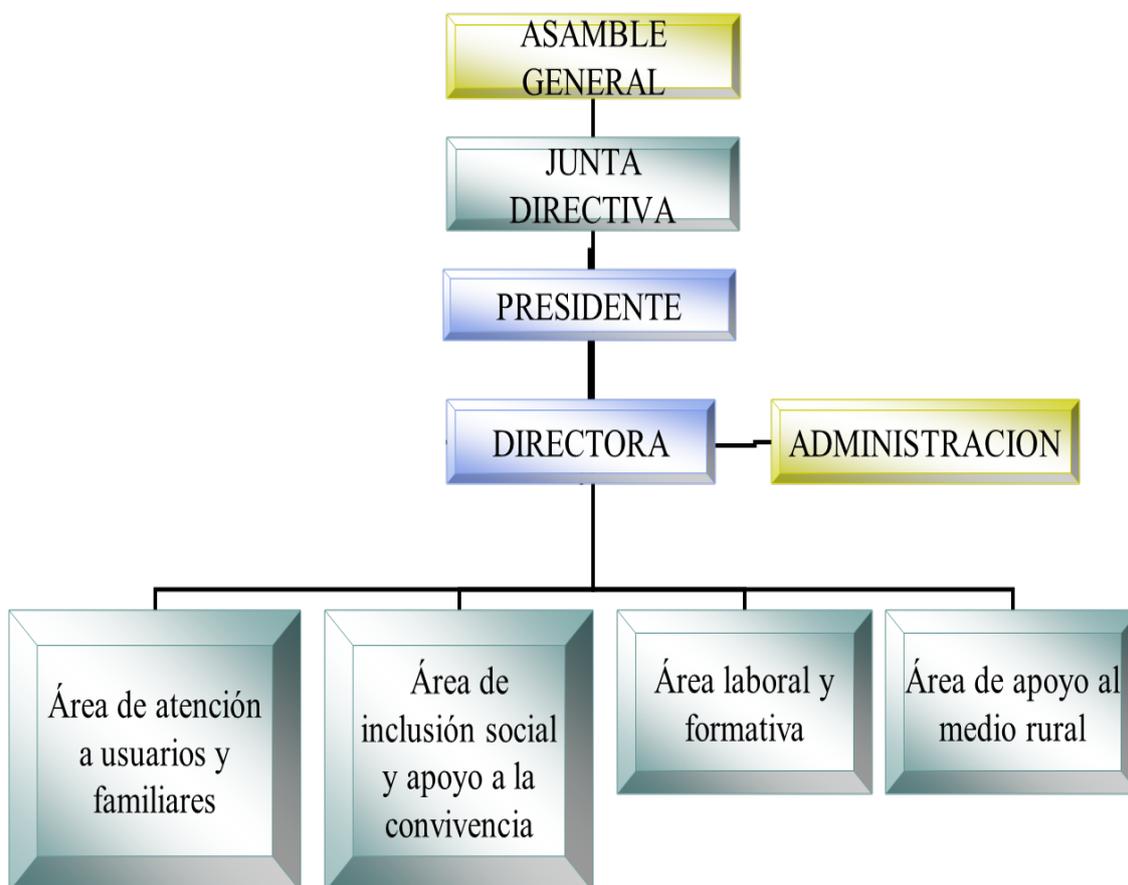
## Trabajo social y salud mental. Intervención desde el Tercer Sector.

Este centro cuenta con dos plantas, en la primera se encuentran los talleres ocupacionales, el centro de integración social (CIS), el área encargada de vivienda y el despacho de la trabajadora social, favoreciendo el acceso a la información a todas las personas.

En estos momentos y con la finalidad de garantizar siempre al máximo el bienestar de los usuarios/as que acuden a la asociación, esta estructura está siendo modificada, creando en la parte superior los despachos, a excepción del despacho de la trabajadora social, que se quedará en la planta baja para facilitar la accesibilidad todas las personas ya que cumple entre otras, funciones como información, valoración, asesoramiento y derivación, ya mencionadas anteriormente. El motivo por el que se están ubicando los despachos en la segunda planta es garantizar aún más la privacidad dado que existe menos tránsito de gente. El único despacho que se mantendrá en la primera planta es el de la trabajadora social, en el cual todos los datos están perfectamente protegidos, respetando la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En la segunda planta, en la actualidad se encuentra el área de dirección, el área de empleo y una sala de usos múltiples, pero esta ubicación está siendo reformada como se ha explicado con la finalidad de un mejor aprovechamiento del espacio y una mejora en la garantía de la confidencialidad, respetando siempre y velando por el cumplimiento de la citada ley.

Como se puede observar en el organigrama presentado a continuación, la asociación se compone de cuatro áreas de intervención.



Una de las áreas de intervención y considerada como la vía de acceso a la asociación es el **área de atención y apoyo a usuarios y familiares**.

Esta área es responsabilidad de la trabajadora social del centro, está compuesta por diversos recursos, como el punto informativo. Mediante este recurso se ofrece información tanto de la asociación como de recursos propios o ajenos en pro al bienestar de las personas demandantes. Se realiza tanto desde el despacho en la asociación, como en los pueblos de Rueda, Tudela y Medina del Campo. Es en este punto donde la trabajadora social cumple la función de información, función explicada con anterioridad.

El siguiente recurso, también responsabilidad de la trabajadora social, y ubicado en la misma área de intervención es el SADEM, estas siglas hacen referencia a Servicio de ayuda a domicilio enfermedad mental, cuando la ayuda en el domicilio se realiza a personas sin enfermedad mental, el recurso es denominado SAD. Mediante el SADEM se pretende que las personas puedan continuar en sus hogares con sus redes primarias,

evitando la institucionalización innecesaria y trabajando la recuperación desde una implicación activa tanto del sujeto, como de sus redes primarias y comunitarias.

El servicio de ayuda a domicilio es un servicio recogido en el artículo 19 de la Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de servicios sociales de Castilla y León, el cumplimiento de este derecho recogido en la citada ley y su materialización en la práctica desde la asociación, garantiza la igualdad de derechos de las personas con enfermedad mental y a su vez favorece el acercamiento a la consecución del bienestar social como objetivo de la profesión.

La familia es considerada desde los estudios sociales como una red primaria de apoyo, un sustento de ayuda y vínculos emocionales en el que el individuo se desarrolla y en el que las personas adquieren no sólo conocimientos sino competencias, capacidades, habilidades que serán básicas en la vida diaria. La convivencia no siempre resulta sencilla, el tiempo compartido, los distintos intereses que pueden surgir, las diferentes personalidades de los miembros de la misma...hacen que las relaciones familiares no siempre resulten fáciles. Cuando a estas circunstancias le añadimos el componente de la enfermedad mental, en el cual la familia no sabe cómo dar respuesta a ciertos comportamientos, las relaciones familiares pueden resultar muy deterioradas, por eso y en este marco queda justificado el programa de formación y apoyo a familias.

El objetivo de este programa es dotar a las familias tanto de los conocimientos como de las habilidades necesarias para mejorar la convivencia con una persona con enfermedad mental. Esta es una de las funciones más características del trabajador social en la intervención con el colectivo de salud mental. Es un programa con una finalidad empoderadora hacia los miembros de la familia, pero no debemos olvidar también esta función empoderadora hacia las personas que tienen la enfermedad, los sujetos centrales de la intervención social, por ello el programa anteriormente explicado se ve reforzado por un programa de autoayuda para personas con enfermedad mental.

Mediante este programa se pretende que las personas que tienen una enfermedad mental adquieran conocimientos de autocuidado y mejora de sus condiciones de vida, para ello, desde la asociación el puente, se trabaja desde tres subprogramas. La participación en estos programas es decidida por la propia persona, siendo esta

autoayuda trabajada desde dos niveles para una consecución de unos resultados más globales e integradores.

El programa de rehabilitación cognitiva, consiste en actividades que no solo se basan en el mantenimiento de las capacidades de la persona, es decir, en evitar un empeoramiento sino que persiguen una finalidad de mejora de la situación. Se realizan actividades como creación de relatos, realización de fichas..., este programa a su vez está complementado con el de habilidades sociales consistentes en técnicas que buscan favorecer la integración social tanto en grupos como en la comunidad, además de una mejora en la convivencia con familiares y amigos/as.

Mejorando las relaciones familiares y las habilidades sociales aún quedan factores por intervenir para conseguir una intervención integral. En muchas ocasiones para todas las personas, conocer que más personas están viviendo lo mismo que ellas, que no están solas, puede ayudarles no sólo a sentirse comprendidos, sino a sentirse integrados, por ello otro recurso que desde la asociación se trabaja es el grupo de apoyo psicológico. Estos grupos resultan muy beneficiosos para las personas que forman parte de ellos, su principal aportación es compartir vivencias con otras personas en situaciones similares a las del sujeto partícipe. Su éxito está basado en el sentimiento de comprensión de la persona. Al igual que los otros dos programas se fomenta la creación de red por parte del grupo.

Todos estos programas son necesarios para ayudar no sólo a la persona con enfermedad mental sino también a su entorno más cercano, familia y amigos, pero no podemos olvidar que las personas viven en sociedad, en una sociedad que puede ser un factor de riesgo o preventivo y curativo si conoce el método de serlo. Para ello desde el programa de sensibilización comunitaria se persigue una reducción de los prejuicios que las personas con enfermedad mental sufren en la sociedad actual. Se lleva a cabo mediante campañas de sensibilización destinadas a distintos grupos de población. (ANEXOS)

Como queda latente en el organigrama, la atención a la salud no se realiza solo desde área de atención y apoyo a usuarios y familiares. Las personas son realidades biopsicosociales en las que convergen diferentes líneas y dimensiones de su vida por lo que no podrían ser atendidas todas en su globalidad desde una sola área de intervención.

Teniendo siempre presente que la persona no es un sujeto aislado, sino que interacciona en sociedad, desde el **área de inclusión social y apoyo a la convivencia**, se llevan a cabo programas que tienen como objetivo común mejorar la salud de la persona mediante la interacción con la sociedad.

Esta interacción puede ser trabajada tanto desde aspectos formales como informales incluyendo en ello el tiempo de ocio. Un programa que recoge todo ello es el a Centro de Inserción Social (CIS), ubicado dentro del espacio físico de la asociación y en él que se realizan múltiples actividades, desde talleres de radio, vacaciones, cocina... todas ellas con finalidades variadas desde el empoderamiento, la mejora de autoestima, el fomento de relaciones sociales, pero teniendo en común que buscan un acercamiento hacia una vida normalizada. Estas actividades son de naturaleza muy diferente con la finalidad de satisfacer las necesidades e intereses de todas las personas fomentando la participación.

La inclusión social no es un momento, no es una situación aislada, sino que es un proceso continuo y progresivo, por eso trabajar con las personas solo la inclusión social desde aspectos lúdicos o laborales no sería ofrecer una atención integral. La convivencia en el hogar, el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, son necesarias para la inserción social desde una perspectiva integral. Para ello la asociación cuenta con seis viviendas apoyadas, en las cuales las personas que allí viven y con el apoyo de un educador social y personal voluntario, adquieren no solo hábitos saludables sino también un incremento de la autonomía y una adquisición de competencias para una integración social lo más plena posible. Este recurso está incrementándose debido a la gran demanda existente, siendo un programa con bastante éxito debido no sólo al apoyo ofrecido por el personal sino también a una selección realizada de las personas que participan en el programa eligiendo cada perfil para una vivienda diferente, de esta forma aunque existen objetivos a nivel operativo individuales, desde el trabajo en equipo se pueden plantear objetivos operativos para cada tipo de vivienda.

Mencionar como objetivo la integración social implica prevenir la exclusión social, pero debido al contexto socioeconómico actual, y a los prejuicios y estereotipos que desde la sociedad se atribuyen a las personas con enfermedad mental, la exclusión social en el colectivo es una situación en auge. Por ello desde la asociación, el programa de

exclusión social, realiza actividades de atención a personas sin hogar y búsqueda de recursos que satisfagan las necesidades emergentes, entendiendo como necesidad básica la alimentación, la asociación trabaja con el banco de alimentos de Valladolid, repartiendo alimentos a familias en la primera semana de cada mes. En los casos que la persona por sus circunstancias no puede acudir a recogerlos, estos son acercados a su domicilio, garantizando el principio de igualdad.

Se dan situaciones en las que personas con enfermedad mental cometen algún delito (esto no es lo común) y la poca existencia de centros psiquiátricos penitenciarios en España hace que estas personas ingresen en una cárcel ordinaria, además las situaciones privativas de libertad conllevan un gran estrés emocional y personas que ingresan sin padecer enfermedad mental la desarrollan dentro, por lo que desde la asociación se lleva un programa en el centro penitenciario de Villanubla, en el que se realizan actividades cuya finalidad es mejorar la salud mental de las personas facilitando la integración social en el momento de la finalización de la pena privativa de libertad.

Este programa es de especial importancia por la cuantía de personas con enfermedad mental, según datos “un 47% de los internos de las prisiones sufren una patología mental” de las personas en esta situación sufren alguna enfermedad mental, entre las que destacan los trastornos de ansiedad y las depresiones.

(FEAFES CyL Salud mental Castilla y León. Recuperado el 30 de marzo de 2014 de <http://www.feafescyl.org/noticias/2014/37.htm>)

Desde la asociación se tienen en cuenta las distintas áreas de intervención que puedan ser beneficiosas en la rehabilitación de la salud mental de las personas, desde el **área de formación e inserción laboral**, se trabaja el empleo debido a que es un área importante en la vida de cualquier persona. Gracias al empleo nos relacionamos y podemos llevar a cabo parte de nuestro proyecto vital. En el caso de las personas con enfermedad mental sucede lo mismo añadiendo que la inserción laboral de las personas con enfermedad mental en trabajos socialmente considerados como normalizados, favorece la lucha contra el estigma. Desde la asociación se potencia la inserción laboral mediante la realización de los itinerarios individualizados de inserción laboral. La individualización de los itinerarios consigue adaptar la necesidad al recurso.

Desde ésta área se trabajan diferentes subprogramas, los cuales son necesarios para la concesión de una inserción laboral. Uno de ellos es la preparación para el empleo, en el cual se ofrece una formación específica y adaptada a las personas que van a realizar la búsqueda de empleo con el objetivo de incrementar las posibilidades de inserción en el mercado laboral. Debemos tener en cuenta que mejorar el perfil de empleabilidad es un proceso y que es necesario un tiempo para que se produzca. En el intento de ayudar a las personas a conseguir un empleo existe el programa de intermediación laboral, en el cual el orientador laboral cumple unas funciones de información a las personas sobre posibles puestos de trabajo, empresas contratantes o entidades que puedan facilitar el proceso, en esta función la persona encargada de la intermediación es un nexo entre las empresas y la persona usuaria. En el objetivo de conseguir la inserción laboral se encuentra el programa incorpora, un programa cuyos destinatarios son personas con discapacidad o enfermedad mental, personas que por sus circunstancias o características sean sujetos vulnerables en la integración social.

Hasta este momento hemos hablado de programas que buscan la inserción laboral, pero una vez conseguida esta inserción no siempre puede realizarse, en un primer momento, en lo que se conoce como un trabajo ordinario. Para ello existe el empleo con apoyo, en este tipo de empleo la persona cuenta con todos los apoyos que por sus circunstancias o características sean necesarias para llevar a cabo el empleo, pero no sólo existe este programa sino que también cuenta con centro ocupacional ubicado en la asociación, son cuatro talleres ocupacionales (artesanía, cerámica ,ebanistería y jardinería), está destinado a personas con dificultad para lograr una inserción laboral en un breve periodo, cada taller es dirigido por un monitor/a diferente y todos ellos dependen del área de empleo.

Para facilitar una atención a un mayor número de personas y acercar los servicios a una mayor población, existe el **área de apoyo en el medio rural**. Al igual que el área de atención y apoyo a usuarios y familiares, es responsabilidad de la trabajadora social del centro. Desde esta área se gestionan los talleres prelaborales pertenecientes a la diputación de Valladolid y que tienen su delegación en los pueblos de Medina del Campo, Rueda y Tudela, siendo coordinados por la trabajadora social, en cada uno de ellos hay dos monitoras responsables del programa.

En esta área se llevan a cabo funciones similares a las mencionadas en áreas anteriores como, habilidades sociales, SADEM, o intermediación laboral entre otras.

#### **4.2 PASOS BÁSICOS EN LA INTERVENCIÓN CON PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL.**

Como ha sido explicado a lo largo del trabajo, la enfermedad mental es un amplio campo no sólo por la variedad de trastornos existentes, sino también por la cuantía de la gente que vive con alguna enfermedad mental. A la variedad mencionada tanto psicopatológica como numérica de personas debemos sumar las características socio-familiares condicionantes en todo proceso de intervención social. Todo ello hace que en muchas ocasiones en las intervenciones sociales no se siga un protocolo rígido de actuación, como puede suceder con otros colectivos, sino que la intervención social viene marcada en parte por el contexto y la persona con la que intervenimos.

Antes de pasar a numerar unos pasos básicos en la intervención con personas con enfermedad mental, he considerado que debido a la complejidad que presenta el proceso de intervención social, la mejor forma de explicar estos pasos debe realizarse desde el análisis de una situación. Analizando la situación podremos observar no sólo cómo se interviene, sino los pasos básicos a tener en cuenta.

Los datos del caso que a continuación se va a relatar han sido modificados u omitidos para garantizar la confidencialidad de las personas afectadas, respetando así su derecho a la intimidad y cumpliendo en todo momento la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Una persona acude a una asociación de personas y familiares de personas con enfermedad mental, preguntando por el trabajador social. Una vez reunido con este la persona nos relata la siguiente situación:

Es una persona viuda hace cinco años con una hija joven la cual no ha salido de casa desde la muerte del padre. Al principio la relación con el padre no era mala, y atendía a las visitas que llegaban al domicilio.

Desde hace dos años la situación ha empeorado tanto con la madre como con el resto de las personas ya que no acepta que nadie entre en la casa. La madre relata que las discusiones en casa son constantes, que la hija tiene muchos escrúpulos con todo, no se viste con ropa que haya sido tocada por la madre, evita en todo momento el contacto físico tanto con ella como con cualquier persona y sólo se alimenta con cubertería de plástico desechable y alimentos enlatados y cerrados porque cree que la madre le intenta envenenar tanto por vía oral como cutánea.

Nos comunica que la hija hace años estuvo en tratamiento psiquiátrico pero que ya no acude porque dice no estar enferma y no quiere ni acudir al médico ni al psicólogo.

Para establecer unos pasos básicos de actuación es necesario explicar la metodología en la intervención del caso, de esta forma se cumplirán los siguientes objetivos:

- Conocer la actuación del trabajador social en el colectivo de la salud mental.
- Visualizar los pasos básicos en la intervención social con personas con enfermedad mental.
- Extrapolar los pasos generales básicos válidos a cualquier intervención social en salud mental, generando conocimiento para futuras intervenciones.

La primera fase de intervención consiste en una **aproximación a un primer contacto**.

Para realizar cualquier intervención social, el primer paso es establecer un contacto. En nuestro caso este paso es uno de los más complicados ya que la persona no muestra interés por relacionarse con nadie. Respetando el principio de la autodeterminación y estableciendo nuestra intervención siempre desde la ética, no podemos ni obligaríamos nunca a una persona a atendernos, por lo que decidimos que debemos establecer una vía en la cual la persona conozca de nuestra existencia sin establecer un contacto físico con nosotros, por lo menos al principio ya que no quiere.

En esta primera reunión la madre comenta que considera que la intervención es mejor que la realice alguien de una edad próxima a la de su hija, ya que aunque no quiere relacionarse con nadie, cree que habrá más posibilidades de conseguir un primer contacto visual. En ese caso la persona con la edad más próxima a la de la hija soy yo, por lo que la profesional del caso (mi tutora de las prácticas), recomienda que dicha

intervención la realice yo, con la supervisión de ella y poniéndose a mi disposición para cualquier necesidad que yo tuviese.

Como ya he mencionado la persona no quiere que nadie acuda a su casa, ni tiene conciencia de enfermedad por lo que acudir a su casa además de conllevar una falta de ética, al no respetar el principio de autodeterminación, haría perder la intervención. Debido a ello, tengo una reunión con la trabajadora social y entre los dos establecemos que la mejor forma de que esta persona vaya tomando conciencia de mi es mediante una llamada telefónica de la madre hacia mí.

La llamada la realizará la madre, en su casa y con su hija presente, en esta llamada me explicará que necesitan comprar ropa, pero que también necesitan que se la lleven a casa y estableceremos un día para llevar la ropa. Analizamos el cómo puede explicar a su hija la forma en la que ella ha conseguido el número, planteándonos un dilema, por un lado sin mencionar en un primer momento la asociación porque esto puede hacer que lo rechace ya que no tiene conciencia de enfermedad, pero también sin mentir ya que una mentira no es ética y por otro lado si se descubre se perdería la confianza para intervenir con la persona. La madre nos comunica que no nos preocupemos por eso, que la persona quiere ya mismo la ropa pero que el único requisito es que no sea tocada por ella, por lo que cree que su hija no vaya a hacer ninguna pregunta. Le insistimos en que si le pregunta no mienta, que diga que ha conseguido el teléfono en esta asociación y que nos ha explicado que necesitan que les lleven ropa a casa, es muy importante no hacer nada que ponga en peligro la futura confianza que necesitamos para trabajar con la persona.

La llamada se realiza, concretamos ropa que hay que comprar y fecha para la entrega.

Lo importante de este paso en el proceso de intervención es que la persona tome conciencia de que existimos aunque no exista un primer contacto físico.

En el campo de la salud mental, suele ser habitual la falta de conciencia de la enfermedad y en otros muchos casos aunque exista conciencia de ella, conseguir que las personas acudan a una asociación resulta complicado debido a factores como el estigma social que las persona con enfermedad mental tienen, por lo que establecer un primer contacto puede resultar un proceso más largo que en la intervención social con otros colectivos.

El siguiente paso es establecer un primer contacto, nos referimos a **primer contacto** a la primera vez que la persona usuaria y el profesional mantienen una interacción directa, en el caso que se está tratando este primer contacto fue en persona, pero en otras ocasiones se puede producir por otras vías como la telefónica.

En el proceso de intervención social todos los pasos son importantes en el colectivo de salud mental, el primer contacto es decisivo debido a que en muchas ocasiones puede ser la única oportunidad, el único momento en el que veamos a la persona por lo que habrá que cuidar todos los factores que puedan condicionar este encuentro.

Debemos tener especial cuidado con la comunicación, no sólo tenemos que tener claro el qué queremos transmitir sino también el cómo lo vamos a transmitir.

En el primer encuentro es la única oportunidad para intentar conseguir un segundo encuentro que encaminará nuestra intervención y no hará que se limite a una actuación puntual

Como en cualquiera de los pasos es importante respetar el espacio y el tiempo de las personas pero debemos aprovechar este primer encuentro para en la medida de lo posible provocar un segundo encuentro, por lo que es necesario que la persona sepa como localizarnos si le fuese necesario.

En el estudio de caso, el día que había sido concretado para llevar la ropa, la madre salió unas horas antes de casa, avisando a la hija que llegaría la ropa y que si la quería tenía que abrir la puerta cuando llamasen. Facilitando de esta forma un encuentro directo con la persona.

Al acudir al domicilio cuando la persona abre la puerta, se debe saludar y realizar una presentación en la que por lo menos se mencione el nombre teniendo en cuenta aspectos relevantes de la misma, como puede ser en este caso evitar el contacto físico que pudiera incomodar a la persona. En este caso se entregó la ropa, pero en otro es el momento para realizar el acuerdo al que se ha llegado con anterioridad. Para tener el segundo encuentro, debemos asegurarnos que la persona sepa como localizarnos si necesita algo, en este caso y a modo de ejemplo podemos decir que se entregó a la persona una tarjeta con un número de móvil, en nuestro caso la persona aceptó esta tarjeta.

En el caso que relatamos la ropa es la herramienta empleada para conseguir un segundo encuentro, por ello se entregó poca intentando que la persona tuviese una necesidad que fuera demandada en el menor tiempo posible.

Para que la intervención sea adecuada no debemos olvidar **respetar el ritmo**. Respetar el ritmo más que un paso es una constante a mantener en cualquier proceso de intervención social. El motivo por el que considero que al establecer unos pasos básicos de actuación este debe situarse después del primer contacto, se debe a que entre el primer y el segundo contacto y dependiendo la persona puede pasar un periodo u otro de tiempo. Precipitar un segundo encuentro antes de que la persona lo demande puede resultar perjudicial para la intervención y perder todo lo que se ha conseguido. Debemos ser conscientes que las situaciones que se nos plantean no pueden ser atendidas en su totalidad en un solo día y que el usuario es quien marca el ritmo, ya que nuestra profesión trabaja con la persona.

En una cuarta fase se debe **crear confianza para establecer una relación de ayuda**.

Cuando se produce el segundo encuentro, como ya se ha mencionado puede haber pasado mucho tiempo entre el primero y el segundo por lo que es aconsejable revisar el caso antes de intervenir ya que ciertas características o detalles del caso pueden pasar desapercibidos y empobrecer la calidad de un segundo encuentro.

En este encuentro, el cual, en unas ocasiones está fijado por el profesional o en otras como es el caso que estamos tratando lo marca la persona, es importante que entre el profesional y el usuario se vaya formando un vínculo profesional, una relación de ayuda basada en la confianza.

Este vínculo no es fácil de crear, pero sin él no puede existir intervención social, si la persona con la que trabajamos no confía en el profesional no dejará que este la ayude.

Este proceso puede tener una u otra duración dependiendo de varios factores como la capacidad del profesional para crear el vínculo o la predisposición de la persona a querer crearlo.

En el caso que estamos tratando, la persona ha demandado ropa en más ocasiones y en cada una de esas ocasiones ha ido permitiendo una mayor comunicación, los avances pueden parecer lentos, pero lo importante es que sean progresivos como está

sucedendo. En cada encuentro podemos observar que se va creando un vínculo profesional que nos permite continuar con la relación de ayuda y el plan de intervención.

Es importante destacar que nunca se puede basar una relación de ayuda en una mentira porque esto dañaría la confianza y se podría perder la intervención, lo que sí se puede hacer es dosificar y controlar como se va transmitiendo esta información, no sólo es importante el qué transmitimos, sino el cómo y el cuándo lo hacemos, añadiendo información relevante pero en la forma y el modo preciso.

En el momento oportuno se habló de la asociación, del trabajo que allí se realizaba. Hay que vigilar mucho como se transmite este tipo de información, en gran parte la reacción de la persona dependerá del modo en que hayamos transmitido esa información.

Los siguientes pasos a seguir en una intervención social con una persona con enfermedad mental, se pueden formular en base a objetivos.

De los siguientes pasos planteados en esta intervención, no podemos conocer el tiempo que se tardará en alcanzarlos, pero estos pasos son válidos para cualquier caso de intervención social con personas pertenecientes a este colectivo.

Uno de los principales retos a los que nos enfrentamos en salud mental es **conseguir una constancia en la intervención**. En muchas de las ocasiones tanto los familiares como las personas con enfermedad mental demandan atención en los momentos críticos, situaciones alarmantes o una sensación de malestar, pero en el momento en que esto mejora se retira tal petición o se abandona el proceso de intervención, por lo que el mantenimiento de una constante en la relación resulta especialmente complicado.

En nuestro caso se han ido produciendo más encuentros, por lo que se está manteniendo la constancia en la intervención.

La constante en la intervención es importante pero no podemos perder de vista que la persona debe ser consciente de su enfermedad, **tomar conciencia de la enfermedad** asumir una enfermedad no es un proceso fácil, en algunas ocasiones puede llevar cierto tiempo, pero cuando esto se refiere a una enfermedad mental, tomar conciencia de enfermedad es aún más complicado por varios motivos como:

- Las enfermedades mentales no son visibles como sí lo pueden ser algunas físicas.
- El estigma social que las personas con una enfermedad mental sufre en la sociedad dificulta este reconocimiento.
- Por el contrario, algunas enfermedades mentales, no son percibidas socialmente como enfermedades.
- Ciertas fases o características de algunas enfermedades mentales como el trastorno bipolar en la fase maníaca no son percibidas con un sentimiento de malestar por la persona que las padece lo que dificulta la conciencia de enfermedad.

La mencionada complejidad de casos dificulta la conciencia de enfermedad por parte de muchas personas con enfermedad mental.

En el caso analizado, la persona aún no tiene conciencia de enfermedad por lo que en la intervención de momento no nos podemos plantear una adhesión al tratamiento. Esta parte del proceso de intervención puede resultar muy duradera en el tiempo o incluso no llegar nunca, existiendo casos de personas con enfermedad mental sin conciencia de enfermedad.

Una vez tomada conciencia de enfermedad es importante conseguir una **adhesión al tratamiento integral**

Las personas somos realidades biopsicosociales por lo tanto al referirnos al tratamiento integral, hacemos referencia a un tratamiento que abarca tanto aspectos biológicos (farmacología), psicológicos (psicoterapias) y sociales (contexto socio-familiar).

El papel del/a trabajador/a social es fundamental en el proceso de adhesión al tratamiento, porque es el perfil profesional más cercano a la persona y una de las personas que más tiempo estará con el/la usuario/a.

Haciendo referencia a la definición de trabajo social de la FITS, “el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno”, es decir, el/la trabajador /a social es el nexo de unión entre la persona y toda su realidad contextual. Con otras palabras podemos decir que el trabajo social llega donde no

llegan otras disciplinas, trabaja con las personas, es acompañamiento, es apoyo, es ayuda, es referencia pero sobretodo es humano, trabaja con las personas.

El tratamiento social en las enfermedades mentales es de especial importancia, no sólo hay que trabajar con la persona sino con el contexto. Un contexto saludable e integrador es fundamental para un tratamiento adecuado. Sin la intervención con la persona en su contexto nunca se podrá llegar a un tratamiento eficaz, no debemos olvidar que el contexto condiciona, por ello debemos tenerlo presente en las intervenciones.

Como trabajadores sociales debemos resaltar y dar a conocer la importancia de un tratamiento integral, la importancia del entorno, del contexto en el que la persona desarrolla su proyecto de vida, es importante concienciar que hay que trabajar desde los tres niveles, y es importante que la sociedad tome conciencia de ello porque todos/as somos o deberíamos ser parte activa en el tratamiento global.

Para finalizar no debemos olvidar la importancia de **evaluar las situaciones**, los éxitos en la intervención, los fracasos nos ayuda a cometer menos errores. Esta evaluación no debe realizarse solo al final de la intervención sino que es importante llevarla a cabo durante el proceso. Desde la Asociación de Personas con Enfermedad Mental, Familiares y Amigos FEAFES Valladolid “EL PUENTE”, se considera importante incluir la evaluación en cualquier protocolo existente porque mediante ella podremos realizar intervenciones sociales de máximos. Mediante la evaluación tomamos conciencia de que aspectos debemos mejorar y cuáles debemos mantener.

El motivo por el que la evaluación se recoge entre los pasos básicos es porque aunque los profesionales evaluemos, es importante evaluar con la persona con quien trabajamos ya que desde el trabajo social fomentamos la autonomía, y empoderamiento de las personas, ellas son el principal pilar en la intervención, por lo que ellas deben evaluar también el proceso.

A lo largo del proceso de intervención social el trabajador social es una de las profesiones básicas, pero la coordinación con otros profesionales como educadores sociales, maestros, médicos... será fundamental si queremos conseguir unos resultados integrales.

## 5. CONCLUSIONES

La realización del trabajo “Trabajo social y salud mental, intervención desde el Tercer Sector” me ha llevado a las siguientes conclusiones.

Para comenzar quiero destacar que no se puede entender la enfermedad mental sólo cómo la ausencia de salud mental, es decir, en ella hay que tener en cuenta otros factores condicionantes como son la familia y el entorno social, siendo la profesión de trabajo social la mejor capacitada dentro de las intervinientes en salud mental para abordar el tratamiento desde las dimensiones macro y micro. Destacando que la no intervención social repercutirá de manera directa en la persona afectada pero también en su entorno.

Durante el presente trabajo, y como acabo de mencionar, queda latente la importancia de trabajar con la persona y con su entorno, siendo el trabajo social, más concretamente desde la intervención desde el tercer sector una profesión que abarca esa doble vertiente de intervención.

Es relevante destacar entre las funciones del trabajador social, desde las entidades del tercer sector, la importancia tanto de la orientación y educación de la opinión pública, como de toma de conciencia de las necesidades sociales, necesarias para la reducción de prejuicios y estereotipos asociados al colectivo y favoreciendo así la integración social.

Al igual que sucede con las profesiones sanitarias, cuando hablamos de trabajo social y salud mental, podemos hacer referencia tanto a la prevención como a la rehabilitación.

Como consecuencia de la desinstitutionalización producida por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, se produce un incremento del número de asociaciones de personas con enfermedad mental.

La población española atribuye a la familia un gran valor siendo las asociaciones la vía de atención elegida para la atención y cuidado de la enfermedad mental, por encima de la política como consecuencia de una mayor confianza en el tercer sector.

El tercer sector cobra una especial importancia en la atención y cuidado de la enfermedad mental, ya que facilita el acceso a un mayor número de personas que en el

caso del comercio, produciéndose una disminución de la atención a la salud mental desde lo privado.

El asociacionismo FEAFES agrupa a casi 39.900 familias en todo el territorio nacional lo que manifiesta la confianza de la sociedad en el tercer sector y la necesidad de servicios gratuitos de atención y cuidado de las enfermedades mentales que faciliten la universalidad y la justicia social.

Desde el tercer sector el trabajo social desarrolla diversas funciones entre las que se encuentra la participación política en pro de los derechos sociales, pero no todas las Comunidades Autónomas presentan el mismo nivel de desarrollo asociativo lo que repercutirá en el cuidado y la atención que los sujetos de derecho reciban, siendo distinto en cada Comunidad Autónoma.

La Comunidad Autónoma de Castilla y León es la quinta en el territorio español con un mayor desarrollo asociativo FEAFES, existiendo asociaciones en todas las provincias y un mayor número de ellas en las provincias con mayor población.

La asociación de Personas con Enfermedad Mental, Familiares y Amigos FEAFES Valladolid “EL PUENTE” ofrece una atención desde distintas áreas ofreciendo así una mayor cobertura de las necesidades emergentes.

La atención detallada desde diferentes áreas como la intervención en la vivienda hacen que la proximidad del trabajador social con las personas usuarias le lleven a conocer muy bien las necesidades subyacentes, ya que como hemos mencionado no siempre existe una concordancia entre necesidad y demanda.

En las asociaciones el trabajador social es en muchas ocasiones es el nexo de unión entre la persona y sus familiares con la asociación debido a las funciones de información, orientación, valoración y asesoramiento.

En mis conclusiones me quiero sumar a la idea de Antonio Ariño, en la que al igual que él coincido en la dificultad que plantea este trabajo en el punto de análisis del movimiento asociativo dentro del tercer sector debido a que aunque el tercer sector ha sido muy estudiado, los resultados de las investigaciones no son fáciles de comparar ya que el propio objeto de estudio no tiene una definición consensuada. Esto da lugar a que en ciertas ocasiones algunas funciones no estén bien delimitadas en cuanto al perfil

profesional que debería atenderlas, siendo este un factor diferenciador entre la intervención del trabajador social desde el tercer sector en comparación con otras vías de atención y cuidado.

Para finalizar me gustaría decir que considero que el trabajo social es una profesión de mucha importancia no sólo porque trabaja con personas, y ellas con lo más importante que existe, sino porque lucha por la igualdad real y efectiva, lucha porque todas las personas tengan sus necesidades básicas cubiertas facilitándose esta cobertura desde las funciones ofrecidas por el tercer sector.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ariño, A., Llopis, R., Castelló, R., Gadea, E y Albert, M. (2007): *Asociacionismo y voluntariado en España*. Tirant Lo Blanch, Valencia.

Cabanyes, J y Monge, M.: *La salud mental y sus cuidados*. Universidad de Navarra, Pamplona.

De Lorenzo, R y López, A. (2012): *Trabajo Social, Tercer Sector e Intervención Social*. Universitas, Madrid.

Gómez, C y Zapata, R. (2000): *Psiquiatría y Salud Mental en Trabajo Social*. Eunate, Navarra.

Gutiérrez, A. (2013): *Trabajo social orígenes y desarrollo*. Ediciones Académicas, Madrid.

Izquieta, J.L. (2011): *Voluntariado y Tercer Sector. Cultura, participación cívica y organizaciones solidarias*. Tecnos, Madrid.

Junta de Castilla y León (2009): Protocolo de atención a personas con enfermedad mental. Salamanca: Comisión de coordinación Sociosanitaria del Área de Salud de Salamanca.

Martín, M. Salud, Mente y Sanidad (Recuperado el 17 de junio de 2014, de <http://abcblogs.abc.es/salud-mental/2014/02/21/crisis-economica-y-salud-mental/>)

Vanesa, A. y Elisa, M. (2010): Trabajo Social y Salud Mental: La intervención profesional en los Centros Infanto Juveniles en la Provincia de Mendoza.

Disponible en: <http://www.fcp.uncu.edu.ar/upload/laura-elisa-luna.pdf>.  
(Consultado: 17 de junio 2014)

Páginas web.

<http://feafes.org/>

(Consultado: 19 de junio 2014)

<http://feafes.org/category/red-feafes/asociaciones/andalucia/>

(Consultado: 19 de junio 2014)

<http://feafes.org/category/red-feafes/asociaciones/aragon/>

(Consultado: 19 de junio 2014)

<http://feafes.org/category/red-feafes/asociaciones/canarias/>

(Consultado: 19 de junio 2014)

<http://feafes.org/category/red-feafes/asociaciones/cantabria/>

(Consultado: 19 de junio 2014)

<http://feafes.org/category/red-feafes/asociaciones/castilla-y-leon/>

(Consultado: 20 de junio 2014)

<http://feafes.org/category/red-feafes/asociaciones/castilla-la-mancha/>

(Consultado: 20 de junio 2014)

<http://feafes.org/category/red-feafes/asociaciones/cataluna-catalunya/>

(Consultado: 20 de junio 2014)

<http://feafes.org/category/red-feafes/asociaciones/ciudad-autonoma-de-ceuta/>

(Consultado: 17 de junio 2014)

<http://feafes.org/category/red-feafes/asociaciones/ciudad-autonoma-de-melilla/>

(Consultado: 21 de junio 2014)

<http://feafes.org/category/red-feafes/asociaciones/comunidad-de-madrid/>

(Consultado: 21 de junio 2014)

<http://feafes.org/category/red-feafes/asociaciones/comunidad-foral-de-navarra/>

(Consultado: 21 de junio 2014)

<http://feafes.org/category/red-feafes/asociaciones/comunidad-valenciana-comunitat-valenciana/>

(Consultado: 21 de junio 2014)

<http://feafes.org/category/red-feafes/asociaciones/extremadura/>

(Consultado: 21 de junio 2014)

<http://feafes.org/category/red-feafes/asociaciones/galicia/>

(Consultado: 21 de junio 2014)

<http://feafes.org/category/red-feafes/asociaciones/islas-baleares-illes-balears/>

(Consultado: 21 de junio 2014)

<http://feafes.org/category/red-feafes/asociaciones/la-rioja/>

(Consultado: 21 de junio 2014)

<http://feafes.org/category/red-feafes/asociaciones/pais-vasco-euskadi/>

(Consultado: 17 de junio 2014)

<http://feafes.org/category/red-feafes/asociaciones/principado-de-asturias/>

(Consultado: 17 de junio 2014)

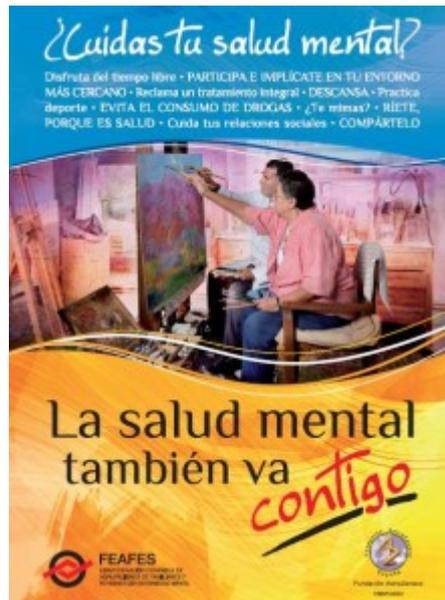
<http://feafes.org/category/red-feafes/asociaciones/region-de-murcia/>

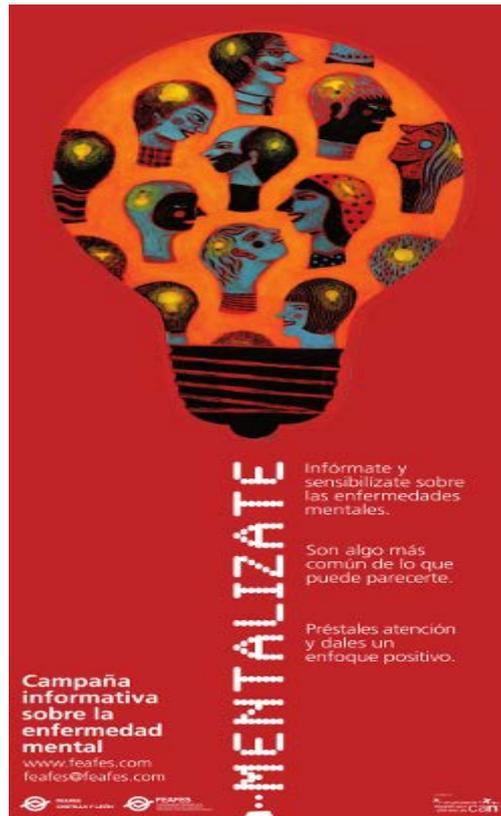
(Consultado: 21 de junio 2014)

## 7. ANEXOS

Diversas campañas publicadas de sensibilización y conocimiento de la enfermedad mental.

### ✚ Campañas de sensibilización sobre salud mental. (Imágenes)





#### ✚ Campañas de sensibilización (vídeos).

[https://www.youtube.com/watch?v=QOMT61f\\_Rfs](https://www.youtube.com/watch?v=QOMT61f_Rfs)

(Vídeo Los rostros de la enfermedad mental, parte 1)

<https://www.youtube.com/watch?v=xjUQky-Wmzc>

(Vídeo Los rostros de la enfermedad mental, parte 2)

#### ✚ Documental

<https://www.youtube.com/watch?v=dePu4dY5wKk>