

Saioa Martínez Casarejo

“El Trabajo Social en Psiquiatría”

TFG/*GBL* 2014

Grado en Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado

El Trabajo Social en Psiquiatría

Saioa Martínez Casarejo

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
GIZA ETA GIZARTE ZIENTZIEN FAKULTATEA

**UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA
NAFARROAKO UNIBERTSITATE PUBLIKOA**

Estudiante / Ikaslea

Saioa Martínez Casarejo

Título / Izenburua

Trabajo Social en Psiquiatria

Grado / Gradu

Grado en Trabajo Social

Centro / Ikastegia

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales / Giza eta Gizarte Zientzien
Fakultatea

Universidad Pública de Navarra / Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Director-a / Zuzendaria

Jose Maria URIBE OYARBIDE

Departamento / Saila

Trabajo Social

Curso académico / Ikasturte akademikoa

2013/2014

Semestre / Seihilekoa

Primavera / Udaberrik

RESUMEN

Este proyecto se realiza porque se plantea la necesidad de explicar cómo es el Trabajo Social en el ámbito de la Salud Mental.

El Trabajo social en general, es una profesión que la población desconoce y simplifica mucho ya que se entiende como lo que fue en su día: la asistencia social.

Por eso, entre otras cosas se plantea este proyecto que pretende explicar de dónde viene el trabajo Social y por qué, tanto en general como en Salud mental y sobretodo con este proyecto lo que se pretende, es explicar la brecha latente en la actualidad sobre qué es lo que se hace, como es el día a día en el ámbito de psiquiatría y como ésta labor debiera ser.

Se basa sobre todo en como la labor se ha limitado a labores de gestión y como se deja al margen, los principios de esta profesión, el trabajo con las personas y varios aspectos que parece que como profesionales, hemos olvidado.

Palabras Clave: Reforma psiquiátrica; Salud mental; Trastorno Mental Grave; Trabajo Social; Investigación.

ABSTRACT

This project was designed by the need of explaining how the Social Work profession is developed in the mental health sector.

In general, Social Work is an unknown profession and it is widely believed as social care.

This is why, among other things, this project pretends to explain where and why Social Work is coming from, both in general and in Mental care. With this project, we pretend to explain the latent gap between what is being done, how is the day-to-day in the Psychiatry field and how this task should really be carried out.

It is based specially, in how this task has been limited to administrative work and how the principles of this profession have been left out, the work with people and some other aspects that as professionals seem to be forgotten.

Keywords: Psychiatric Reform; Mental Health; Severe mental disorder; Social Work; Investigation.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
MARCO TEÓRICO	11
1. EL TRABAJO SOCIAL Y LA SALUD : UNA RELACIÓN HISTÓRICA	11
1.1. Aproximación desde el Trabajo Social en salud	11
1.2. Repercusión e importancia actual del Trabajo Social en el SNS	14
1.3. Relaciones entre Trabajo Social y Salud Mental : Perspectiva histórica	16
2. TRABAJO SOCIAL Y SALUD MENTAL	21
2.1. Reforma Psiquiátrica en España	21
2.1.1. El modelo	21
2.1.2. Los inicios	23
2.3.1. Logros y errores	24
2.3.2. Futuro	25
2.2. Reforma Psiquiátrica en Navarra	26
2.2.1. Periodo hasta siglo XX	26
2.2.2. Hospital Psiquiátrico	27
2.2.3. Primer Plan de Salud Mental de Navarra	28
2.2.4. Resumen de las actuaciones y medidas legislativas	31
2.2.5. Claros y oscuros de la Reforma Psiquiátrica en Navarra	32

3. CUANDO, COMO Y POR QUÉ APARECE EL TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL	34
3.1. ¿Cuándo y por qué?	34
3.2. Definiendo la labor: “Qué se esperaba de nosotros como profesionales”	37
TRABAJO DE CAMPO	41
1. METODOLOGÍA	41
1.1. Introducción a los métodos cualitativos	41
1.2. Investigación cualitativa	43
1.2.1. La entrevista	43
1.2.2. La observación participante	43
2. TRABAJO EMPÍRICO	44
2.1. Análisis de la entrevista y de la observación participante	45
3. CONCLUSIONES DEL TRABAJO EMPÍRICO	50
3.1. Cómo es el Trabajo Social: Reflexiones desde la propia experiencia	50
3.1.1. EL Trabajo Social con personas con TMG	51
3.2. Como debiera ser: La teoría de la profesión	54
3.2.1. El Trabajo Social con personas con TMG	54
3.2.2. Metodología sobre las consecuencias del TMG	55
3.3. El futuro del Trabajo Social en Salud Mental	58
CONCLUSIONES GENERALES	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

ANEXOS	70
A. Guía de organización del servicio de Trabajo Social en Atención Especializada	70
B. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Abril 1985	70
C. Ley 14/1986 de 25 de Abril, General de Sanidad	70
D. Metodología Cualitativa: Entrevista	74

INTRODUCCIÓN

Soy Saioa Martínez, estudiante de cuarto del grado de Trabajo Social. El tema escogido para la realización del TFG es “El trabajo Social en Psiquiatría”.

En primer lugar, decir que escogí este tema porque a partir de mi experiencia en el campo, me he ido dando cuenta de que hay una brecha importante entre como es el trabajo social en este ámbito y como éste debiera ser. Y es por esto por lo que realizo este proyecto. La brecha de la que hablo, para mí es un tema a tratar importante porque considero que los trabajadores sociales ya no somos lo que éramos.

Lo que pretendo, no es hacer una crítica a la labor, ni mucho menos pretendo que esto se generalice porque no en todos los recursos psiquiátricos la práctica de esta labor se lleva a cabo de la misma manera.

Lo que me gustaría es invitar a la reflexión a todo aquel que acceda a este documento. Lo que me gustaría es que todos los que lean este documento reflexionen sobre su labor y despierten ese sentimiento de lucha del que tanto me han hablado estos cuatro años y esa pasión que tanto mis compañeros como yo, sentimos por la profesión.

Tras esta aclaración inicial, decir que el cuerpo del trabajo está respaldado por un marco teórico que va de lo más general a lo más concreto que es la labor del Trabajo Social. Al principio explico qué relación tiene el Trabajo Social con la salud y en concreto con la salud mental. A continuación de esto, hablo de la reforma psiquiátrica en España y en Navarra, para que se entienda de donde sale nuestra labor, cuando y de qué manera.

Y por último, para finalizar el marco teórico explico eso de lo que tanto nos han hablado estos años que hemos pasado tanto mis compañeros como yo en la universidad, y es el tema de qué se esperaba de nosotros como trabajadores sociales cuando aparecimos en el ámbito psiquiátrico.

El cuerpo del proyecto es el trabajo empírico, es decir, qué he investigado, como lo he hecho y las conclusiones que extraigo de todo esto.

En este punto tan importante, que es la base de este proyecto, hago una introducción a la metodología utilizada, un análisis exhaustivo sobre lo extraído y unas conclusiones que son el centro de este trabajo. Unas conclusiones en las que basándome en mi experiencia y en los datos recabados a partir de la metodología, recogen de forma sintetizada, como está siendo el Trabajo Social en estas instituciones y como éste debiera ser bajo mi parecer y basándome en documentación oficial.

Por último el proyecto se cierra con unas conclusiones generales acerca de cómo ha resultado ser el trabajo en general, las dificultades si las ha habido a la hora de hacerlo y un apartado de opinión personal sobre todo esto.

Por último decir que al final he metido unos anexos que son imprescindibles porque sin ellos, el proyecto no tendría sentido y porque son parte de la documentación en la que se basa todo esto.

I.MARCO TEORICO

1. EL TRABAJO SOCIAL Y LA SALUD: UNA RELACIÓN HISTÓRICA

“Es mucho más importante saber qué clase de paciente tiene una enfermedad, que saber qué clase de enfermedad tiene un paciente”

(Gil Martorell .2012, p.75)

El Trabajo Social nació vinculado a la ciencia médica y se remonta a finales del siglo XIX, manteniendo desde entonces una estrecha relación con ella. Desde un principio, el Trabajo Social Sanitario se caracterizó por facilitar una asistencia directa basándose en el contacto personal, en la comprensión y el soporte emocional de las personas que pasaban por un proceso de enfermedad y a sus familiares, mediante un trabajo de ayuda para la reubicación de sus circunstancias personales y familiares debido a los cambios sufridos, consecuencia de la enfermedad o la muerte.

En resumen, el Trabajo Social se basaba en el apoyo emocional y en la reinserción del sujeto en la sociedad una vez pasada la enfermedad.

En España, igual que en otros muchos países, fue un médico, el Doctor Roviralta, quien impulsó la creación de la primera escuela de Trabajo Social, en Barcelona en el año 1932. Internacionalmente el primer servicio de Trabajo Social hospitalario se creó en 1903 en el Massachussets General Hospital de Boston.

En la década de los 50, aparecen los Servicios de Asistencia Social en los hospitales y poco después se inician los esfuerzos del colectivo profesional para constituir las primeras Asociaciones Profesionales de Asistentes Sociales, que desembocarían, años más tarde, en los Colegios Profesionales actuales.(Quesada.1995)

Ya el extinto Instituto Nacional de Previsión, en la circular 28/1977, definía cuales eran las funciones de los Trabajadores Sociales en los hospitales.

El desarrollo de la reforma psiquiátrica de 1984 supuso un impulso importante para el Trabajo Social sanitario en los diferentes servicios de Salud Mental, incluyendo a los trabajadores sociales dentro de los equipos multiprofesionales de salud mental, dado los efectos positivos, validados científicamente, que el tratamiento social ejerce sobre estos enfermos y sus familiares.

Por lo que , desde hace casi un siglo, la presencia de graduados en Trabajo Social en equipos multidisciplinares que actúan en el ámbito de la salud, como lo demuestra el hecho de existir dentro de la propia Historia Clínica de los pacientes una Historia Social, en muchos servicios informatizadas e integradas mutuamente.

Como hito histórico fundamental, debemos hacer mención al año 1978, año en que la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la declaración de Alma Ata, adopta un cambio en el concepto de salud y deja de entender ésta como la ausencia de enfermedad, para definirla como el “*bienestar físico, psíquico y social*”. Este hito histórico, que supuso el desarrollo de nuevos paradigmas en la atención a la salud de las personas, supuso no solo acentuar el carácter social de las disciplinas sanitarias, sino también el carácter interdisciplinar de las intervenciones en salud, interdisciplinariedad que incluyó el Trabajo Social como la profesión de referencia para la parte social de esta nueva concepción de la salud. Todos los países asumen esta nueva concepción de la salud y reorganizan sus estructuras y sistemas sanitarios para poder conseguirla y desarrollarla.

Así que gracias a ese cambio conceptual, lo social comenzó a formar parte indispensable del sistema de salud, ya que el foco pasó de la enfermedad en sí (individuo como objeto), al entorno (individuo como sujeto con un entorno, una sociedad, una familia, etc.).

1.1. Aproximación desde el Trabajo Social en Salud

El ámbito de la salud es uno de los campos pioneros del trabajo social, y cuenta con un contingente muy numeroso de profesionales desarrollando su labor en instituciones públicas y privadas, con y sin ánimo de lucro. Desde hace unos años, tanto en España como en el resto de Europa, los Sistemas de Salud se encuentran en una situación de profunda transformación derivada de la presión de factores epidemiológicos, socioculturales, económicos y tecnológicos. Del mismo modo se tiende a un cambio del modelo sanitario de carácter curativo a un modelo de carácter preventivo, en el que la participación comunitaria se configura como un elemento imprescindible para la promoción de la salud. (GUTIÉRREZ Y VÁZQUEZ, 2011)

Esta realidad modifica la práctica de los profesionales e instituciones del sector, urgiéndoles a prepararse para afrontar las necesidades y demandas emergentes de todo ese cambio.

En este contexto, los trabajadores sociales se ven impulsados a innovar su práctica y a rediseñar sus procesos de intervención, mayormente si tenemos en cuenta el desequilibrio progresivo que se está produciendo entre el desarrollo de un modelo sanitario cada vez más complejo y bio-tecnológico y las necesidades y demandas psicosociales de los usuarios y familias clientes de dichos servicios.

La creciente especialización de los servicios de salud a la que estamos asistiendo requiere más que nunca de la intervención de profesionales como los trabajadores sociales. Estos pueden acometer el análisis y abordaje de las situaciones problemáticas originadas por el impacto social de los procesos de salud/enfermedad. Las condiciones de vida, los cambios económico y el tema laboral, entre otros, generan ese impacto.

La contribución de los trabajadores sociales dentro de los equipos y servicios de salud es, si cabe, más necesaria que nunca dadas las repercusiones sociales y culturales que están teniendo factores como el envejecimiento progresivo de la población, la problemática que se deriva de las situaciones de

cronicidad, terminalidad y dependencia, el fenómeno creciente de la inmigración, así como los numerosos dilemas éticos que se plantean en torno a situaciones que tienen que ver con la gestión del cuerpo, de la vida y de la muerte, por citar tan sólo algunos de los más relevantes.

1.2. La repercusión e importancia actual del Trabajo Social sanitario en el Sistema Nacional de Salud

Los trabajadores sociales sanitarios participan activamente con funciones claramente definidas, como ya se han indicado, en Planes, Estrategias, Programas *sanitarios* o que puedan beneficiar la salud y el bienestar de la población. Podemos destacar la Estrategia Nacional de Salud Mental, los distintos planes de salud mental de las Comunidades Autónomas, los planes y estrategias de cuidados paliativos, los planes de mejora de la atención primaria, etc. Los trabajadores sociales sanitarios participan activamente en el desarrollo, implementación y seguimiento de todas estas planificaciones a través de sus equipos de trabajo, sus sociedades científicas y su organización colegial.

Es importante destacar la existencia en el ámbito laboral de manera consolidada del puesto de trabajo de trabajador social, dentro de la normativa laboral del ámbito sanitario, tanto del personal estatutario como laboral o funcionario de la Administración Pública y dentro de los convenios laborales de la sanidad privada. Las instituciones sanitarias generan plazas de trabajador social con carácter claramente asistencial. Así mismo es manifiesta esta inclusión del trabajador social sanitario en los equipos asistenciales dentro de los organigramas, la oferta de servicios, etc. (CGTS, 2000)

Según el Consejo General del Trabajo Social, si la finalidad que se persigue es “dotar al sistema sanitario de un marco legal” que facilite la “integración de los profesionales en el servicio asistencial”, es difícil olvidar que uno de los profesionales tradicionalmente integrado en las estructuras asistenciales de

tipo médico, curativo, asistencial o de cuidados de salud desde sus propios orígenes, es, sin dudar, el trabajador social sanitario.

En conclusión, la atención integral de la salud, enmarcada por la normativa vigente, comprende como una parte integrante del sistema de salud la atención social y el trabajo social como una prestación del SNS. Parece lógico, desde nuestro punto de vista como trabajadores sociales, que tal intervención sea desarrollada por los profesionales capacitados a tal efecto: los especialistas en trabajo social sanitario, ya que la propia estructura de las instituciones sanitarias ya cuenta con estos profesionales dentro de sus correspondientes organigramas.

Las funciones de los trabajadores sociales sanitarios se desarrollan tanto en el ámbito privado como en el público, en estrecha coordinación con las políticas sociales o sanitarias de las administraciones públicas. Se trata de una profesión estrechamente vinculada al servicio público, ya se ejerza por cuenta de la administración en calidad de empleados públicos o a través del sector privado. Junto con las otras profesiones sanitarias el Trabajo Social Sanitario afecta muy sensiblemente los derechos fundamentales de la persona: el derecho a la vida y a la integridad física, el derecho a la intimidad personal y familiar, el derecho a la dignidad humana y el derecho al libre desarrollo de la personalidad. Por lo tanto la inclusión de estos profesionales dentro de las profesiones sanitarias consolida de forma definitiva la atención bio-psico-social de la Sanidad Española. (CGTS, 2000)

Además, por propia experiencia, el hecho de que no se considere a trabajadores sociales sanitarios como profesión sanitaria también dificulta directamente la atención social de los pacientes, ya que en algunos servicios se niega el acceso a la Historia clínica del paciente. Entendiendo la historia clínica como una herramienta que facilita el desarrollo de los planes asistenciales, que el paciente irá necesitando a lo largo de su proceso de enfermedad. Parece claro que los profesionales directamente vinculados necesitarían tener acceso a la Historia clínica del paciente, ya que no es posible realizar un abordaje y un tratamiento social dentro de salud, si no se

tiene acceso al diagnóstico y pronóstico clínico del mismo. Para el equipo responsable de la atención sanitaria (donde ya se encuentran incorporados los trabajadores sociales) es fundamental compartir la información que cada disciplina obtiene de sus correspondientes procesos diagnósticos. La visión integral conlleva el intercambio interdisciplinar y ello garantiza calidad en la toma de decisiones consensuadas desde el citado equipo, con la participación del paciente y su familia, para la realización del tratamiento más adecuado a cada situación particular, solo de esta manera se realiza una verdadera atención integral en salud.

Por ello, se debiera generalizar el acceso a la información entre los profesionales de cualquier institución, para que el equipo sea eficaz y la intervención con el paciente sea correcta, contando todas las disciplinas por igual.

1.3. Las relaciones entre Trabajo Social y Salud Mental desde una perspectiva histórica

Desde sus orígenes el trabajo social se caracterizó como una profesión en permanente búsqueda de referencias teóricas y metodológicas desde otras perspectivas disciplinares que pueden ser interpretadas como un intento de construcción de un arsenal teórico y metodológico que le posibilitara una intervención profesional con base “científica”, para dar respuesta a la diversidad de problemáticas sociales. (Mendoza, 2004; p.3)

El impacto que ello tuvo en la formación profesional fue la consolidación de las tendencias pragmatistas y empiristas, sustentadas en un pensamiento conservador, las cuales ya estaban presentes en las prácticas filantrópicas y caritativas.

El positivismo, una de las corrientes teóricas de las ciencias sociales, puede identificarse como la expresión más clara del pensamiento conservador, al asimilar el método de estudio de las ciencias naturales para la comprensión de los hechos y fenómenos sociales. Esta lógica de pensamiento, al equiparar a la

sociedad con la naturaleza, considera que la sociedad se rige por leyes naturales y que los hombres deben adecuarse y respetarlas para mantener la armonía y el equilibrio de la sociedad.

Este modo de comprender la organización y el movimiento de la sociedad no incluía en el análisis su desarrollo histórico, en términos de procesos sociales y políticos en articulación con el modo de producción económico y, por lo tanto, su implicación en el ordenamiento de las relaciones sociales. (Mendoza, 2004; p.4)

“Tratar los hechos sociales como elementos de la naturaleza y sujetos a leyes, se convierte en reducir la acción humana a una legalidad externa a sí misma, y que por lo tanto da lugar a distinguir entre lo normal y lo patológico (como desvío de las leyes sociales). La desigualdad social se justifica en el carácter organicista de la sociedad, y de este modo es legitimada. La búsqueda de la verdad del conocimiento es objetiva y neutra, negando la existencia de los preconceptos y de la propia visión del mundo del investigador”. (Parra;1999, p.64)

De esta manera, entiendo que las manifestaciones de la cuestión social son consideradas como *problemas sociales*, producto de la falta de adaptación de los sujetos a la sociedad. La organización económica y la estructura social nada tenían que ver entonces, con la existencia de la desigualdad social y sus consecuencias en la clase trabajadora.

En definitiva, estas son las directrices teóricas e ideológicas que fundan el Trabajo Social, que no solo es una forma de conocimiento y comprensión de la sociedad, sino que también aportan y sustentan las producciones teóricas y metodológicas de las diferentes disciplinas profesionales.

Analizando la profesión, los antecedentes del Trabajo Social se remontan a las acciones de beneficencia implementadas en Inglaterra. El aumento de las manifestaciones de la cuestión social, como producto de los procesos de pauperización que desató la Revolución Industrial, demandó una tecnificación

de la ayuda social que brindaban las instituciones privadas ante la ineficacia que presentaban las prácticas caritativas¹.(Parra,1999, p.66)

Pero en el caso de la psiquiatría, de la intervención del Trabajo Social en salud mental, en los inicios, nuestras funciones estaban orientadas a vincular y reinsertar al paciente al medio socio-familiar, en el caso de las actividades intrahospitalarias formando parte de los equipos de atención. El médico psiquiatra era quién decidía la intervención (la decisión de considerar el caso como “social” era un tanto arbitraria y venía unas veces del médico director y otras de algún componente del equipo). (Antón, 2010)

La denominación de caso “social” continúa en vigencia y la definición hace referencia a la existencia de problemas familiares, económicos, etc., que escapan a la intervención médica. Y vuelve necesaria la presencia de un trabajador social para que se encargue de abordar específicamente los problemas considerados sociales que obstaculizan el proceso de recuperación de los pacientes y/o imposibilitan su externalización. Lo social desde esta perspectiva se presenta como un campo específico de intervención del Trabajo Social.

Esta lógica de intervención persistió fuertemente y sin cuestionamientos en nuestro país hasta la década de 1960, etapa histórica constituida por hechos sociales y políticos que marcaron este momento histórico.

En el caso del Trabajo Social, posibilitó la apertura de discusiones y replanteos en torno a la función social asignada desde su surgimiento: responder a los intereses de las clases dominantes paliando e invisibilizando las

¹ “Curiosamente, y no casualmente, fue en Inglaterra, sede de la Revolución Industrial y de las primeras organizaciones proletarias, donde encontramos los antecedentes de la profesión con la creación de la London Charity Society en 1869, caracterizada por ser el primer intento de una sistematización y tecnificación en torno a la intervención asistencial. De algún modo, esta institución sintetizaba la labor desarrollada por los denominados “reformadores sociales”, que desde inicio del siglo XIX, pregonaban una intervención social ante el avance de la “cuestión social” generalmente asociados a motivaciones religiosas (ya sean católicas o protestantes)”. (Parra, 1999:66)

manifestaciones de la cuestión social producto de las contradicciones inherentes al capitalismo. (Mendoza, 2004; rescatado de Alberdi y Matas, 2002)

El movimiento de reconceptualización en el Trabajo Social, hacia mediados de la década de 1960, significó el inicio de un proceso de rupturas y de continuidades en la formación y en la práctica profesional. El proceso de ruptura se tradujo en el cuestionamiento a la práctica profesional, sustentada en concepciones conservadoras y funcionales a un modo de vida basado en la desigualdad social en el cual la disciplina actuaba para paliar las situaciones de conflicto social. (Mendoza, 2004; rescatado de Alberdi y Matas, 2002)

Desde su surgimiento, la intervención del Trabajo Social en el campo de la salud mental, se tornó en una especialización particular de la profesión: el Trabajo Social psiquiátrico. Este posicionamiento posibilitó y demandó para el desarrollo profesional, la utilización de saberes y métodos asociados a la psicología y psiquiatría, de este modo se comienza a *psicologizar* la lectura de las problemáticas sociales y/o a patologizar las relaciones socio-familiares de los sujetos que padecen una enfermedad mental. (Mendoza, 2004)

En cuanto al Trabajo Social psiquiátrico claramente deja estipulado que el objetivo es el de ayudar a los seres humanos para el logro del desarrollo de sus capacidades en un sentido positivo, jugando un papel importantísimo la personalidad del profesional para su alcance, pues la adquisición de habilidades técnicas no es algo que pueda transmitirse a través de la enseñanza, sobre todo si se pone como principio la aceptación del paciente como persona y se acepta al profesional también como persona. Pero esa “ayuda” tiene una dirección: educar y reorganizar la personalidad del enfermo mental y la función del Trabajo Social allí es la de actuar como agente socializador.

Así también es notable como la influencia de diversas corrientes teóricas de la psicología, de la sociología funcionalista y la medicina, particularmente de la psiquiatría, van configurando y estructurando una modalidad de intervención desde el Trabajo Social sustentada en una mirada parcial y ecléctica de lo que se presenta en el campo de la salud mental, desvinculada de las condiciones sociohistóricas y económicas más amplias.

Por lo que, en este punto y en mi opinión, ya se requería de una “especialización” para poder entender los TMG, a las personas que los padecen, las actuaciones posibles, los recursos que precisan, etc.

En síntesis, el intento en la construcción de una metodología y/o la aplicación de técnicas e instrumentos en el Trabajo Social desde el campo de la psicología no solo acentuó una concepción individualista de los conflictos y de los problemas de las personas que padecen trastornos mentales sino que también instauró la construcción de un perfil profesional orientado a lo socio-terapéutico.

2. TRABAJO SOCIAL Y SALUD MENTAL

2.1. Reforma psiquiátrica en España

Este apartado se pregunta por el devenir de la reforma psiquiátrica después de tres décadas de implantación en España. Voy a tratar de explicar el por qué del cambio, que surge a partir de tal cambio, cuáles eran las insuficiencias de este sistema y sobretodo el cambio y las amenazas a la sostenibilidad de éste.

2.1.1. *El Modelo*

La reforma psiquiátrica surge cuando la sociedad quiere otro destino para los enfermos mentales, en especial para los trastornos mentales crónicos e incapacitados.

Algo que promovió el cambio de dicho modelo fue el rechazo al encierro asilar, a los manicomios como tal, a la estigmatización. Se palpaba una necesidad generalizada de nuevos diseños terapéuticos, la creación de recursos más eficaces y solidarios con la población afectada.

Razones técnicas (el fracaso del hospital psiquiátrico como espacio terapéutico) y razones éticas (la devolución de la dignidad, el respeto de los derechos para las personas con trastornos mentales), propician nuevas formas de atención a los TMG² y en especial, a las psicosis. La desinstitucionalización (que comprende la base o el fundamento de esta reforma), va a exigir un modelo centrado en la comunidad y, con urgencia, procedimientos más eficaces para tratar la vieja y nueva cronicidad. (Desviat, 2010)

Va a exigir un cambio de modelo que involucra necesariamente el sistema sanitario y de prestaciones sociales, pues hablar de modelos en salud mental es hablar de modelos sanitarios y por tanto supone referirnos también a modelos de sociedad.

Teniendo en cuenta que la manera cómo una sociedad afronta las desigualdades, la enfermedades y las discapacidades, define el tipo de organización social y su talante moral; define los modos de hacer del Capital,

² TMG: Cuando nos referimos a Trastorno Mental Grave (TMG) nos estamos refiriendo a un conjunto de diagnósticos clínicos que entran en el grupo de las psicosis (fundamentalmente Trastorno Esquizofrénico y Trastorno Bipolar), pero también otros diagnósticos relacionados. (Guía de Práctica Clínica en el SNS)

pero también el tipo de implicación de los ciudadanos en la gestión de lo común, así como el tipo de respuestas técnicas que los profesionales sanitarios consensuan frente a las demandas de las poblaciones.

Factores que si son determinantes en toda la sanidad, lo son mucho más en la psiquiatría por su extrema dependencia de las políticas sociales y por su fragilidad técnica (fácilmente ideologizada) que la hace muy vulnerable ante el poder político y mediático. En psiquiatría, en psicología no hay un consenso técnico ni una demarcación de objeto clara, y el predominio de una forma u otra de entender la organización de la asistencia y la clínica depende más de opciones político económicas que de la verificación técnica de su mayor eficiencia. (Desviat, 1994)

Es este necesario compromiso social lo que va a provocar la fractura que se abrió con la reforma psiquiátrica, fractura que aún recorre todo el cuerpo de la psiquiatría, tanto a nivel teórico como asistencial y clínico. La Reforma desinstitucionalizadora, y el modelo comunitario, allí donde se ha producido, no ha supuesto una mera reordenación y optimización de los servicios de atención. Se ha convertido desde el inicio en un proceso social complejo, que exige reconstruir saberes y técnicas, un proceso técnico-ético que origina nuevas situaciones que producen nuevos sujetos, nuevos sujetos de derecho y nuevos derechos para los sujetos. Un proceso que dinamita las bases conceptuales de una psiquiatría hecha en el adentro de los muros hospitalarios; de una psiquiatría que entroniza el signo médico y considera la enfermedad como un hecho natural, prescindiendo del sujeto y de su experiencia de vida, promoviendo una práctica trabada entre la normalización y la disciplina. Un proceso transformador que va a exigir de sensibilidad política, de la implicación de la comunidad y de un compromiso técnico-ético-político por parte de los profesionales. (Desviat, 1994)

Son estos determinantes, políticos, sociales, técnicos, los obligados a tener en cuenta si queremos analizar tanto el desarrollo, como las posibilidades de sostenibilidad del modelo de atención a la salud mental que se instaura en España, en plena reconstrucción democrática, tras los largos años de la dictadura.

2.1.2. Los Inicios

“Hace 30 años no había Unidades de Agudos, ni Hospitales de Día, la asistencia psiquiátrica no estaba integrada en la SS fuera de los neuropsiquiatras de cupo y había que recurrir a las diputaciones para atender de modo benéficamente encubierto casi siempre, a los pacientes que precisaban internamiento. Había, eso sí, un cierto entusiasmo y una tarea por hacer casi tan política y social como asistencial a la que le dimos en llamar Reforma.” (Lamas, 2004, p.79)

Como en otros lugares, la Reforma Psiquiátrica se hace posible en España cuando coincide una demanda social, la voluntad política y un grupo de técnicos preparados para llevarla a cabo. Una reforma que va a encontrar una serie de condiciones favorables: (Desviat, 2010)

- ✓ Surge en un momento de reconstrucción de la sociedad civil después de 40 años de dictadura y de una Guerra Civil que devastó el panorama intelectual, científico y técnico, y en particular, el psiquiátrico, que había llegado a alcanzar cotas de desarrollo importantes.
- ✓ Se hace en el contexto de la reforma sanitaria (Ley General de Sanidad, 1986, que instituye un Servicio Nacional de Salud, universal y descentralizado en las CCAA) y de las prestaciones sociales.
- ✓ Su inicio tardío va a permitir conocer los errores y problemas de otras reformas comenzadas mucho antes: las dificultades de atender la cronicidad psicótica, los problemas de la nueva cronicidad y la insuficiencia de las técnicas para afrontarla
- ✓ Existencia de núcleos profesionales preparados técnicamente para la reforma con implantación profesional y social

✓ Serie de principios que van a vertebrar desde el inicio la reforma en España:³

- a) La integración de todos los servicios de salud mental en la atención especializada en una red única en cada área sanitaria, en conexión con la atención primaria (puerta de entrada del sistema) y coordinada con servicios locales de atención social.
- b) Un cambio en la organización asistencial que busca desplazar el eje de la atención a los equipos comunitarios: los servicios pasan a denominarse de salud mental en vez de servicio psiquiátrico.
- c) Ampliación estamentaria y democratización de los equipos.
- d) La comunidad es considerada no sólo como usuaria, sino como agente participe en el proceso de planificación-programación y como generadora de recursos que deben aliarse con los específicamente técnicos.
- e) Se asumen criterios de salud pública: el diagnóstico comunitario, la discriminación positiva, el trabajo con poblaciones en riesgo, la continuidad de cuidados, y la consideración de la hospitalización como un momento excepcional del tratamiento.

2.1.3. Logros y Errores

Después de más de dos décadas de desarrollo, no cabe duda de la mejora de la atención psiquiátrica en España. En este tiempo, ha cambiado el modelo asistencial, el número y calidad de los recursos y el imaginario social en la representación que de la enfermedad mental y de los servicios psiquiátricos tiene hoy la población.

³ Cuadernos de Trabajo Social. Vol.23 (2010): 253-263 (Desviat, M (2010))

En cuanto el cumplimiento de objetivos, en primer lugar hay que destacar que el desarrollo de la reforma ha sido desigual, debido a las características del mapa autonómico español y a las propias del subsistema de salud mental (competencias, calendario de transferencias, voluntades políticas regionales, compromiso profesional); y en segundo lugar, hay que señalar la insuficiencia de recursos en la atención a la cronicidad y la precariedad de programas comunitarios (continuidad de cuidados, atención en crisis, preventivos...).

Pero, en mi opinión, y sabiendo que es imprescindible el grado de cobertura, el grado de crecimiento de servicios, las amenazas más importantes para la sostenibilidad de la reforma no se encuentran ahí. Se encuentran en las dificultades que el modelo propuesto ha tenido para ser integrado en la conciencia de la sociedad. Es un ideal difícilmente aplicable.

Entre otras insuficiencias normativas, en su día no se definió a nivel nacional qué era y quienes formaban un hospital de día, o una unidad de rehabilitación, un centro de salud mental o simplemente una estancia hospitalaria, etc.

2.1.4. Futuro

La sostenibilidad del modelo implica su aceptación por parte de la población, cuando entre a formar parte de su propia identidad, porque forme parte activa en la tarea.

Por último, hay palabras como compromiso y responsabilidad, que cimentaron los procesos de cambio social que parecen haber perdido su valor, abandonados los ideales de progreso y solidaridad, entre tanta idiocia política, tanto fraude social e indignidad empresarial y tanto pacto cobarde con la vida. Sin dignidad, como dijera Jean-Paul Sartre, la humanidad se deshumaniza, no entiende del cuerpo y sus afectos, es pura animalidad (Fanon, 1963).

2.2. Reforma Psiquiátrica en Navarra

La historia de la asistencia psiquiátrica en Navarra, en general, ha tenido un desarrollo similar a la del resto del país y de los países de nuestro entorno. A grandes rasgos, en Navarra pueden diferenciarse tres periodos bien delimitados de la asistencia psiquiátrica: el periodo anterior al siglo XX, el periodo del hospital psiquiátrico (1904-1990), y el periodo desde la reforma psiquiátrica y el primer Plan de Salud Mental de Navarra (1986) hasta la actualidad.

2.2.1. Periodo hasta S. XX

A diferencia de algunas otras Comunidades Autónomas (CC.AA.), en Navarra nunca existió una tradición psiquiátrica propia (Aztarain, 2005).

La figura histórica más importante de nuestra comunidad fue Juan Huarte de San Juan⁴ en cuyo ensayo "Examen de ingenios para las ciencias" publicado en el año 1575, propone un modelo de funcionamiento cerebral y cognitivo en el que basa las diferentes capacidades y aptitudes de las personas. Este trabajo, de gran influencia en su época y aún citado en la actualidad, se desligó de las preconcepciones históricas sobre el cerebro y la mente, y aunque actualmente desfasado en muchos de sus contenidos, no lo es su método empírico de estudio, y ciertas observaciones aún siguen siendo válidas. De hecho, actualmente se considera a Huarte el precursor de la moderna neuropsicología cognitiva y de la psicología de las diferencias individuales.

Existen pocos datos sobre la asistencia psiquiátrica en Navarra antes de la creación del Manicomio Vasco-Navarro, y estos apuntan a la existencia de algunas camas para pacientes agudos en el hospital de la Diputación, siendo muchos casos trasladados al manicomio de Zaragoza, sin olvidar que la

⁴Médico y filósofo que nació en Saint Jean Pied de Port en 1529 y murió en 1588 en Baeza (Jaén), ciudad de la que era médico vitalicio desde 1566.

mayoría de pacientes probablemente convivían con sus familias sin apenas asistencia. Esta situación fue la que probablemente motivó al Dr. Nicasio Landa a elaborar la “Memoria para la construcción de un Manicomio Agrícola”⁵ en 1868, que debía servir como base para la construcción de un manicomio para Navarra y que puede considerarse como la primera propuesta de asistencia psiquiátrica en Navarra (Aztarain, 2005).

Este proyecto se basaba tanto en una concepción médica de la enfermedad mental y en las corrientes más modernas en Europa sobre la enfermedad mental y su tratamiento, como en instituciones similares de Europa que el Dr. Landa visitó personalmente.

El proyecto acabó siendo el modelo fundamental para la construcción del Manicomio Vasco-Navarro, también conocido como Hospital Psiquiátrico.

2.2.2. Hospital Psiquiátrico

El Manicomio Vasco-Navarro comenzó a funcionar en 1904 con un modelo asistencial que estaba en consonancia con otros de la época tanto en España como en el resto de Europa. Es de destacar que la entrada en funcionamiento del Hospital Psiquiátrico, coincide con el desarrollo de la psiquiatría como una especialidad de la medicina y con la fundación de la nosología moderna de las enfermedades mentales, tal y como se evidencia en las primeras memorias del centro. (Lizarraga, 1992)

El Hospital Psiquiátrico ha representado el eje sobre el que ha pivotado la asistencia a las personas con enfermedad mental en Navarra durante más de 80 años, la mayor parte del pasado siglo. El hospital llegó a tener hasta 1200 personas ingresadas durante los años 70. (Lizarraga, 1992)

En la mayoría de los países de nuestro entorno, la externalización de las personas con enfermedad mental se inició a finales de los años 50 y principios de los 60 del pasado siglo, coincidiendo con la generalización del uso de los neurolépticos, los primeros tratamientos eficaces para los trastornos psicóticos. Sin embargo, la externalización de las personas con enfermedad mental se

⁵ La “Memoria del Manicomio Agrícola” (1868) del Dr. Landa fue la primera propuesta de asistencia Psiquiátrica en Navarra.

retrasó en Navarra más de una década tras la generalización del uso de los fármacos antipsicóticos, lo que demuestra que el proceso de desinstitucionalización no solo se debió a los avances terapéuticos, sino también a la instauración de políticas sanitarias y sociales (referencia de aparición del Trabajo Social en Salud Mental) acompañantes que dieron soporte a las personas desinstitucionalizadas (Strauss, 1979, p.397-415).

2.2.3. Primer Plan de Salud Mental en Navarra (1986-2010)

En Navarra, antes de la instauración de la reforma psiquiátrica, ya se inició un tímido proceso de desinstitucionalización (descrito anteriormente) de las personas con enfermedad mental mediante la potenciación de las consultas externas en el propio Hospital Psiquiátrico y la creación de un Hospital de Día (Varo, 2011).

Sin embargo, es tras el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica en el año 1985 y la posterior Ley General de Sanidad de 1986 cuando se observa un avance decisivo en la consideración y mejora de la atención de las personas con enfermedad mental.

En el cap. III art. 20.1 de dicha Ley se recogen los puntos principales de dicha reforma:

- a) La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio.
- b) La hospitalización de pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en unidades psiquiátricas de hospitales generales.
- c) Se desarrollarán servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de problemas de las personas con enfermedad mental, buscando la necesaria coordinación

con los servicios sociales.

d) Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, así mismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

e) La sectorización de la asistencia

El nuevo modelo de servicios planteado por dicho informe contemplaba la universalización de la asistencia sanitaria y por tanto, suponía la inclusión de la Salud Mental en el sistema sanitario general. Para ello era esencial la transformación de los Hospitales Psiquiátricos y el desarrollo de toda una red de dispositivos de atención comunitaria. En Navarra, la elaboración del I Plan de Salud Mental (1986) siguió en lo fundamental el modelo avanzado por el Informe Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985) y desarrolla lo establecido por la Ley General de Sanidad de 1986.⁶

El modelo asistencial desarrollado por el I Plan de Salud Mental se caracteriza por la existencia de una Red Pública de Salud Mental única, constituida por estructuras y servicios diversificados, integrada en el sistema socio-sanitario general y cuyo centro de gravedad radica en los Centros de Salud Mental (CSM) comunitarios.

Navarra fue una de la primeras CC.AA. en elaborar e implementar un plan integral de salud mental. El desarrollo inicial del Plan puede considerarse modélico en relación a otras CC.AA., tanto por la rapidez de su implementación, como por la asunción del modelo asistencial comunitario.

Sin embargo, el desarrollo de las diferentes áreas que en él se contemplaban ha sido desigual y a veces insuficiente, como es el caso de la prevención y el diagnóstico precoz de los trastornos mentales (Peralta, 2005), y el desarrollo de

⁶ Rescatado del Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra. Documento anexo del TFG.

recursos asistenciales para personas con trastornos mentales graves y persistentes (Abaurrea, 2000, p.95-99).

Procedimientos asistenciales como la atención domiciliaria y en zonas rurales alejadas, así como la intervención en crisis por parte de equipos comunitarios, apenas se desarrollaron o solo lo hicieron de forma puntual en algún equipo. A lo largo de estos años se han incrementado progresivamente los recursos humanos y se han creado numerosos servicios, propios y concertados, algunos de los cuales han funcionado de forma paralela y escasamente integrada con el resto de los dispositivos asistenciales de la Red de Salud Mental de Navarra (RSMNa).

Además, servicios con similares objetivos, recursos y población atendida se han desarrollado de manera muy diferente en términos de niveles de actividad asistencial como de calidad (Peralta, 2005).

Como consecuencia de ello, existe una evidente y progresiva falta de coordinación entre dispositivos y particularmente entre los CSM y el resto de servicios, lo que pone en riesgo tanto la cohesión de la RSMNa como el modelo de asistencia comunitaria, cuyo centro de gravedad debe residir en los CSM.

2.2.4. *Resumen de las actuaciones y medidas legislativas en los primeros años de la Reforma:*

1986	<p>Aprobación por el Gobierno Foral del Plan de Salud Mental Sectorización psiquiátrica Zonificación sanitaria Aprobación del Plan de Alcoholismo y Toxicomanías Creación de la Dirección, Subdirección de Salud Mental y Coordinación del Plan de Alcoholismo y Toxicomanías Apertura de centros de Salud Mental Apertura de la Unidad de Rehabilitación en el Hospital Psiquiátrico</p>
1987	<p>Comisión de Coordinación del PAT Estructuración de funcionales de la Dirección de salud mental Convenio Gobierno de Navarra/Insalud para atención a la salud mental Apertura de unidades diferenciadas en el Hospital Psiquiátrico Apertura de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica en el Hospital de Navarra Puesta en marcha del Centro de Día para Toxicómanos (Elorz) Apertura de la Unidad de Rehabilitación II en el Hospital Psiquiátrico</p>
1988	<p>Programas de formación postgrado para especialistas Comisión de estudio de cuestiones jurídico/asistenciales Coordinación de la red de atención a la salud mental y sus diversos servicios Apertura de 2 pisos protegidos Centro de Día Psiquiátrico Mejoras en remodelación y transformación del Hospital Psiquiátrico</p>
1989	<p>Continuación de actuaciones anteriores Apertura de un piso protegido y un hogar protegido Integración de neuropsiquiatras Estructuración de coordinación funcional</p>
1990	<p>Ordenación de centros y tratamientos con opiáceos Cierre de unidades de Hospital Psiquiátrico Ayudas a drogodependientes para tratamiento en comunidades terapéuticas Ley Foral de Salud Estructura orgánica del Servicio Navarro de Salud Apertura Clínica Psicogeriátrica Traslado de la Unidad de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico a Hospital Virgen del Camino Apertura de 2 pisos y 1 hogar protegidos Apertura de la biblioteca de Salud Mental</p>
1991	<p>Acreditación de centros residenciales de atención a drogodependientes Ordenación de la gestión territorial del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea Acuerdo Dpto. de Salud/Dpto. Trabajo y Bienestar Social sobre transformación de Hospital Psiquiátrico Traslado/apertura de Hospital de Día Iruvide Apertura Centro de Día de Tudela Apertura de 1 piso y 1 hogar protegido</p>

2.2.5. Claros y oscuros de la Reforma Psiquiátrica en Navarra

No pocos de los “oscuros” se venían venir desde los años 90. Existen informes, comunicaciones y reflexiones expresadas de una u otra manera que vienen señalando cambios en la demanda, tanto en cantidad como en cualidad, y al mismo tiempo una fuerte rigidez en la adaptación de los servicios (también en cantidad y cualidad) a los requerimientos. (Espino, 2002, p.39)

Tras el vigoroso y rápido impulso de los primeros años de la reforma, se vivió una ralentización y drástica disminución de las iniciativas y capacidad de progreso. Esto se notó en la planificación de servicios y su adaptación a los requerimientos, en la configuración de los flujos asistenciales, en la dotación de personal y, en las carencias en programas de rehabilitación y otros, destinados a pacientes graves.

Una impresión generalizada es que las demandas planteadas en los diversos servicios de salud mental se adelantaron y se desbordó la capacidad de planificación y respuesta del sistema.

La reforma psiquiátrica tuvo como gran logro y avance la extensión de la asistencia pública a toda la comunidad y supuso un cambio revolucionario en la atención especializada a estos problemas. Pero posteriormente se han producido fenómenos ante los cuales no se ha sabido encontrar soluciones.

Quizá en el fondo debemos situar la inflación de la cultura del bienestar, que ha llevado en nuestro campo a confundir a veces salud mental con felicidad y completo bienestar, y a configurar las demandas con esta utópica fantasía, pretendiendo que los servicios sanitarios/psiquiátricos den repuesta a todos los problemas y repercusiones de los mismos en los pacientes. (Varo, 1996)

Los problemas y malestares sociales se han “sanitarizado” en primer lugar (consulta al médico de familia) y se han “psiquiatrizado” a continuación (derivación al Centro de Salud Mental), al no haberse puesto remedios por otras vías.

Un ejemplo de esta burocratización es la exagerada solicitud de informes (que la mayoría de las veces y por experiencia personal, comprenden un único papel) para todo tipo de situaciones (económicas, judiciales, familiares, etc) de las cuales el único responsable es el facultativo que firma. Además a esta burocratización debería dársele más importancia en el sentido de que debería disminuir, porque nuestra labor es con personas; no con papeles.

Y por último, el personal es el principal instrumento. Es patente que este personal debería cuidarse mucho más de lo que se ha hecho, en cuanto a formación, incentiación, delimitación de funciones y apoyo en general. No esperemos más para evitar el escepticismo y la falta de motivación.

3. CUANDO, COMO Y POR QUÉ APARECE EL TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL

3.1. ¿Cuándo y por qué?

A principios del siglo XX se incorporan los trabajadores sociales a los hospitales psiquiátricos con el objetivo de dar una respuesta socializadora a la cronicidad de los trastornos mentales y a la masificación de los manicomios. A iniciativa de Adolph Meyer⁷, los trabajadores sociales se integraron a partir del año 1904; este autor consideraba que era necesario para el tratamiento de los pacientes una completa información sobre las intervenciones sociales.

De forma gradual, psiquiatras de diferentes instituciones comenzaron a apreciar el valor de los datos sociales y en consecuencia el papel del trabajador social se va reconociendo e incorporando como parte de los Equipos de Salud Mental.

En Barcelona, el Dr. Sarró creó en 1953 la tercera Escuela de Trabajo Social en España dependiente de la Cátedra de Psiquiatría del Hospital Clínico, como influencia de la psiquiatría social y el conocimiento del trabajo de las trabajadoras sociales psiquiátricas de los centros de salud mental americanos. Es en esta Escuela donde se incorpora por primera vez en nuestro entorno en el Currículo profesional del Trabajo Social disciplinas como la Psiquiatría y la Psicología Dinámica, que acortan la distancia entre las líneas básicas de formación con respecto a los demás países occidentales.

Esta influencia que llega a España importada de los EEUU viene acompañada de la idea de «equipo psiquiátrico» y de la necesidad de trabajar con las familias de los enfermos mentales.

Al final de la década de los sesenta la Clínica Tavistock de Londres, con una fuerte influencia de la escuela inglesa de psicoanálisis, fue un importante

⁷ Psiquiatra de origen suizo. Entre sus obras destaca *Collected Papers*, 4 vol. (1950-52) y *Psychobiology* (1957).

referente en la formación de los Trabajadores Sociales (Ureña, A., 2006). Volviendo la mirada a los EEUU, hoy por hoy la salud mental sigue siendo una de las áreas principales de práctica, donde se emplean métodos clínicos de Trabajo Social como la mejor intervención de ayuda.

El desarrollo de la atención psiquiátrica en España ha tenido un desarrollo similar al que se ha producido en la mayoría de los países desarrollados. Tradicionalmente la asistencia psiquiátrica dependía de las Diputaciones Provinciales y no estaba integrada en el régimen de la Seguridad Social. A mediados de la década de los 70, se inicia en Europa el movimiento de la reforma psiquiátrica, que tiene como máximo referente la reforma psiquiátrica italiana, con la apertura de los hospitales psiquiátricos, la externalización de los enfermos ingresados y su inserción y tratamiento en la comunidad.

La evolución del Trabajo Social en Salud Mental, ha estado influenciada por el desarrollo de la asistencia psiquiátrica. La década de los 70 se caracterizó por la precariedad de recursos sociales en todo el país, existiendo una escasa y confusa red de beneficencia-asistencia social, en manos de patronatos, ayuntamientos, diputaciones, algunas dependencias ministeriales y congregaciones religiosas. (Garcés, 1998)

La asistencia psiquiátrica no estaba incluida como prestación sanitaria de la seguridad social y la escasa asistencia dependía de los servicios sanitarios de las diputaciones provinciales.

El sistema psiquiátrico se reducía a una organización manicomial. La figura del Asistente Social era muy ambigua en un principio, pero poco a poco, tanto en el campo sanitario como en el ámbito psiquiátrico se fue desarrollando, y los trabajadores sociales fueron aprendiendo a identificar problemas, a definirlos y proponer actuaciones muy variadas dentro de las líneas de intervención terapéutica. (Garcés, 1998)

En la década de los 80, se produce un gran cambio en la concepción del enfermo mental, pasando a ser una persona sujeto de derechos y obligaciones

que precisa de una intervención técnica, psicológica y social. La Ley General de Sanidad de 1986 y el concepto de salud que la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió como un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad configuran el marco normativo que propició el desarrollo de la reforma psiquiátrica en España, iniciada en 1985 a raíz del informe elaborado por la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.

La aprobación de la Ley General de Sanidad, que estableció la integración de la asistencia psiquiátrica en el sistema sanitario general, el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma psiquiátrica y la descentralización del Estado con la progresiva transferencia de las competencias en materia de sanidad a las Comunidades Autónomas, constituyen el punto de partida y el marco que ha permitido el desarrollo de la atención a la salud mental.

En este momento los objetivos del trabajo social en salud mental empiezan a tener como meta el esfuerzo por el proceso de normalización del paciente a su ámbito social. En la década de los 90, los problemas de la población con enfermedades mentales desbordan el ámbito sanitario-psiquiátrico y se expresan en dimensiones de índole psicosocial y social, caracterizadas por discapacidades y déficits para el funcionamiento psicosocial autónomo y por consecuencias sociales de desventaja social (pobreza, empleo, aislamiento social, rechazo, problemas de alojamiento...), sin olvidar los problemas de tensión y sobrecarga que supone para sus familias. Todos estos aspectos forman parte de la actividad profesional de los trabajadores sociales, de forma que no sólo es necesario atender su problemática psiquiátrica sino también sus diferentes dificultades psicosociales y necesidades sociales, a través de la rehabilitación e integración social normalizada en la comunidad. (Garcés, 1998)

3.2. Definiendo la labor: “Qué se esperaba de nosotros como profesionales”

El término Salud Mental se ha ido imponiendo como alternativo al de Psiquiatría, para subrayar el aspecto de prevención (en el que comenzó a insistir la Organización Mundial de la Salud) y el hecho de que la tarea exige la participación, además de los psiquiatras de otros profesionales, de algunos sectores de la población implicados, de los legisladores y de los políticos. (Guimon, 2008)

La salud mental es parte de la salud integral de las personas y se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y con la capacidad de integración al medio social y cultural. Por tanto, el enfoque de la salud mental es mucho más amplio que el de la enfermedad mental y su tratamiento clínico y el equipo de salud mental trabaja en rehabilitación y reinserción social sin dejar de lado la promoción y prevención de la salud. En la práctica, el trabajador social en salud mental interviene conjuntamente con otros profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales,...) procurando la integración de las diferentes disciplinas (Barg, 2006).

Entonces, ¿Dónde recae la especificidad? ¿Qué es lo que espera el equipo de nosotros como trabajadores sociales? Si partimos de la idea de que una profesión es lo que hacen sus profesionales, hablar de especificidad del trabajo social en salud mental es referirnos a la actividad profesional que propiamente desempeñan estos profesionales en los diferentes dispositivos de salud mental.

Como en otros momentos hemos defendido el Trabajo Social en Salud Mental es fundamentalmente un Trabajo Social Clínico que tiene lugar con una población determinada. Este enfoque ha sido ampliamente desarrollado en la bibliografía y en la práctica del trabajo social, especialmente en los países anglosajones y, aunque no de forma mayoritaria, se realiza en la práctica profesional en nuestro país (Miranda y Garcés, 1998).

En los Servicios de Salud Mental este trabajo se realiza desde múltiples concepciones del proceso terapéutico, por lo que su metodología combina aspectos psicoterapéuticos personales junto con la conexión con otras intervenciones sociales, teniendo en cuenta que es la población con la que trabaja y su psicopatología la que define de forma específica la intervención del Trabajador social en salud mental.

Estamos hablando, por consiguiente, de un Trabajo Social que tiene que ver con la valoración de la interacción entre la experiencia biológica, psicológica y social del individuo, que proporciona una guía para la intervención clínica. Una característica distintiva es el interés del clínico por el contexto social dentro del cual se producen o son modificados los problemas individuales o familiares.

El Trabajo Social Clínico, por consiguiente, puede implicar intervenciones tanto en la situación social como en la situación de la persona (Ituarte, 1982).

Los tres fundamentos principales por los que el Trabajo Social Clínico produce el cambio son:

1. Por medio de la relación interpersonal.
2. Por medio de cambios en la situación social.
3. Por medio de cambios en las relaciones con personas significativas en el espacio vital de los individuos.

Entonces, el punto de partida de nuestra profesión es la interdisciplinariedad.

El ámbito de la Salud Mental es un campo de intervención interdisciplinar, por tanto es un lugar donde concurren diferentes profesionales, diferentes modelos teóricos, diversas formas de mirar una realidad, diferentes instituciones e incluso diferentes ideologías políticas y sociales acerca de cómo ha de ser la atención. Si algo caracteriza el funcionamiento de la Salud Mental es su intervención en equipo; se ha de ofrecer integración, coherencia y articulación ya que, de lo contrario son imposibles actuaciones eficaces y de calidad.

La interdisciplinariedad hace referencia al modelo de trabajo, al método con que se desarrolla y a la forma en que se aplican los conocimientos y las técnicas. Es una puesta en común, una forma de conocimiento, de entender y abordar un fenómeno o problemática determinada (García, 2004).

Los trabajadores sociales en Salud Mental estamos integrados en un equipo interdisciplinario, entendiendo por tal al conjunto de profesionales encarados con un objetivo común, igualados en el momento de hacer sus aportaciones, pero diferenciados en el tipo de información y de intervención que pueden hacer, y capacitados para organizar sus actuaciones de acuerdo con las características y las prioridades del problema. La composición del equipo puede variar según las necesidades de la población que atiende el dispositivo.

El equipo no es un fin en sí mismo, sino es un instrumento que está también en función del nivel y formación de los profesionales que lo forman. En concreto, el trabajador social traslada la vertiente ambiental, relacional, cultural, económica, etc. que se incorpora a lo biológico y a lo psicológico para realizar la valoración global del enfermo y el plan de tratamiento (Díaz, 2002).

Por último, en cuanto a la especificidad del trabajador social dentro del equipo, es importante diferenciar lo que son funciones del trabajador social. Cuando hablamos de funciones, vamos a referirnos a las manifestaciones dispuestas desde la institución. En nuestro caso no es lo más frecuente que la institución que contrata al trabajador social en el ámbito de la salud mental defina las funciones que tiene que desempeñar. Más bien, hemos sido los propios trabajadores sociales los que las hemos ido desarrollando en los diferentes servicios de salud mental, en un intento de definir nuestro espacio profesional.

Dado que las funciones de cada profesional dentro del centro en el que trabaja son definidas por el mismo, aquí cabe destacar una serie de funciones básicas que de alguna manera debiéramos desempeñar todos, al margen del centro en el que nos encontremos:

-Atención directa e individualizada (que requiere asesoramiento, acompañamiento, diagnóstico, observación, orientación, seguimiento, evaluación...)

-Prevención, promoción e inserción (que comprende trabajar con los recursos del entorno de la persona, con su familia, hacer partícipe al sujeto y al entorno...)

-Coordinación (Intra y extra centro)

III. TRABAJO DE CAMPO

1. METODOLOGÍA

El término metodología designa el modo en que enfocamos los problemas y buscamos las respuestas. En las ciencias sociales se aplica a la manera de realizar la investigación. Nuestros supuestos, intereses y propósitos nos llevan a elegir una u otra metodología. Reducidos a sus rasgos esenciales, los debates sobre metodología tratan sobre supuestos y propósitos, sobre teoría y perspectiva.

1.1. Introducción a los métodos cualitativos

La frase metodología cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable. La metodología cualitativa, a semejanza de la metodología cuantitativa, consiste en más que un conjunto de técnicas para recoger datos. Es un modo de encarar el mundo empírico: (Taylor y Bogdan. 1987)

1. La investigación cualitativa es inductiva. Los investigadores desarrollan conceptos, reflexiones y comprensiones partiendo de pautas de los datos, y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidos. En los estudios cualitativos los investigadores siguen un diseño de la investigación flexible. Comienzan sus estudios con interrogantes sólo vagamente formulados.

2. En la metodología cualitativa el investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo. El investigador cualitativo estudia a las personas en el contexto de su pasado y de las situaciones en las que se hallan.

3. Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio. Se ha dicho de ellos que son naturalistas. Es decir que interactúan con los informantes de un modo natural y no intrusivo.

4. Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas. Para la perspectiva fenomenológica y por lo tanto para la investigación cualitativa es esencial experimentar la realidad tal como otros la experimentan. Los investigadores cualitativos se identifican con las personas que estudian para poder comprender cómo ven las cosas.
5. El investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones. El investigador cualitativo ve las cosas como si ellas estuvieran ocurriendo por primera vez. Nada se da por sobrentendido. Todo es un tema de investigación.
6. Para el investigador cualitativo, todas las perspectivas son valiosas. Este investigador no busca "la verdad" o "la moralidad" sino una comprensión detallada de las perspectivas de otras personas. A todas se las ve como a iguales.
7. Los métodos cualitativos son humanistas. Los métodos mediante los cuales estudiamos a las personas necesariamente influyen sobre el modo en que las vemos. Cuando reducimos las palabras y actos de la gente a ecuaciones estadísticas, perdemos de vista el aspecto humano de la vida social. Si estudiamos a las personas cualitativamente, llegamos a conocerlas en lo personal y a experimentar lo que ellas sienten en sus luchas cotidianas en la sociedad.
8. Los investigadores cualitativos dan énfasis a la validez en su investigación. Los métodos cualitativos nos permiten permanecer próximos al mundo empírico. Están destinados a asegurar un estrecho ajuste entre los datos y lo que la gente realmente dice y hace.
9. Para el investigador cualitativo, todos los escenarios y personas son dignos de estudio. Ningún aspecto de la vida social es demasiado frívolo o trivial como para ser estudiado. Todos los escenarios y personas son a la vez similares y únicos.

10. La investigación cualitativa es un arte. Los métodos cualitativos no han sido tan refinados y estandarizados como otros enfoques investigativos. (Taylor y Bogdan. 1987)

1.2. Investigación cualitativa

1.2.1. La entrevista

Es el método cualitativo más idóneo que vi para el objetivo de mi investigación que es saber cómo es y se desarrolla el Trabajo Social en las instituciones psiquiátricas y como éste debiera ser.

Para la entrevista diseñé un grupo de preguntas abiertas acerca de las funciones del Trabajo Social dentro de una institución de este tipo. El conjunto de preguntas está basado en un desarrollo que va desde lo introductorio de cómo funciona el centro hasta cuál es la labor del Trabajador Social y cómo ésta debería ser.

Para la entrevista seleccioné a la Trabajadora Social de un centro psicogeriátrico donde realicé una de las prácticas de mi carrera. Vi idónea a esa persona debido a que es muy crítica con su labor y tiene muy clara cuál es la brecha entre lo que se hace y lo que se debiera hacer.

Además, he vivido el Trabajo Social en este centro durante cuatro largos meses y se de primera mano cuál es la labor que se desarrolla con sus ventajas y sus desventajas sobre todo, de cara al trato con los pacientes que en una institución así, es primordial.

1.2.2. La Observación participante

La observación es la técnica de investigación básica, sobre las que se sustentan todas las demás, ya que establece la relación básica entre el sujeto que observa y el objeto que es observado, que es el inicio de toda comprensión de la realidad.

Aplicada en este caso concreto de las prácticas de trabajo social se puede decir que se hace uso de una observación participante, integrándose dentro del propio sistema que va a ser observado.

El principal objetivo de la observación en las prácticas de trabajo Social es que se debe desarrollar una idea de cuál es el trabajo que realiza el trabajador o la trabajadora social en el centro, para conocer cuáles son las labores que debemos realizar personalmente en un futuro como trabajadores sociales.

La principal conclusión es que con la observación se consigue el objetivo del aprendizaje. Además el trabajo de observación es un poco extraño porque al principio existe como una doble observación: la mía para aprender todo lo necesario sobre el nuevo lugar y luego una observación externa que hacen los usuarios hacia alguien nuevo que está observando.

- *Observación participante: el difícil papel de la investigadora*

La observación que he realizado es puramente participante ya que he estado entre “bastidores” dentro del centro de prácticas como una profesional más. Lo que me ha servido para poder tener todos los datos que necesito para mi propósito que es ver cuál es la labor del Trabajo Social en una institución cerrada como es un psiquiátrico. Siendo miembro del equipo he tenido más facilidades para ver desde dentro todo el funcionamiento del centro y por supuesto vivir en primera persona el desarrollo de nuestra labor en él.

La observación comprende un periodo de tiempo desde marzo hasta mayo en un psiquiátrico de la localidad.

En dicho lugar, entré como trabajadora social en prácticas para conocer más el mundo de la psicogeriatría y para hacer una aproximación a lo que sería mi labor en este campo.

En estos meses pude experimentar y ver de primera mano cómo se reproducía el trabajo social en este ámbito.

De entre muchos aspectos, lo que cabe destacar para mí en este caso, es la labor del trabajador social.

Los primeros días me dediqué a tareas de gestión de las cuales ya fui advertida. Di por hecho que era cosa de los primeros días pero pude comprobar que no. Tanto la trabajadora social como yo (en prácticas) no salíamos del despacho. Centrábamos nuestra labor en tareas de gestión como la tramitación de las PNC, renovaciones de DNIs, informes sociales para la ANAP y la FNTPA, papeles que exigía el juzgado para tutelas legales, etc.

Además la actitud de la profesional que estaba a mi cargo era de derrotada, se había rendido tras tantos años de labor. Se limitaba al despacho y no hacía nada por cambiar eso.

El escaso tiempo que abandonábamos el despacho era o bien para pedir firmas a los pacientes para algún trámite burocrático o para reuniones de equipo.

Durante este tiempo también pude ver como “lo bonito” de nuestra profesión (estar con los pacientes a diario, tratar con las familias, vivir el día a día del centro, etc.) lo hacían otros perfiles profesionales como las enfermeras o los psiquiatras.

También pude comprobar como el despacho de Trabajo Social, siempre era el último en enterarse de las cosas que sucedían con los pacientes, tanto las buenas como las malas. Pude observar como éramos las últimas en todo. Apenas se contaba con nuestra labor en el centro, excepto para las gestiones.

En cuanto al equipo, desde el día uno, me di cuenta de que no éramos bien vistas allí. En el sentido de que se nos tiene como aisladas, como si nuestra labor no tuviera nada que ver con la de ellos, como si no aportásemos nada nuevo o de relevancia. Además, siempre se cuestionaba nuestra opinión acerca de los casos y de ciertos pacientes. Se nos encasillaba en una labor y de ahí ni salíamos por nuestro propio pie, ni nos dejaban salir.

También pude darme cuenta de la imagen que tenían los pacientes de nosotras. Éramos las que les quitábamos el dinero, las que los teníamos ahí encerrados, las que no les dejábamos hablar con sus familias, etc. Éramos las últimas con las que ellos querían tratar y es que solo hacíamos la parte negativa de nuestro trabajo (para ellos) como las incapacitaciones (que les

“prohibía” hacer con su dinero lo que querían) , las coordinaciones con ANAP o la FNTPA (que les reducía los gastos),etc.

Las relaciones con los pacientes eran escasas, no había mucho tiempo físico para tenerlas debido a que las gestiones ocupaban la mayoría de horas de la jornada. Apenas se trataba con ellos a diario, había días en que ni siquiera los veíamos. Y las pocas veces que ellos acudían al despacho para tratar con nosotras era o bien por motivos económicos o por alguna queja en especial.

En definitiva y resaltando lo más importante para el posterior análisis, todo esto es lo que yo pude captar durante mi estancia allí, entre muchas cosas más. Solo que para el análisis la base es lo descrito anteriormente.

2. TRABAJO EMPÍRICO

A continuación, voy a redactar un análisis de las entrevistas y de la observación participante realizada en el centro. En dicho análisis pretendo extraer cual es la labro que como Trabajador Social se desempeña en una institución de este carácter.

Espero aclarar como es y como debiera ser, como somos vistos, cuál es nuestra "utilidad", como es el trabajo en equipo y como son las relaciones con los pacientes.

En ningún momento pretendo generalizar porque se de buena mano que lo que se va a decir a continuación no siempre es así, pero quiero dejar constancia de ello para incitar a la reflexión. Pretendo que el siguiente análisis y sobre todo las conclusiones sean llevadas a la reflexión porque en nuestra labor, queda mucho por hacer, mucho por mejorar y mucho por cambiar.

Pero ante todo, dejar claro que todo esto se basa en una experiencia vivida, de la cual quisiera resaltar lo negativo y lo positivo (no pretendo que nadie se centre solo en lo problemático de esto).

Para mí, es una realidad vivida que me ha llevado a reflexionar y a cuestionarme todo acerca de la profesión y de la carrera en sí; y espero que solo se quede en eso: en una base para la reflexión y para un posterior cambio a mejor.

2.1. Análisis de la entrevista y de la observación participante

Quisiera empezar por el número de puestos de Trabajo Social. No entiendo como a una profesional de trabajo social con el perfil que esta profesión tiene, se le pueden dejar el número de 180 pacientes a su cargo.

Siendo un perfil de pacientes a los que hay que hacerles todo. Desde los trámites administrativos como una renovación de DNI, hasta los sucesos personales y diarios que este puede tener en el centro.

Físicamente, siendo una única profesional es imposible llegar a todo; ya que solo las labores de gestión te ocupan más de una jornada laboral. Como para luego pretender que esté con los pacientes a diario para solución de problemas, apoyo emocional, acompañamiento, o simplemente para ver cómo ha ido el día.

Empezando por ahí, ya no podemos ser trabajadores sociales. Porque o bien renegamos de las labores de gestión (y en este caso los pacientes dejan de cobrar las pensiones, pierden derechos de acceso a prestaciones, se quedan sin medios económicos, sin respaldo institucional, etc.) o renegamos de tratar con ellos, convirtiéndonos en perfiles administrativos, sin tener en cuenta ni a la persona ni a su entorno.

En segundo lugar, me querría detener en cómo funciona el centro desde la perspectiva social. ¿Cómo es que con estas personas hemos llegado tarde? Entiendo que hoy por hoy no haya alternativas para estas personas. Son pacientes nosológicos que llevan toda la vida encerrados y con los que hoy, no se puede hacer nada en el sentido de que no hay alternativa institucional para ellos. Hoy por hoy, sólo se les puede ofrecer un “final de vida” digno, con lo mejor posible (rodeados de personas que los aprecian, intentando –de haber familia- que esta esté con ellos todo lo que pueda, cambiando lo que a ellos no les guste siempre que se pueda, escucharles, entenderles, etc.) porque alternativas después de estar ahí encerrados toda su vida ya no hay.

Lo que me cuesta creer es que en su día no se hiciera nada. Vale que la idea que se tenía de las personas con TMG no era la misma entonces que ahora, vale que nuestra profesión es relativamente “nueva”, vale que es ahora cuando se ha dado el cambio de mentalidad y más recientemente el institucional; pero sigue pareciéndome imposible, que entonces no se pudiera hacer nada con ellos. Yo los he conocido y muchos no sé ni porqué están ahí internados. Ahora es cuando han desarrollado un deterioro mental como demencias y alzhéimer pero en su día no tenían nada. Hay pacientes que ingresaron con una depresión o por tener una adolescencia un tanto “rebelde” para la época, por ello no me creo que no se les haya podido reconducir o externalizar. Lo que sea, como alternativa a un ingreso de por vida. Eso es lo que me cuesta creer,

hace veinte años y más si me apuras, seguía habiendo un equipo multidisciplinar eficiente en este centro, ¿cómo entonces no se hizo algo por aquellos para los que había alternativa?

En tercer lugar, querría detenerme en el trabajo en equipo. Sé que en cada institución funciona de una manera determinada y no puedo pretender que en todos ellos las relaciones sean óptimas, pero ¿no se supone que se trabaja por el bien del paciente? Por lo vivido, me atrevería a decir que a veces eso se nos olvida. Creo que muchas veces nos centramos más en ver quien da una mejor información, quien propone una mejor alternativa, etc, en vez de dejar asperezas de lado y llegar a un propósito común que beneficie al paciente.

En mis ocho meses de prácticas en dos centros distintos pero con un ápice en común que es la salud mental me he dado cuenta de que he estado en reuniones de equipo que han sido puras pérdidas de tiempo.

Una reunión de equipo no debería basarse en quien hace las cosas mejor, en quien ha dedicado más horas a algo, en quien me reconoce el trabajo que hago y quien no...

En ese sentido me atrevería a decir que se nos olvida quienes somos. No podemos ir a una reunión de equipo a echarnos cosas en cara, a decir quien trabaja más y mejor. La esencia de una reunión de equipo es poner alternativas sobre la mesa (te hayan costado el tiempo y el esfuerzo que sea) y escoger la que más beneficie al paciente, hayas tenido un mal día o no, tengas enfrentamientos con algún otro profesional....

Se nos olvida por quien hacemos esto, por quienes estamos ahí, trabajando.

Además, en ambos sitios me he dado cuenta que siempre se cuestiona al trabajo social. Lo que dice un médico o un psiquiatra o incluso una enfermera siempre es legítimo; por el contrario nosotras nos pasamos el día justificándonos por una propuesta para que esta sea válida. Aunque me he dado cuenta que esto tiene una doble cara. Desde la perspectiva del psiquiatra, médico o enfermera lo nuestro es cuestionable porque no siempre “sacamos

tiempo” para los pacientes, ellos son los que están con ellos y por entrevistas que he tenido con otros profesionales, es una pena que yo como trabajadora social lo admita, pero en ocasiones no les falta razón. Nosotras no centramos en que somos cuestionadas pero no en por qué. Y es ahí donde está la doble cara: nuestra propuesta puede ser más válida que la de ningún otro profesional pero si no estás ahí en el día a día de los pacientes ¿cómo sabes que es la idónea? Por eso, en este punto ni somos víctimas de esto ni verdugos. En este punto, he de decir que en nuestra labor existe una carencia o error enorme, al margen de como seamos o no vistas por el resto de profesionales.

Y la doble cara de este punto sigue en la “usurpación” de nuestra labor en el centro (por etiquetarlo de alguna manera). Como trabajadoras sociales decimos que “lo bonito” de la profesión, el hablar con las familias y tratar con los pacientes (dicho de forma muy resumida) lo asumen otros profesionales. Y aquí viene el dilema, ¿es verdaderamente una “usurpación” o es que nosotras nos justificamos en la falta de tiempo (por las gestiones, etc.) y alguien tiene que hacerlo? En este punto no me puedo posicionar porque nosotras tenemos gran parte de culpa por priorizar muchas cosas por encima del trato con las personas pero también es verdad que debido a que nuestras funciones no están “reguladas” muchos profesionales se toman la manga ancha y asumen labores que no les competen. Y es en este punto donde quiero incitar a la reflexión. Mi respuesta, regular esta profesión de una vez, delimitar las funciones y las labores de gestión o bien se define un perfil profesional para ellas, o las menos relevantes (con menos relevantes me refiero a renovación de DNI por ejemplo, que es algo que requiere mucho tiempo y asumimos nosotras, pero no es competencia nuestra) dejárselas a administrativos.

En cuarto lugar, quisiera centrarme en la importancia que se le da al Trabajo Social dentro de una institución así. En mi opinión, y analizando la entrevista, considero que nuestra labor está muy infravalorada. Creo que a día de hoy todavía somos grandes desconocidas en las instituciones, y no me refiero solo a las psiquiátricas. Somos grandes desconocidas a nivel general, si hoy preguntas por la calle que es una trabajadora social o bien no saben responderte y te confunden con otros profesionales, o bien se remontan a lo

que era en su día una asistente social y te dicen que eres la que da dinero y ayudas.

Y aquí, el error no solo es nuestro, sino del sistema. ¿Cómo no puede estar nuestra profesión regulada y definida como tal? Yo no sé cuál es el problema. Tanto yo como compañeros míos tenemos muy claras nuestras funciones y sobre todo cual es nuestra labor. Y lo que debiera indignarnos es que nuestro trabajo que para mí en concreto y sin haber llegado a ejercer profesionalmente de ello, es lo más grande: no se conozca. Ejercemos una labor indispensable para la sociedad; somos personas apasionadas que nos dejamos la vida en lo que hacemos y en cada cosa que hacemos dejamos un pedazo de nosotros. ¿Cómo algo tan trascendental, no se conoce? Somos una profesión transversal porque trabajamos con personas, personas, que forman una sociedad. Deberíamos trabajar para desvelar la importancia de lo nuestro, nosotros sabemos que somos indispensables pero con eso no vale.

En el psiquiátrico por ejemplo no somos una profesión valorada, se desconoce lo que hacemos; se nos asocia al “papeleo” que nadie quiere y no es así. Trabajamos por y para las personas y es algo que ni hacemos ni demostramos; por lo que deberíamos empezar desde dentro para darnos a conocer fuera.

A mí personalmente, no me extraña que no seamos valoradas o que no se nos vea indispensables, ¿os habéis parado a pensar como nos ve un médico o el psiquiatra, por ejemplo? ¿O un paciente? Desde fuera somos las que nos aislamos en cuatro paredes y las que nos pasamos el día con papeles aquí y allá. ¿Y hacemos algo porque esto cambia? Yo desde lo vivido, diría que no; porque seguimos primando labores y tareas por encima de las personas que son nuestro único fin y la administración, la ANAP o la institución a la que responda la gestión, puede esperar; pero las personas, no. Sé que me repito pero, creo que se nos ha olvidado quienes somos.

Por último, centrarme en el final de la entrevista; en los aspectos a mejorar. Pedimos a gritos ayuda. Se necesita más personal de Trabajo Social, tenemos una profesión muy compleja que combina el despacho con las personas y según como estés o donde estés esa combinación se desborda y se convierte en una cuestión de prioridades. ¿El despacho o las personas? Hasta ahora y lo

que yo he visto, es que primamos el despacho (la gestión) porque viene con fechas límites, con penalizaciones, etc. Pero no nos damos cuenta que esas gestiones vienen pedidas por otros organismos que si te piden algo y realmente les es importante, ya esperarán. Pero por supuesto el que no puede esperar es el paciente que busca desahogo, apoyo, etc.

Puesto que no nos van a contratar ni van a sacar más puestos de lo nuestro, los que tenéis el privilegio de trabajar en algo así, no olvidéis por quienes trabajáis, vivirlo con pasión como el primer día y sobretodo que no se olvide que la burocracia puede esperar, pero las personas no.

3. CONCLUSIONES DEL TRABAJO EMPÍRICO

El Trabajo Social en Salud Mental ha estado influenciado por el desarrollo de la asistencia psiquiátrica, el marco normativo a nivel nacional y autonómico y los planes de salud mental que se han ido implementando.

En este marco, los trabajadores sociales en Salud Mental han ido construyendo un modo de hacer que ha ido configurando su perfil y rol profesional, marcado por una especificidad propia en este ámbito. Los pilares básicos del Trabajo Social en Salud mental han sido la especialización, la formación continuada y el trabajo interdisciplinar. Las funciones que cada profesional lleva a cabo de forma individualizada en cada centro son definidas por la propia persona que las desarrolla o exigidas por el centro. En este apartado pretendo reflejar el contraste o brecha que existe entre lo que debiera ser y lo que realmente es.

Para el cómo es, me voy a centrar en mi propia experiencia en algunos centros en los que he estado, es decir, no pretendo generalizar. En el siguiente apartado incluyo reflexiones íntimas y propias de mi labor en algunos centros, de mi visión de la labor del trabajo social tal y como yo la he vivido y la he desarrollado.

3.1. Como es el Trabajo Social: Reflexiones extraídas desde la propia experiencia.

A continuación, voy a detallar el cómo es el Trabajo social desde mi vivencia en centros de prácticas. Lo que voy a relatar no pretendo que se entienda como una crítica sino que se tome como un punto imprescindible que llame a la reflexión. Yo siempre he querido dedicarme al Trabajo Social porque creía que se basaba en un trato permanente con las personas, en un apoyo al sufrimiento, en una reivindicación de derecho, en una lucha por la igualdad, porque las personas con TMG en este caso sean personas y no sujetos de institución. Creía que nuestra labor era primordial e imprescindible, respetada porque su labor era crucial en la sociedad actual.

Antes de desempeñar esta labor, creía que luchábamos por una sociedad mejor, que éramos la conexión entre el sujeto y su entorno, que éramos la base del cambio.

Pensaba que nos relacionábamos con los pacientes, que mirábamos por y para ellos, que buscábamos un cambio, una mejora un futuro mejor para todos. Pero desde un punto de vista muy subjetivo, he podido comprobar que no es así.

3.1.1. El Trabajo Social con personas con TMG (cómo lo he vivido)

En mis escasos meses de prácticas en dos centros psicogerítricos he podido darme cuenta de que nada es como yo creía. Mi experiencia la definiría como un crudo choque con la realidad.

Cuando yo empecé esta carrera profesional creía y así me lo contaban mis profesores, que éramos la pieza clave para el cambio. Que íbamos a ser grandes luchadores, apoyo imprescindible de las personas con TMG (en mi caso), que íbamos a vivir el día a día con ellos para que sus vidas tuvieran sentido, para que pudieran ser un ciudadano más de pleno derecho, etc. Pero desgraciadamente la realidad no se corresponde con la utopía estudiada.

Cuando comencé mis prácticas por primera vez hace un año, me di cuenta en primer lugar, que lo estudiado no servía de nada, que cada Trabajador Social que sale de la Universidad se encasilla en su puesto de trabajo y no sale más allá.

Nos limitamos a un despacho con cuatro paredes en el que pasamos ocho horas haciendo labores de gestión. En este sentido, es imprescindible resaltar cómo todavía existen trabajadores sociales que se sienten más “cómodos” en este papel y que por tanto, siguen desempeñando ese rol profesional. Esta situación perjudica seriamente a la imagen de nuestra profesión y dificulta el reconocimiento de nuestras competencias profesionales como colectivo.

Me parece un error estar en un centro donde se trabaja con personas con TMG para su reinserción en la sociedad y su evolución como personas dignas de

derecho, y pasar las ocho horas cerrados en un despacho realizando informes y demás. Ese “papeleo” no soluciona problemas, no hace que una persona con TMG tenga un trabajo digno, ni hace que este perfil de población consiga derechos, ni soluciona los problemas que estas personas puedan tener día a día porque, por ese “papeleo” no pasas tiempo con ellos por lo que difícilmente puedes saber que problemas tienen.

Me asustó como los Trabajadores Sociales conocían a los respectivos pacientes. Sabían de dichas personas por documentación y no por conocimiento personal. No había relación profesional-paciente, era inexistente. ¿Cómo puedes entonces ayudar a personas que no conoces? ¿Cómo puedes saber que necesitan si ni siquiera te has molestado en hablar con ellos?

Tramitando pensiones y renovaciones de DNIs (por poner un ejemplo) no promueves el cambio, no ayudas, no eres eso que a mí me contaron que éramos. Por supuesto, no eres buen profesional.

Si nos molestásemos en trabajar con estas personas quizás no necesitaran un internamiento, quizás podrían llevar una vida normal.

La escasa relación profesional-paciente por un lado, pero aún me impactó más (si se puede) el trabajo en equipo. Somos las eternas cuestionadas. Me he dado cuenta que en los equipos multidisciplinares de los centros (en mi experiencia) no somos tenidos en cuenta. Somos los últimos a los que recurren para solucionar algo y cuando proponemos algo, se nos es disputado cientos de veces. Únicamente acuden a nosotros cuando hay problemas, cuando las cosas se tuercen; y aun así nuestro criterio no siempre es válido.

Y en el fondo, solo tenemos la culpa de esto nosotros, los trabajadores sociales. ¿Cómo nos van a preguntar acerca de un paciente, si no nos hemos molestado en “sentarnos” con él? ¿Cómo nos van a escuchar, si nos limitamos a trámites burocráticos? ¿Cómo van a pedirnos opinión acerca de un método de intervención si hemos decidido no dedicarnos a ello?

Luego replicamos de que nuestro trabajo es invisible, ¿cómo no va a serlo si así es como lo estamos haciendo? Lo que no podemos pretender es limitar nuestra labor porque así “nos gusta” y esperar que luego nos tengan en cuenta,

nos tengan como punto de referencia o cuenten con nosotros. Si somos los primeros que nos aislamos.

En este tiempo me he dado cuenta de que no hay pasión. Me ha decepcionado estos meses porque nos hemos acomodado, nos hemos rendido, ya no luchamos. Los pacientes ya no son nuestra prioridad, nos limitamos a tenerlos institucionalizados y como “no les falta de nada” ya vale. Pero ninguno se plantea que no tienen por qué estar ahí, ninguno se plantea que son personas. Nosotros, los Trabajadores Sociales, los hemos convertido como en tiempos, en sujetos de institución. Nosotros, los que aparecimos para que eso no ocurriera. Ya no hay ética, ni empatía, ni implicación. Todo se ha reducido a un puesto de trabajo que desempeñar, en el que cobrar todos los meses y tras ocho horas de “papeleo” ya no queda nada, vuelven a casa y “mañana será otro día”.

Por último, quiero hacer hincapié en la escasa formación y en la poca especialización que se veía. No podemos conformarnos con cuatro años de carrera y ya. Trabajamos en el mundo de lo social, un mundo en continuo cambio y no deberíamos estancarnos. Tenemos que seguir formándonos día a día y sobre todo especializarnos en lo que estemos desempeñando. La clave para mí después de todo lo que he visto, es no estancarse.

O por lo menos así lo he vivido. No pretendo que esto se tenga como una crítica, en todo momento quiero dejar claro que esta ha sido mi experiencia y por supuesto, no pretendo generalizar. Cada profesional hace lo que puede y quiere y sé que no en todos lados esto es así. Sé que todavía hay gente que lucha, que renueva conocimientos, que todavía tiene curiosidad por aprender, que siguen sintiendo esa pasión como el primer día y que no son eternos derrotados. Pero recalco, que esto, es lo que yo he pasado, que ésta ha sido mi experiencia y que sobretodo me ha servido para saber cómo no tengo que ser y para luchar, para seguir formándome, y para el día de mañana poder ser lo que a mí me contaron que éramos hace años.

3.2. Como debiera ser: La teoría de la profesión

3.2.1. El Trabajo Social con personas con TMG

Dentro de la actividad profesional del trabajador social merece especial atención el trabajo que desempeña con personas que padecen un trastorno mental grave, ya que se requiere de una especificidad que viene definida por las características psicopatológicas y sociales de la enfermedad.

El concepto de trastorno mental grave engloba una serie de entidades nosológicas (enfermedades mentales concretas) de diferente naturaleza y presentación clínica, que tienen en común criterios de gravedad y persistencia en el tiempo, con tendencia al deterioro y que alteran las relaciones personales.

Como trabajadores sociales debemos estar especialmente atentos a las consecuencias sociales de la enfermedad mental, que van a traducirse en una perturbación o limitación de una función (disfunción o deficiencia), en la incapacidad funcional (discapacidad para el desempeño de un rol social), en la dependencia (necesidad permanente de mantenimiento por parte de otra persona o de un servicio concreto), en la sobrecarga familiar manifiesta o persistente, o bien, la ausencia de familia y en la ausencia de red social

Las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) van a necesitar la utilización de varios servicios de salud mental, de forma prolongada o reiterada, lo que requiere una planificación y organización de la asistencia psiquiátrica y una coordinación interdepartamental o interinstitucional.

3.2.2. Metodología sobre las consecuencias del TMG

La cronicidad que generalmente acompaña a las enfermedades mentales produce la aparición de consecuencias psicosociales que perturban el curso de la vida del paciente. Estas consecuencias definidas por la OMS como deficiencias, discapacidades y minusvalías dificultan el desempeño de los roles sociales y de actividades de la vida diaria y por consiguiente, obstaculizan su integración social.

Para favorecer esta integración, es necesario un modelo de intervención que actúe no solo sobre el síntoma sino también sobre las consecuencias (rehabilitación).

Para ello, es preciso valorar las discapacidades de la persona y sus situaciones de desventaja e intervenir además para cambiar el concepto social que la sociedad tiene acerca del enfermo mental. (GARCÉS y PINILLA, 2006)

Como ya he comentado anteriormente, en la enfermedad mental, y especialmente en el TMG, a veces la desaparición de la deficiencia no hace desaparecer la discapacidad o la minusvalía. Esto se debe a que pueden existir en el entorno factores perpetuadores de éstas, cronificándolas. Por ello, la intervención sobre las consecuencias del TMG suele darse en dos fases, complementarias y generalmente paralelas en su desarrollo:

a) La Rehabilitación:

La intervención se centra sobre el individuo principalmente, sobre lo que la persona es capaz de hacer o podría llegar a hacer. En este sentido, tal y como lo define la O.M.S. (1983), la rehabilitación tiene como objetivo restablecer el nivel de funcionamiento mental, físico y sensorial óptimo, que precede a un trastorno padecido por una persona. Para esta propuesta, el diagnóstico de la enfermedad que padece la persona a través del modelo médico tradicional no es suficiente, ya que lo relevante para rehabilitar es conocer lo que las personas no pueden hacer a causa de su enfermedad (Üstün, 1996).

En la «Carta para los años 80»⁸ se establece que la Rehabilitación es un proceso en el que el uso combinado y coordinado de medidas médicas, sociales, educativas y vocacionales ayudan a los individuos discapacitados a alcanzar los más altos niveles funcionales posibles y a integrarse en la sociedad.

Así pues, la rehabilitación psicosocial tiene como meta global ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que puedan mantenerse en su entorno social y familiar en unas condiciones lo más normalizadas e independiente que sea posible.

b) Integración Social o Reinserción:

La intervención se centra sobre el individuo en relación con su contexto y situación social, sobre lo que los demás le dejan hacer o lo que los demás piensan que no puede hacer a causa de su discapacidad. Se interviene sobre el sujeto en relación al concepto social que se tiene de él.

La integración social se puede considerar como la participación del individuo en las distintas esferas de la vida social y es el principio de la unidad del cuerpo social. Es un concepto contrario al de marginación. Por ello, la recuperación del TMG se basa también en conseguir un sistema de soporte comunitario que favorezca dicha integración social, que sobrepasa el ámbito de actuación puramente clínico o psiquiátrico.

Requiere la participación de profesionales de otras redes y servicios de la comunidad, lo que implica establecer mecanismos de coordinación a nivel del territorio. Se trata de conseguir un entorno comunitario favorable a la aceptación de las discapacidades o limitaciones que la enfermedad mental comporta y propiciar una optimización del uso de recursos disponibles en la comunidad, y en esto los trabajadores sociales tenemos una función primordial.

⁸ <<La carta para los años 80>> es una declaración sobre las prioridades de acción para la década comprendida entre los años 1980-1990. Ha sido concebida para promocionar la "plena participación" e "igualdad" de las personas discapacitadas, en cualquier lugar del mundo. Aprobada por la Asamblea de Rehabilitación Internacional y se presenta al mundo como eminente contribución al año Internacional de las Personas Discapacitadas, organizado por las Naciones Unidas.

Estaríamos hablando de conseguir una «equiparación de oportunidades, que significa el proceso mediante el cual el sistema general de la sociedad —tal como el medio físico y cultural, la vivienda, el transporte, los servicios sociales y sanitarios, las oportunidades de educación y trabajo, la vida cultural y social, incluidas las instalaciones deportivas y de recreación— se hace accesible para todos».⁹

Por último, tanto la rehabilitación como la integración social buscarán articular en la vida del paciente una serie de recursos residenciales, ocupacionales, socio-afectivos y comportamentales de características protésicas, que le permitan el desempeño de un mayor número de roles socialmente válidos en ambientes lo más normalizados posible.

Para alcanzar este objetivo, la intervención se articula a través de un proyecto individualizado que combine, por un lado, el entrenamiento y desarrollo de las habilidades y competencias que cada persona requiere para funcionar efectivamente en la comunidad y, por otro, actuaciones sobre el ambiente que incluyen desde psicoeducación y asesoramiento a las familias hasta el desarrollo de soportes sociales destinados a ofrecer los apoyos necesarios para compensar o fortalecer el nivel de funcionamiento psicosocial del enfermo mental crónico (Rodríguez, 1997).

El trabajador social dentro del equipo rehabilitador realizará intervenciones tanto específicamente rehabilitadoras como de integración social, aunque con un mayor peso específico en la segunda, con el objetivo de:

- Realizar un diagnóstico de la situación psicosocial del paciente: personal (recursos propios y capacidades conservadas), contexto (redes y apoyos sociales, recursos del entorno) y malestar psicosocial generado en la interacción del individuo y el contexto (existencia de alta emoción expresada en el contexto familiar y/o abandono, marginación, problemas judiciales, económicos, laborales...) y diseñar una propuesta de

⁹ Programa de Acción Mundial para las personas con Discapacidad: Madrid 1988, Real Patronato de prevención y atención a las personas con discapacidad.

intervención para mejorarla, integrada dentro del Plan Individualizado de Rehabilitación.

- Disminuir las situaciones de desventaja o discapacidad detectadas y proporcionar los soportes sociales necesarios para mejorar su adaptación social y favorecer su integración en la comunidad.

- Promover valores relacionados con la adquisición de hábitos sociales saludables, tolerantes, que reduzcan el impacto y los fenómenos de exclusión del colectivo en situación de riesgo.

- Favorecer la adquisición de hábitos saludables y conductas socialmente competentes, como prevención de los efectos adversos de la discapacidad.

3.3. El futuro del Trabajo Social en Salud Mental

Si entendemos por el ejercicio profesional el conjunto de prácticas y representaciones desarrolladas en diferentes áreas de intervención. En salud mental, este ejercicio profesional es muy diverso ya que nos encontramos trabajadores sociales incorporados en Unidades de Salud Mental de Adultos, Unidades de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Unidades de Agudos, Programas específicos para patologías concretas (anorexia, trastornos bipolares, trastornos de personalidad,...), Centros de Día, Hospitales de Día y en Centros Residenciales.

Pese a la diversidad de dispositivos en los que trabajamos, la práctica profesional de los trabajadores sociales en salud mental pone de manifiesto en general una forma común de entender el Trabajo Social Psiquiátrico, como así se refleja en las publicaciones en relación a éste ámbito y en formación para trabajadores sociales en salud mental.

En este sentido, es imprescindible resaltar cómo todavía existen trabajadores sociales que se sienten más cómodos en su papel de gestores y de administradores de recursos, y que por tanto, siguen desempeñando ese rol profesional. Esta situación perjudica seriamente a la imagen de nuestra profesión y dificulta el reconocimiento de nuestras competencias profesionales como colectivo, así como lo he explicado en el punto anterior para que sea visible tal contraste y se vea claro el error que cometemos en algunos casos.

Desde mi experiencia como trabajadora social en el ámbito de la salud mental en concreto, en psicogeriatría, entiendo que las claves para el desarrollo del Trabajo Social en Salud Mental son la especialización, la formación continuada y la definición de un Perfil Profesional.

En cuanto a la especialización, entiendo como tal, que es una construcción intelectual que reelabora y sintetiza la experiencia profesional y su referencia, en un cuerpo teórico y metodológico que se fundamenta en concepciones doctrinarias, políticas y científicas. Se requiere tener una base teórica sólida para ser un profesional eficaz, ya que en el trabajo diario es más probable reconocer problemas o reacciones clave si tenemos una base de conocimientos a los que recurrir. (Trevitchich, 2002).

Es decir, es un conocimiento que se aprende con la experiencia y basándose en documentación y normativa concreta de lo que se interviene. No podemos intervenir de una forma “estándar” con todo lo que nos rodea. Es preciso individualizar cada caso, hacerlos únicos, tener curiosidad, indagar en conocimientos nuevos (no estancarnos en la base que adquirimos en su día), contrastar normativas, crear nuevas formas de intervención, abrirnos a los casos que nos llegan y prepararnos individualmente para resolver cada uno de ellos con exigencia y eficacia y sobretodo, con implicación y sintiendo pasión por lo que hacemos. Hay que tener en cuenta que trabajamos con personas, personas únicas, por ello nuestra labor con cada una de ellas debe ser igual.

Los elementos básicos de este saber especializado en el Trabajo Social se fundamentan en:

1. Un marco normativo en donde se incluyen los planes de salud mental, las instituciones en las que trabajamos y sus objetivos.
2. Un marco propio de referencia conceptual formado por los conocimientos necesarios para poder trabajar en salud mental, que definan una metodología propia apoyada en diferentes modelos de intervención.
3. Un conjunto de capacidades y habilidades para las relaciones humanas, para poder relacionarnos adecuadamente con los pacientes, ya que trabajamos directamente con el sufrimiento humano y con el malestar emocional.

La especialización en este campo fue necesaria desde sus comienzos y hoy en día se hace todavía más imprescindible si tenemos en cuenta la complejidad de situaciones que se presentan. El análisis específico del sector, de su situación actual, la profundización de las teorías propias del Trabajo Social y su aplicación práctica, el rigor metodológico, las adquisiciones de determinadas habilidades, la formación teórica práctica en Psicopatología, el trabajo en equipo interdisciplinar, la intervención en crisis, son contenidos fundamentales de los estudios de especialización.

No se puede separar la formación de los profesionales de la calidad de los servicios que prestan, de forma que cuanto mejor y más amplia sea la preparación de los profesionales, mayor será la calidad asistencial de los servicios y el grado de desarrollo que puedan alcanzar (Mollejo, 2002, p.45-52).

Como nos señala Guimon (2008): «en lo que se refiere a los asistentes sociales hay que mejorar su formación específica porque de ellos dependerá en gran parte la evolución de la salud mental. Deberían adquirir más experiencia en el trabajo en red y poder asumir las funciones de «gestores de

casos». En el futuro deberían asumir la realización de algunos tipos de Psicoterapias, para lo que tendrían que realizar una formación parecida a lo de los psicólogos».

Siguiendo con esto, en lo que se refiere a la formación continuada, Deberíamos partir de nuestras carencias en formación para poder definir un programa de docencia para los trabajadores sociales en salud mental.

La primera dificultad en este sentido surge por la imposibilidad de encontrar una base doctrinal en la que todos nos sintamos identificados. ¿Cómo se pueden integrar todos los conocimientos y habilidades que debe tener un trabajador social? Quizá después de la experiencia práctica no despreciemos ninguna manera de acercarnos al sufrimiento humano y basándonos en problemas específicos, nos planteemos la utilidad de distintos enfoques, de una forma más flexible y global, haciendo uso de una actitud más crítica y menos dogmática.

La formación se constituye en un proceso basado en la experiencia, y por tanto en el aprendizaje. El aprendizaje de este difícil oficio se articula sobre tres elementos fundamentales: la relación trabajador social-paciente; el trabajo en equipo (que nunca entendemos de forma generalizada, como algo imprescindible) y la institución.

La especialización y la formación implican educarse en la autocrítica, situarse en la posición permanente de aprender, de estar en proceso, de saber mirarse al espejo y evaluarse como parte del análisis de la situación.

Se ha analizado como la inestabilidad de la práctica profesional en los trabajadores sociales en el ámbito sanitario puede ser una dificultad y lo importante que sería garantizar que ante la misma patología se actúe de forma homogénea y se realicen tratamientos o intervenciones estandarizados y basados en la evidencia (Saavedra, 2003).

Hay que plantearse la necesidad de una puesta en común de metodología de trabajo y de procedimientos de actuación específica, ya que en la actualidad

coexisten una multiplicidad de funciones e intervenciones en los diferentes servicios que se corresponden con diferentes factores, entre ellos la formación.

Para concluir con este punto, hablar de la necesidad de una definición profesional. Si analizamos la actividad profesional de los trabajadores sociales en los diferentes servicios de salud mental, la realidad es que cada uno ha ido haciendo según su iniciativa y el reconocimiento del equipo, y según su formación, pero no tenemos una cartera de servicios propia, una definición de la actividad profesional.

Deberíamos preguntarnos si nos interesa tenerla. Se trataría de un documento marco, de referencia para todos los trabajadores sociales de salud mental.

Un documento de partida, como fue y sigue siendo la Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada (INSALUD, 2000).¹⁰

Este análisis nos obligaría a definir conceptualmente lo que hacemos. Poder poner nombre a lo que hacemos. De esta forma habría unos mínimos, prestaciones o intervenciones básicas que tendríamos que ofertar desde todos los servicios aun entendiendo que trabajamos en diferentes dispositivos. Definir esos mínimos facilitaría el conocimiento de nuestro rol a otros profesionales, así como permitiría a los trabajadores sociales que iniciaran su actividad en un dispositivo de salud mental un punto de partida respecto a las intervenciones que tendrían que prestar.

En definitiva, el Trabajo Social en salud mental va a depender de lo que seamos capaces de emprender para adecuarnos a los nuevos tiempos, de la adecuación de los roles profesionales a las nuevas necesidades de los usuarios de salud mental, en definitiva de nuestro compromiso profesional.

Pero no podemos olvidar en este proceso que además del empeño del colectivo profesional, es indispensable el apoyo de los responsables de planificación y gestión, donde los trabajadores sociales sean valorados y reconocidos en su quehacer profesional. Como ya decía Kisnerman (1986), en

¹⁰ Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada (INSALUD, 2000) Anexo de TFG

la relación de ayuda existen sobre todo tres sistemas que ejercen una influencia recíproca: la institución, el profesional y el cliente. Ésta sigue siendo nuestra realidad profesional.

IV. CONCLUSIONES GENERALES

En primer lugar decir que soy consciente de que es un tema muy controvertido pero espero que se entienda como lo que he pretendido; una reflexión. Una reflexión que considero que es más necesaria de plantear ahora más que nunca; por la situación en la que estamos. Creo que lo he enfocado como merece y espero que quien lea esto piense acerca de esta labor como trabajadores sociales y comparta conmigo la necesidad de este cambio de actitud.

No debemos olvidar que trabajamos con personas (por mucho que lo repita) y que para esas personas debemos volver a ser los profesionales de referencia a los que acudir a cualquier situación.

Las personas con TMG necesitan de mucha atención directa debido a la patología. Este perfil, para su mejora o evolución requieren de un trabajo personal y directo por parte del profesional de Trabajo Social, diario.

Son personas muy dependientes a nivel emocional y con unas pautas rutinarias muy marcadas. Por lo que deberían tener nuestra supervisión, apoyo a cualquier nivel, referencia y seguimiento constantemente. Hay que estar con ellos.

Solo espero que poco a poco este cambio se vaya dando dentro de las instituciones psiquiátricas y se vuelva a ejercer por y para el paciente; que es realmente para lo que estamos.

En segundo lugar, plantear que es un trabajo del que me siento orgullosa y del que aprendido mucho. A día de hoy sé cómo no quiero ser el día de mañana si tengo la grandísima suerte de ejercer de trabajadora social. He aprendido que la pasión por la profesión tiene que ser eterna, que el espíritu de lucha hay que mantenerlo se esté bajo las circunstancias que sea, que no debemos olvidar de dónde venimos ni quiénes somos, y sobre todo, que la sociedad nos necesita; ahora más que nunca, y se lo debemos.

También he aprendido que no somos invisibles sino que somos nosotros mismos (los trabajadores sociales) los que no nos hacemos notar. Hay equipos profesionales muy efectivos que cuentan con nosotros tanto en el ámbito de la salud mental como fuera de éste y deberíamos aprovecharlo. Porque como

sigamos así, van a hacer de nosotros una profesión prescindible y no lo somos; al contrario, somos una profesión necesaria y elemental en cualquier ámbito porque estamos ahí para las personas, para toda la sociedad.

Deberíamos bajarnos del “trono” y darnos cuenta de que el día de mañana si las cosas siguen así nos van a sacar de ahí, no van a contar con nosotros.

Tenemos que demostrar que somos muy valiosos, que somos una herramienta esencial para que la sociedad funcione. No podemos acomodarnos, ni dejar que estas cosas pasen; hay que movilizarse, trabajar duro y sobre todo hacer ver quiénes somos; darnos a conocer y hacernos indispensables para cualquier institución sea del carácter que sea.

Me he dado cuenta de que queda mucho camino por recorrer, que hemos caído en picado y no nos lo podemos permitir. Nuestro valor solo lo conocemos nosotros y tenemos que visibilizárselo al mundo.

Está ya todo dicho, o cambiamos o nos sacan; solo depende de nosotros volver a ser lo que fuimos, o fracasar.

Por último, decir que agradezco este proyecto por todo lo aprendido al margen de que sea o no, válido.

También y para acabar, agradecer esto a todas las personas que van a figurar de forma anónima pero sin las cuales esto no hubiera sido posible.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTÓN, S. (2010). *La intervención profesional*. Mendoza
- AZTARAIN DIEZ J. (1968-1954) *Nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra*. Pamplona: Departamento de Salud, Gobierno de Navarra; 2005.
- ABAURREA P, ASTRAIN MV, ELGORRIAGA G, LITAGO R, LORA B. (2000; 23: 95-99) *Necesidades sociales de los enfermos esquizofrénicos en Navarra*. An Sis Sanit Navarra.
- BARG.L, (2006) *Lo interdisciplinario en salud mental*. Buenos Aires.
- CONSEJO GENERAL DEL TRABAJO SOCIAL (2000). *La especialización en Ciencias de la Salud del Trabajo Social*
- DEFENSORA DEL PUEBLO (2003). *La atención a la Salud Mental en Navarra. Informe especial al Parlamento*
- DESVIAT, M. (1994) *La reforma psiquiátrica en España*; Madrid.
- DESVIAT, M. (2010). *Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España*
- DIAZ PALACIOS, E. (2002) *Funciones del trabajador social en salud mental con adultos. Trabajo Social en el Sistema Sanitario Público*. Oviedo.
- ESPINO, A. (2002) *Estado actual de la reforma psiquiátrica: debilidades y fortalezas. Amenazas y oportunidades*. Revista Asociación Española Neuropsiquiatría; 81: 39-61.
- FANON, F. (1963) *Los condenados de la tierra*. México DF: FCE.

GARCÉS TRULLENQUE, E. (1998) *Trabajo Social en salud Mental*». *Trabajo Social en Salud Mental. Organizaciones de Bienestar*. Zaragoza: Ediciones Mira.

GARCÉS, E., y PINILLA, M. A. (2006) «*Intervención del Trabajo Social en pacientes con trastorno mental grave*».

GARCÍA LÓPEZ, R. (2004) *Salud mental comunitaria. ¿Una tarea interdisciplinar?*

GUIMON UGARTECHEA, J. (2002) *Los profesionales de la salud mental: actividades, vicisitudes y formación*. Ginebra, Madrid Nueva York: Academia.

GUIMON UGARTECHEA, J. (2008) *Salud Mental Basada en las Pruebas*. Bilbao, UPV.

GIL MARTORELL D. (2012) *Trabajo social y salud*. Zaragoza

ITUARTE TELLAECHÉ, A. (1982) *Procedimiento y proceso en Trabajo Social clínico*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.

KISNERMAN, N. (1986) *Manual de Trabajo Social*. México.

LAMAS, S (2004) «*Que queréis que os diga...hace treinta años*». Vol. 40, P.79.

LEY GENERAL DE SANIDAD DE 1986

LIZARRAGA LJ. (1992) *Memoria general del manicomio de Navarra. La Casa del Tejado Colorado*. Gobierno de Navarra.

MEMORIAS (1987-2005) Servicio Navarro de Salud. Subdirección de Salud Mental.

MENDOZA, FM. (2004). *Las relaciones entre trabajo social y salud mental: un recorrido histórico .XVIII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social.*

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.* 1985.

MIRANDA ARANDA, M., y GARCÉS TRULLENQUE, E. (1998). *Trabajo Social en Salud Mental. Organizaciones del Bienestar.* Zaragoza.

MOLLEJO.E. (2000) *Situación de la atención en salud mental infanto-juvenil en la Comunidad de Madrid en el año 2000.* Vol. 28 Bis: 45-52.

PELLEGERO, N.; BRISE, E., y TIZON GARCÍA, J. (1992) *El trabajo social en un dispositivo de salud mental en Atención Primaria.*

PERALTA V. (2005) *Informe Memoria de la Sección de Psiquiatría del Hospital Virgen del Camino.* Servicio Navarro de Salud.

PEREZ, D. (2011) *Ensayo: El trabajo social en salud mental.*

RAMÍREZ DE MINGO, I. (1992) *El Trabajo Social en los Servicios de la Salud Mental.* Madrid: Eudema.

RETOZALA A. (2004) *¿Salud mental o psiquiatría?: entre la atención primaria y el estigma del manicomio.* *Norte de Salud Mental*; 19:49-57.

REVISTA DE TRABAJO SOCIAL Y SALUD vol.43: 45-56.

REVISTA DE TRABAJO SOCIAL Y SALUD vol.46: 243-262.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, A. (1997) *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos.* Madrid: Ediciones Pirámide.

SAAVEDRA JIMENEZ. M.L. (2003). *¿Heterogeneidad u homogeneidad? Funciones del trabajador social. Necesidad de tener una cartera de mínimos unificada.*

STRAUSS JS. (1979) *Social and cultural influences on psychopathology.*

TAYLOR SJ. Y BODGAN R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación.*

TREVITHICK, P. (2002) *Habilidades de comunicación en intervención social.* Madrid. Ed: Narcea

UREÑA HIDALGO, A. (2006) *La especialidad: un requerimiento para el Trabajo Social en la salud mental.*

USTÜN, TB. (1996). *Discapacidad y calidad de vida en pacientes esquizofrénicos.*

VARO JR. (2004) *La reforma psiquiátrica en Navarra. 100 años del Centro Psicogeriátrico S. Francisco Javier.* Pamplona

VARO J. (2011) *La reforma de la atención de la Salud Mental en Navarra. Comienzos y desarrollo.* Madrid: Pfizer.

I. ANEXOS

Debido a que ciertos anexos son documentos oficiales muy extensos y a que el formato no me deja incluirlos como texto en el TFG, dispongo los enlaces web de estos.

1. GUÍA DE ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

http://bvingesa.mspsi.es/bvingesa/es/consulta/busqueda_referencia.c?id=29050&idValor=3840&forma=ficha&posicion=1

2. INFORME DE LA COMISIÓN MINISTERIAL PARA LA REFORMA PSIQUIÁTRICA. ABRIL 1985

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est15.pdf.pdf

3. LEY 14/1986, DE 25 DE ABRIL, GENERAL DE SANIDAD (<<BOE>>, mim.102, de 29 de abril de 1986).

http://www.unileon.es/ficheros/servicios/prevencion/ley14_1986.pdf

4. METODOLOGÍA CUALITATIVA: ENTREVISTA A TRABAJADORA SOCIAL DE PSIQUIATRÍA

¿Qué perfil de población se atiende en este centro?

El centro ha sufrido muchos cambios a lo largo de estos últimos veinte años. Éramos una gran institución psiquiátrica caracterizada por el paso del tiempo, y es que son muchos años los pasados desde que esto se fundó sobre 1904. Desde entonces como sabrás ha sufrido grandes cambios y en la actualidad, donde yo me muevo es en psicogeriatría. El perfil de pacientes por lo tanto es de mayores de 65 que llevan ingresados aquí como pacientes psiquiátricos de toda la vida que se han hecho mayores y por lo tanto han desarrollado algún tipo de deterioro cognitivo al margen de la enfermedad mental que les precede.

Contamos actualmente un unos 180 pacientes muy aproximadamente ya que muchos fallecen y no te sabría concretar un número exacto y lo que si, ya no hay ingresos; el centro esta en una creciente remodelación y desde hace unos años ya no tenemos ingresos en psicogeriatría, en otras unidades por supuesto que si. Y para esos 180 pacientes como ya sabes, solo estoy yo ocupando el puesto de Trabajo Social

¿Cómo funciona desde la perspectiva social?

Desde la perspectiva social es un centro cuyo funcionamiento bajo mi punto de vista está anticuado. Son pacientes nosológicos ya que algunos llevan aquí ingresados desde los 18 y en la actualidad rondarán los 80 tranquilamente. Para mí es un perfil de población muy residual en el sentido de que ya no hay nada que hacer socialmente con ellos. No me entiendas mal, pero en su día se tendría que haber trabajado con ellos cuando aún había oportunidad de alternativas, pero como comprenderás hoy por hoy son pacientes que no conocen otra cosa que estas cuatro paredes y por mucho que trabajes con ellos, personalmente eres consciente de que morirán aquí encerrados. ¿Qué se podría haber hecho más? Por supuesto, pero no ya en esta etapa de la vida en que se encuentran.

¿Cómo es un día cualquiera en atención social?

El día a día tu lo conoces bien. Es mucho trabajo que se va acumulando y acumulando y es pura gestión. Son unos pacientes a los que debido el perfil hay que hacerles todo y mi día a día se basa en papeleo. Tramito pensiones, renuevo DNIs, acudo a reuniones, me dedico a la coordinación con la ANAP o la FNTPA y así todos los días.

¿Qué funciones realizas como Trabajadora Social?

Pues como ya te he dicho es pura gestión y apenas paso tiempo con los pacientes. Son cuatro pabellones a mi cargo, son muchísima gente para una personas y apenas llego a tiempo para el papeleo de rigor como para estar con ellos. No tengo tiempo y es mucho trabajo para una persona. Mis labores son la conciliación y la relación constante con las familias, la coordinación con ANAP, ELKARKIDE y la FNTPA y con otros organismos o instituciones como Gobierno de Navarra, Política Social y así, según las tareas del día a día. Tramito pensiones, ahora estoy con la renovación de DNIs, llevo el voluntariado del centro que está pactado con Cruz Roja, realizo informes sociales para el juzgado si es preciso o para la ANAP que los suele pedir de forma mensual...Acompaño al jugado si es necesario sobre todo para incapacitaciones y tutorías legales. Cierro historias, me encargo de lo económico también... Y no sé, un poco de todo y todo de nada porque como ya te he dicho una persona sola no puede asumir todo este trabajo.

¿Cómo es el trabajo en equipo? ¿Qué opinas de este al respecto?

¿el trabajo en equipo? Bueno todas las semanas tenemos pactadas reuniones en los ditintos pabellones por si hay alguna novedad en la que intervenir, mensualmente nos reunimos para tratar algún caso de algún paciente y así. Según lo que digan los psiquiatras.

¿Qué opino? Que podría ser mejor hija, que no se nos escucha, hay días que ni siquiera participo ni se me echa en falta...nos escuchan

muchas veces por educación...y nunca decimos nada bueno porque a según que gente (enfermeras, siquiátras...) les gusta tanto hacer de trabajadores sociales que cuando nos dan la palabra está todo dicho.

¿Hacer de trabajadores sociales? ¿A que te refieres? Como si no lo supieras...hay gente a la que le gusta mucho entrometerse en tu labor, les encanta hablar con las familias...hacer de lo nuestro vaya. Se ve que les sobra tiempo. Y eso no me lo dicen por ejemplo, me entero yo por detrás. Igual llamo a una familia y me dicen que ya han hablado con el psiquiatra por ejemplo. Te puedes imaginar que cara se me queda, si lo poco bonito que me da tiempo de hacer a mi me lo hacen otros...en fin...ya sabes.

Bueno y , ¿Cómo son las relaciones dentro del equipo multidisciplinar? ¿Cómo consideras qué es de efectivo su funcionamiento y coordinación?

Las relaciones? Bueno aquí hay muchos amiguismos por llamarlo de alguna manera y yo pues, a mi eso no me va. Por eso las relaciones muchas veces son estrictamente profesionales y lo justo y otras muchas no...

El funcionamiento en general yo creo que es bueno pero efectividad...poca. Yo no soy escuchada, soy cuestionada en varias ocasiones...y como son ya tantos años, me limito a hacer acto de presencia, a decir lo que considere importante y ya.

En cuanto a la coordinación, al margen de las relaciones es bastante buena. Siempre hay ocasiones en que falla porque se te olvida avisar a alguien de algo o porque se te olvida hacer algo, porque son muchos paciente y tener en cuenta todo e intervenir en los casos de varios...a veces olvidas... pero por lo general la coordinación es buena. Quitando como te digo casos puntuales en los que se nos va la olla a algunos pero lo normal.

¿Crees que se considera importante el papel del Trabajo Social en esta institución?

Si y no. Yo lo veo primordial y podía ser mas imprescindible aun si hubiera al menos una trabajadora social por pabellón, entonces las tareas se

repartirían, se llegaría a tiempo a todo y quedaría muchísimo tiempo para tratar mas personalmente con los pacientes. Entonces si que seria efectivo e imprescindible.

Pero bueno, por lo demás no somos muy bien vistas, yo creo que nos ven como enemigas en muchos casos. Luego nuestra labor es muy invisible por ejemplo tu pones en una ficha social PNC (Pension No Contributiva) y se creen que ya esta pero nadie sabe todo el trabajo que hay tras eso no? Yo creo que no estamos bien valoradas y por supuesto nada reconocidas. Y si a eso le sumas que se creen que nuestro trabajo lo puede hacer cualquiera...imagínate.

¿Cómo crees que es valorada tu labor aquí, al margen de lo personal?

Pues como te he dicho, nuestra labor es invisible, somos los bichos raros del lugar. Valoradas? Muy poco, sinceramente no creo que nuestra labor la tengan como algo imprescindible y como muchos juegan a ser nosotras pues imagínate ¿Qué pintamos aquí no? Si no fuera por el papeleo que nadie quiere quizás no estaría donde estoy no? No se es un tema muy controvertido y muy subjetivo. No puedo ser al 100% objetiva porque me toca la fibre. Es una pena para mi porque yo si se que hacemos falta pero no todo el mundo lo ve.

¿Consideras que se podría hacer más? ¿Qué cosas no haces por diferentes motivos y te gustaría hacer?

Por supuesto, para empezar, pasar mas tiempo con los pacientes e involucrarte con ellos mas alla que por medio de papeles. Lo que pasa que por mi falta de tiempo a eso ya se dedican otros. Y claro que si, nuestra figura en una institución así en numero debería ir ligada al numero de pacientes que hay. Aquí hace falta una mano mas y el trabajo se repartiría y nuestra labor cobraría mas significado, se podría hacer mas y se llegaría a todo a tiempo.

¿Propondrías algo para mejorar tu papel aquí?

Pues lo dicho mas o menos. Yo sola no puedo con todo y el Trabajo Social aquí de esta forma no siempre es efectivo porque no me da para mas. Estoy muy desbordada.

¿Cómo crees que debiera sr el Trabajo Social en una institución así?

El Trabajo Social es una profesión preciosa e indipesable. Es una labor de lucha y ayuda mutua. Y eso es lo que debería ser. Deberíamos implicarnos con las personas al margen de los papeles porque son ellas el centro de nuestra labor. Teníamos que ser mas los profesionales de trabajo social que trabajemos en estas instituciones porque siendo mas el trabajo se lleva de otra manera da tiempo a la gestión y a lo personal. Seria muchísimo mas efectivo y seria Trabajo Social de verdad, puro. No podemos ser profesionales aislados, tenemos que ser un equipo con voz y voto y teníamos que ser la prioridad de escucha. Porque si a una persona le solucionas el entorno desde una perspectiva social y con un apoyo psiquiátrico quizás te evitarías el ingreso; quizás esa persona podría llevar una vida normal en sociedad. Ese es un pilar que se ha perdido y es primordial en lo nuestro. No estamos para tratar, estamos para evitar. Es mejor solucionar un problema puntual que hacerlo institucional si puede hacerse así.