

La salud mental del Trabajo Social en Cataluña

Agustina UREÑA HIDALGO

Centre Psicoterapia Barcelona
tinaure@cpbssm.org

Recibido: 13 abril 2010

Aceptado: 30 abril 2010

RESUMEN

El artículo sitúa el contexto de la Salud Mental (SM) partiendo de las políticas asistenciales europeas y como se concretan éstas en el territorio español. Hace un análisis del modelo de SM en Cataluña y de cómo se está implementando. La segunda parte del artículo se centra en identificar qué aspectos están condicionando el Trabajo Social (TS) en SM y qué papel están jugando dichos profesionales en el nuevo modelo asistencial.

Palabras clave: políticas de salud mental, Trabajo Social y salud mental, salud mental comunitaria, cambios sociales, gestión de casos, especialización en Trabajo Social.

The mental health of Social Work in catalonia

ABSTRACT

The article places the field of Mental Health in context, beginning with European welfare policies and how these take shape within Spain. It analyzes the model of mental health in Catalonia and how it is being implemented. The second part of the article centers on identifying what aspects are affecting Social Work in the field of Mental Health and what role said professionals play in the new care model.

Key words: Mental health policies, Social Work and mental health, community mental health, social changes, case management, specialization in social work.

SUMARIO: 1. De Helsinki a Barcelona. 2. Trabajo Social y Salud Mental. 3. Elementos para pensar. 4. A modo de reflexión. 5. Bibliografía.

1. DE HELSINKI A BARCELONA

En enero del 2005 se celebra en Helsinki una conferencia ministerial europea de la OMS en la que se elabora una declaración de principios en materia de SM acompañada de un plan de acción. Unos meses más tarde de la Comisión de la

Comunidad Europea surge el **Libro Verde** que supone no sólo un consenso entre países sobre qué hacer y cómo, sino que desarrolla unos planteamientos que trascienden la vertiente sanitaria enfatizando la comunitaria. Plantea y busca soluciones en sentido amplio e incluye la participación de los usuarios y no sólo la de las familias.

Al año siguiente (diciembre 2006) el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud Español (SNS) aprueba las **Estrategias en SM** con el objetivo de aportar mejoras y complementar los Planes de SM de las Comunidades Autónomas. Se concreta en líneas estratégicas cada una de las cuales contiene: objetivos, recomendaciones, ejemplos de buenas prácticas e indicadores de evaluación.

Y llegamos a Cataluña. En julio del 2006 el *Govern de la Generalitat* aprueba el **Plan Director de SM y Adicciones (PDSMiA)** con el que el *Departament de Salut* ha querido promover un cambio de modelo asistencial más comunitario y proactivo, orientando los servicios a las necesidades de los usuarios, con una visión de la SM más global y de continuidad asistencial, basado en el trabajo en red, con una organización eficiente, un sistema de atención integrado e integral con base territorial y una práctica asistencial basada en la evidencia científica y la experiencia demostrable. Aportando como novedad la integración de las dos redes asistenciales: SM y Drogas, que hasta ese momento habían funcionado como dos redes paralelas, diferenciadas y poco conectadas.

En la elaboración de este **PDSMiA** han participado muchos profesionales y ha supuesto un gran esfuerzo de consenso para poder concretar líneas de actuación prioritarias en materia de SM. Recientemente se han constituido nuevos grupos de trabajo para poder revisar algunos temas clave: el concepto y modelo de atención al Trastorno Mental Severo (TMS), la reconversión de los Centros de Día en Servicios de Rehabilitación Comunitaria, la Hospitalización, la reordenación de la atención infanto-juvenil, definir la cartera de servicios de atención a las familias, la lucha contra el estigma, la implementación de la integración de las dos redes de SM y Drogas,... entre otros.

Para poder entender un poco más en qué contexto desarrollamos nuestro trabajo los profesionales de la SM en Cataluña, hay que entretenerse en descifrar un complejo entramado de planes, leyes y carteras de servicios:

Recientemente se ha reactivado el **Plan de Atención Integral a las personas con problemas de SM**, que la *Generalitat* ya había aprobado en el año 2003, con el objetivo de dar una respuesta integral a las necesidades de las personas con enfermedad mental y para ello creó una Comisión Interdepartamental en la que estaban representados diferentes departamentos: del ámbito social, educación, juventud, justicia, trabajo y sanidad, entre otros. También en este plan participaron un número importante de profesionales pero no se materializó ningún resultado, se paralizó durante un tiempo y se ha vuelto a reactivar este año.

Otro aspecto que ha contribuido a generar cambios importantes en el panorama actual catalán ha sido la nueva **Ley de Servicios Sociales 12/2007** que configura un nuevo sistema que parte del principio de universalidad en el acceso a los servicios, con una cartera específica para personas con problemática social

derivada de un trastorno mental y que incluye recursos de las áreas de: hogar (residencias, pisos con apoyo y soporte a la autonomía en el domicilio), ocio (Clubs Sociales), laboral, Fundaciones Tutelares y apoyo a las asociaciones de familias y usuarios. Actualmente también están en revisión dichos recursos.

Y por último la controvertida **Ley de Promoción de la Autonomía Personal**, conocida como Ley de la Dependencia (aprobada en el 2006), que integra su propia cartera de servicios en la de Servicios Sociales. En Cataluña se articula a través del programa **ProdeP** adscrito al *Departament d'Acció Social i Ciutadania*. Actualmente funcionan proyectos demostrativos de integración de servicios para personas con trastorno mental y valoración de dependencia con el objetivo de garantizar la cohesión de los planes de trabajo y articulación de recursos entre los servicios de Salud, Salud Mental y Servicios Sociales.

Esta nueva cartera de servicios ha generado no pocos problemas a los profesionales, especialmente a los trabajadores sociales ya que la valoración de dependencia ha supuesto situaciones de incompatibilidad en el acceso a recursos sociales específicos para SM y en ocasiones ha comprometido el acceso a los recursos «prescritos» por los profesionales a cambio de una prestación económica.

Y de lo macro a lo micro ¿qué está pasando en Barcelona como ejemplo de cómo se desarrolla la atención a la SM en Cataluña? Sin pretender ser exhaustiva y teniendo en cuenta que los ojos que lo analizan son los de una trabajadora social que desarrolla su trabajo en el área de rehabilitación:

- Organización de base territorial: centrada en los distritos de la ciudad y con un modelo de atención de «circuito». Cada sector tiene asignado un conjunto de dispositivos de SM que cubren todos los niveles asistenciales (atención ambulatoria, hospitalización y rehabilitación), siendo el Centro de SM de Adultos (CSMA) el eje. Actualmente está en revisión este sistema de sectorización y se ha dividido la ciudad en 4 grandes áreas centradas en Comités Operativos que giran alrededor de 4 grandes hospitales (Clínico, Valle Hebrón, Mar, San Pablo). Esto ha cambiado el campo de juego haciendo que las entidades proveedoras de servicios (muy numerosas en Cataluña y especialmente en el ámbito de la SM) tengan que buscar cómo rehacer alianzas estratégicas con nuevos servicios para garantizar la óptima atención y la continuidad asistencial en los nuevos territorios, así como asegurar la provisión de pacientes. Una pregunta que está en el aire es si este modelo organizativo va a ser más comunitario que hospitalocéntrico, o viceversa.
- La integración de la SM en la Red Sanitaria General. Uno de los principales programas de los CSMA, aparte del de atención al paciente más grave (TMS), es el de Soporte a la Primaria. Existen una gran variedad de formas de interactuar y cada CSMA ha desarrollado un sistema y procedimiento distinto de articulación con la primaria sanitaria. A pesar de que aún existen resistencias los resultados de cooperación entre SM y Salud son satisfactorios, especialmente por el trabajo que está haciendo el co-

- lectivo de enfermería en el seguimiento de casos y en el cuidado de la comorbilidad somática de los pacientes más graves y en la agilidad en la derivación.
- Las redes: a pesar de que el PDSMiA ha sido un avance en la integración de SM y Drogas, y promueve la continuidad asistencial entre franjas etarias, en la actualidad funcionan como redes paralelas y poco conectadas: la SM de adultos, la infanto-juvenil y las toxicomanías. Aunque hay experiencias puntuales de integración.
 - La Hospitalización: más allá de la reconversión de los hospitales psiquiátricos, la reducción de camas y el desarrollo de recursos comunitarios, persiste un colapso continuado en el acceso a las camas de larga estancia (que a pesar del crecimiento de recursos alternativos a la hospitalización, siguen siendo necesarias) lo cual hace que algunas unidades de subagudos se vean haciendo funciones de larga estancia o bien de residencia, aunque también ocurre que tenemos usuarios en residencias que deberían estar hospitalizados.
 - La rehabilitación: nos encontramos en pleno proceso de reconversión de los centros de día en servicios de rehabilitación comunitaria, evolucionando hacia un modelo más articulado con los servicios del territorio, especialmente con los CSMA y con el objetivo de pasar a ser un servicio de referencia en el territorio para atender a los pacientes que requieran cualquier modalidad e intensidad de rehabilitación psicosocial.
 - Los recursos de SM no sanitarios: tenemos un buen catálogo de servicios no sanitarios que aunque no cubren todas las necesidades tiene voluntad de crecimiento y existe un buen nivel de interlocución entre el ámbito profesional y la administración. El principal problema es la rigidez en la gestión y asignación de dichos recursos (especialmente las residencias y pisos tutelados y los programas de apoyo a la autonomía en el domicilio) y las listas de espera.

2. TRABAJO SOCIAL Y SALUD MENTAL

En la práctica este complejo contexto ha supuesto cambios importantes en el quehacer de los profesionales. Desde la perspectiva del TS se da un movimiento potente de potenciación de todo lo comunitario en un momento en el que cada vez hay más competencia entre profesionales para apropiarse del espacio comunitario. Van apareciendo nuevas profesiones (Educadores Sociales, Terapeutas Ocupacionales, Integradores Sociales, Animadores Socioculturales,...) y otras no tan nuevas resaltan aún más su papel comunitario (Enfermería), junto a todo esto los TS cada vez nos hemos ido encerrando más en los despachos.

En Cataluña, a pesar de que han sido muy numerosos los profesionales que han participado en los múltiples grupos de trabajo que han dado contenido al Plan

Director y el Plan Integral, el papel que ha tenido TS en los mismos ha sido muy escaso, evidenciando que el peso específico que tenemos como colectivo profesional es pequeño.

Los Trabajadores sociales nos encontramos en una situación de pérdida de peso específico en los equipos, también la interdisciplinariedad ha perdido peso. Existe un cierto sentimiento de que en general se pierde calidad en el trabajo cotidiano, ya sea por las cargas asistenciales, por el peso de lo administrativo (hay que registrar todo obsesivamente), da la impresión que todo lo formal toma una relevancia extrema: planes de trabajo consensuados entre muchos profesionales, registros de seguimiento exhaustivos, recogidas de datos muy completas. Ah! y las valoraciones, sociales y de enfermería... nos hemos convertido en los reyes del Excel, tenemos parrillas para recoger todo y las historias clínicas son cada vez más «completas», ya sea en formato papel o digital.

¿Pero hemos mejorado en la gestión de casos? Y no me refiero al trabajo de los equipos especializados en ello (Tratamiento Asertivo Comunitario-TAC, Plan de Servicios Individualizado-PSI,...) si no a lo que clásicamente hemos entendido, al menos algunos, que significa gestionar un proceso asistencial entre diversos profesionales y servicios, teniendo en cuenta todos los aspectos vitales en la vida de una persona con una enfermedad mental, qué le pasa, a él y a su familia, cómo lo viven, qué esperan, qué podemos y qué debemos hacer, cómo planificar en el tiempo las intervenciones (cual es más urgente, cual es más viable,...) qué papel juega cada profesional, cómo tejimos las intervenciones como si de un complejo *encaje de puntillas* se tratara, cómo hacemos circular la información entre todos (pasando de las puntillas a la red) ...cómo tomamos decisiones ágiles, consensuadas, con criterio...

En definitiva, cómo conseguir que cada profesional y equipo haga bien su trabajo y además lo encaje bien con el trabajo de los demás y sin olvidar que el paciente y su familia son coprotagonistas de esta tarea.

Personalmente no deja de sorprenderme el choque de fuerzas entre la preconización de las administraciones, y también de los profesionales, de un modelo asistencial basado en las necesidades de la persona, en que deben ser los servicios los que se adapten a las necesidades de los usuarios y no los usuarios a las características de los servicios, que hay que trabajar en clave de partenariatado con usuarios y familias, que hay que ser cada vez más proactivo y comunitario... y por otro lado el peso de lo sanitario, de lo biológico, de lo científico, de la evidencia,... Como si de un imán se tratara y fueran dos fuerzas repelentes.

3. ELEMENTOS PARA PENSAR

Retomando el título del artículo, cómo está la SM del TS, me voy a permitir echar mano de mi experiencia profesional y compartir cuales han sido a mi criterio aquellos aspectos que han modificado substancialmente nuestra tarea:

3.1. LA RELACIÓN ENTRE USUARIOS Y PROFESIONALES

Hemos pasado de trabajar con pacientes y familias a interactuar con usuarios que presentan nuevas formas de pedir ayuda y que por tanto requieren nuevas estrategias de respuesta. Cada vez demandan más y mejor información, tienen acceso a los recursos directamente, quieren opinar sobre los tratamientos, participar en la resolución de sus problemas y en la toma de decisiones. Exigen más que demandan y tienen muy claros sus derechos.

¿Cómo nos posicionamos los profesionales «expertos en la relación de ayuda» ante este fenómeno? Hemos evolucionado de un modelo que preconizaba la participación con formas diversas de partenariatio para llegar al «empowerment», el paciente como experto.

Venimos de un modelo en el que los profesionales «prescribimos» tratamientos y recursos, con más o menos participación de los usuarios y familias, pero ahora vamos hacia un modelo donde predomina el pactar la elección que han hecho los usuarios. Este sutil cambio incide directamente en nuestro quehacer profesional y nos empuja, a los profesionales, a desarrollar nuevas habilidades relacionales para las cuales algunos no están lo suficientemente preparados.

3.2. EL PAPEL DE LOS USUARIOS

El importante empuje que ha supuesto el movimiento asociativo de familiares principalmente y desde hace unos años también de usuarios, convirtiéndose en grupos de presión y reflexión sobre el modelo asistencial, con poder de influencia, y jugando además un importante papel en la creación de recursos, dejando de ser sólo objeto de intervención profesional para ser también, proveedores de servicios.

3.3. NUESTRA TITULACIÓN «NO SANITARIA» Y SIN ESPECIALIZACIÓN RECONOCIDA

El TS como profesión con más de un siglo de vida se ha caracterizado por su adaptación constante a los cambios sociales. Sin esta capacidad de adaptación el TS no tiene razón de ser. En el contexto social actual, con las evoluciones correspondientes en los ámbitos: económico, tecnológico y cultural, hace imprescindible promover un debate en profundidad sobre si el modelo actual de profesión da respuesta: a las necesidades sociales, las actuales y las de siempre y qué espacio tiene de liderazgo en la planificación de modelos asistenciales en SM.

En este cruce de requerimientos y necesidades surge un viejo dilema: una profesión como TS caracterizada por la globalidad, se plantea si hace falta que nos dirijamos hacia formas diversas de especialización: hemos de especializarnos en colectivos diferentes, en procedimientos, lo hemos de hacer porque nos hace falta para poder trabajar mejor, para ser más competitivos, porque otras profesiones

cercanas ya lo están haciendo, para mejorar nuestro estatus profesional, para unificar lenguajes cuando trabajamos en equipos interdisciplinarios,...

El TS como disciplina, se sustenta cada vez más en dar respuestas concretas a situaciones complejas de diferente identidad y por el contrario cada vez menos en articular respuestas comunitarias a problemas individuales que se repiten y que necesitan abordajes colectivos.

3.4. EL CONTEXTO SOCIAL ACTUAL

Decía en el apartado anterior que el TS no tendría razón de ser sin la capacidad de adaptarse a los cambios. Pues bien, actualmente nos encontramos ante una situación en la que esta afirmación toma su máxima expresión: estamos inmersos en un proceso de profundos cambios sociales, políticos, económicos,... de *crisis profunda del Estado de Bienestar* ante la imparable necesidad de reducir costes pero a la vez de incrementar recursos, con la sensación de que nunca lograremos un nivel aceptable de respuesta a las necesidades, que evidentemente van creciendo de forma espectacular.

4. A MODO DE REFLEXIÓN...

Los profesionales del TS en el ámbito de la SM nos encontramos en un momento «delicado». Hace falta que concentremos nuestras energías en descubrir las oportunidades y retos que nos ofrecen los nuevos modelos asistenciales pero que también seamos capaces de detectar las amenazas, que no son pocas, y que intentemos neutralizarlas. Es imprescindible realizar un debate en profundidad, académico y profesional, sobre nuestro espacio de acción y en función del resultado del análisis adaptar la formación.

En mi opinión debemos reescribir la profesión teniendo en cuenta el contexto social actual, los requerimientos que conlleva dar respuesta a las necesidades actuales, revisar qué habilidades y conocimientos necesitamos para cumplir nuestro cometido y redefinir nuestras competencias.

Nuestro espacio profesional no se consolida por la existencia de listados de funciones, más o menos consensuadas y oficializadas (aunque estén avaladas por un Colegio Profesional). Cada vez más, nos encontramos ante tareas nuevas, problemas que requieren intervenciones poco estandarizadas, que obligan a investigar y descubrir qué sería lo más adecuado, y que pueden ser fácilmente compatibles y compartibles con otras disciplinas. Habrá que dilucidar y consensuar, quizá también negociar, quien está en mejor disposición para desarrollarlas.

Pero para todo ello, es imprescindible fortalecer la formación de base exigir la especialización en SM y mejorar el nivel de satisfacción de los profesionales de este ámbito para recuperar el reconocimiento que el TS en SM ha tenido durante décadas.

5. BIBLIOGRAFÍA

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA (AEN)

- 2000 «Formación Especializada en Salud Mental». *Cuadernos Técnicos* 5. Madrid: Ed. AEN.

COLLEGI OFICIAL DE DTS I AS DE CATALUNYA

- 1997 *Els diplomats en Treball Social i assistents socials de Catalunya*. Barcelona: Ed. Hacer.
Monográfico 2. *Funcions del treballador social en el camp de la salut mental*. Barcelona: Documento elaborado por el grupo de trabajo de Salud Mental.
- 2005 *Funcions i competències dels treballadors socials del camp sanitari*. Barcelona: Comisión de Salud.

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS

- 2005 *Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de Salud Mental*. Bruselas» Libro Verde.

DEPARTAMENT DE SALUT-GENERALITAT DE CATALUNYA

- 2006 *Pla Director de Salut Mental i Addiccions*.

DU RANQUET, M.

- 1996 *Los modelos en Trabajo Social. Intervención con personas y familias*. Madrid: Siglo XXI de España Editores SA.

EUTS-ICESB

- 1989 *Treball Social, conceptes i eines bàsiques*. Barcelona: ICESB.

GARCÍA LÓPEZ, R.

- 2004 «Salud mental comunitaria ¿Una tarea interdisciplinar?». *Cuadernos de Trabajo Social* 17: 273-287. Madrid: Ed. Universidad Complutense.

ITUARTE TELLAECHÉ, A.

- 1992 *Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico*. Madrid: Ed. Siglo.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

- 2007 *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: SANIDAD 2007

NAVARRO PEDREÑO, S.

- 2004 *Redes sociales y construcción comunitaria*. Madrid: Ed. CCS.

RAMÍREZ DE MINGO, I.

- 1992 *El Trabajo Social en los servicios de la Salud Mental*. Madrid: EUDEMA Universidad.

UREÑA HIDALGO, A.

- 2006 «Canvi social i salut mental». *Patologia dels sentiments. Claus per a un benestar emocional*. Àmbit Maria Corral. Barcelona: Ed. Edimurtra.
- 2006 «L'especialitat: un requeriment per al Treball Social en Salut Mental. Una mirada a la Salut Mental». *Revista de Treball Social (RTS)* 178 (octubre 2006): 35-41. Barcelona: Colegio Oficial de DTS y AS de Cataluña.