



**Universitat de les
Illes Balears**

¿Existe una falta de recursos sociales en la red de salud mental?

Cristina M^a Antequera García

78220224F

Tutor: Fernanda Caro Blanco

Memòria del Treball de Final de Grau

Estudis de Grau de Treball Social

Paraules clau: Salut mental, estigma, estado de bienestar, recursos sociales, derechos sociales

de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curs Acadèmic 2014/2015

En cas de no autoritzar l'accés públic al TFG, marcau aquesta casella:

Resumen

El trabajo presentado a continuación tiene como objetivo conocer cómo ven desde la red de Salud mental el acceso a los recursos sociales. Desde finales de los 80, con la implantación del Estado de bienestar en España y a partir de la ley /1986 General de Sanidad, se reconoce la salud mental como un derecho básico que todo ciudadano tiene que tener garantizado. Desde los años 80, hasta día de hoy, la protección de la salud mental y el reconocimiento que tenemos sobre ello ha cambiado. No obstante, hay ciertos derechos que siguen sin garantizarse, ya sea por falta de recursos, por falta de protocolos a seguir, por la falta de coordinación entre la red, o por el estigma que hoy en día sigue habiendo, tanto por parte de la sociedad, como de las propias instituciones sociales y de los profesionales.

A través de las entrevistas realizadas diferentes profesionales del ámbito de salud mental (3 T.S y 1 Psiquiatra) y la búsqueda científica llevada a cabo, además de la experiencia propia durante el periodo de prácticas en el área de psiquiatría del Hospital Universitario de Son Espases, se desarrollarán los resultados obtenidos durante esta investigación.

Índice

Introducción	4
Estado de la cuestión	5
Marco legislativo.....	7
Hipótesis o preguntas de investigación	9
Metodología	10
Marco teórico.	11
Resultados	15
Conclusiones	17
Bibliografía	18

Introducción

La razón o las razones que me han llevado a tener como tema principal la salud Mental, y más concretamente el acceso a los recursos sociales desde la propia red de salud mental, son varias.

A finales del 2014 realice mis prácticas de la carrera en la unidad de Hospitalización de Son Espases. A través de la práctica diaria, del contacto directo con pacientes y profesionales puede observar de manera directa la realidad a la que estas personas se enfrentaban día tras día.

Según mi propia observación directa y experiencia, pude ver cómo una vez salían del recurso hospitalario en el que estaban, el acceso a los recursos sociales era muy difícil. Algunas veces por falta de recursos, otras por falta de protocolos a seguir, por la falta de coordinación entre sistemas (SS.SS y Red Salud Mental) y otras por la estigmatización a las que las personas con problemas de salud mental tenían que enfrentarse al acceder a un recurso que no fuera específico de Salud mental.

Me llamó mucho la atención, cómo siendo el área social, laboral, familiar...etc., fundamentales para la recuperación y normalización de la personas con problemas de salud mental, había dificultad para poder acceder a ellos.

Es por ello que decidí tomar como tema principal del Trabajo de Fin de Grado, cómo se veía el acceso a esos recursos desde la Red de Salud Mental.

Estado de la cuestión

Los trastornos mentales en conjunto constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. Se estima que en una de cada cuatro familias hay al menos una persona con trastornos mentales. El impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al de las enfermedades crónicas.

En España, excluyendo los trastornos causados por el uso indebido de sustancias, se puede afirmar que el 9% de la población padece al menos un trastorno mental en la actualidad, que algo más del 15% lo padecerá a lo largo de su vida y que estas cifras se incrementarán considerablemente en el futuro. Más de la mitad de las personas que necesitan tratamiento no lo reciben y, de las que están en tratamiento, un porcentaje significativo no recibe el adecuado.

Estamos ahora al comienzo de un giro significativo en la forma de entender la organización de la asistencia, iniciado bajo la influencia de una creciente conciencia de ciudadanía y de sensibilidad hacia el respeto de los derechos humanos, liderado por las asociaciones de consumidores de los servicios sanitarios. El núcleo de este movimiento social reside en el papel protagonista que los usuarios y sus familiares juegan en relación con la definición de sus necesidades y la planificación, creación y gestión de servicios para satisfacerlas. Ministerio de Sanidad (2007).¹

Antes de empezar con el tema en cuestión, primero de todo tenemos que tener claro qué es la salud mental, cuándo se considera que una persona tiene una enfermedad mental y tener claro el marco legislativo y normativo en materia de salud mental y como está dotada la red de recursos. Para ello a continuación vamos a definir una serie de conceptos que nos ayuden a entender de lo que estamos hablando.

La Organización Mundial de la salud define la **salud mental** como no sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. *OMS (2001)*²

Los **trastornos mentales y conductuales** se consideran afecciones de importancia clínica y se caracterizan por alteraciones de los procesos de pensamiento, de la afectividad (emociones) o del comportamiento. No son variaciones dentro de lo que llamamos “normalidad” sino fenómenos claramente anormales o patológicos. Sin embargo un episodio de comportamiento “anormal” no define la existencia de un trastorno mental o del comportamiento. Para clasificar como tal, estas alteraciones deben ser duraderas o recurrentes y deben causar angustia personal o alteraciones del

¹ Ministerio de Sanidad y consumo (2007). Estrategia en Salud mental del Sistema Nacional de Salud. Recuperado día 24/5/2015 de (http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf)

² Organización Mundial de la Salud (2001). Recuperado día 5/4/2015 de [http://www.who.int/topics/mental_health/es/Organización_Mundial_de_la_Salud_\(OMS\)](http://www.who.int/topics/mental_health/es/Organización_Mundial_de_la_Salud_(OMS))

funcionamiento en un o más aspectos de la vida. *Informe sobre la salud en el mundo (2001)*³

La Salud mental, como bien es sabido por todos, lleva implícita la palabra estigma, pues a día de hoy, es una realidad que los enfermos de Salud mental están estigmatizados. Por eso hay que tener claro, aunque sea de manera muy general, que se entiende por estigma y cuantos tipos hay.

Según Goffman, citado por López et. al. en *La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental*⁴, el **estigma** es un «atributo profundamente desacreditador», es un conjunto de actitudes, habitualmente negativas, que un grupo social mantiene con otros grupos minoritarios en virtud de que estos presentan algún tipo de rasgo diferencial o marca que permite identificarlos.

El estigma es la causa principal del aislamiento social, de la imposibilidad para encontrar trabajo, de un alcoholismo o de una drogadicción, de la falta de hogar y de una hospitalización exagerada, reduciendo las posibilidades de recuperación de los enfermos de esquizofrenia. *La esquizofrenia abre las puertas s.f.*⁵

Según California Mental Health Services Act. (s.f.)⁶, hay tres tipos de estigma. El autoestigma, el estigma social, y el estigma institucional.

- El “estigma público” hace referencia a las actitudes y creencias que el público en general tiene en relación a las personas que tienen una enfermedad mental o sus familiares
- El “estigma institucional” hace referencia a las actitudes y creencias negativas que forman parte de las políticas o cultura de una organización.
- El “autoestigma” tiene lugar cuando un individuo cree las ideas falsas que tiene la sociedad acerca de la salud mental. Al interiorizar estas creencias negativas, los individuos o grupos pueden experimentar sentimientos de vergüenza, ira, desesperanza o desesperación que hacen que no busquen asistencia social, empleo o tratamiento de su enfermedad mental. Estas barreras pueden estar presentes en las leyes generales y en normativas de la administración pública o de entidades privadas y afectar a casi cualquier actividad de la vía, ya sea la oportunidad de formación, el acceso a ocupación o trabajo, a mantener amistades o a acceder a una vivienda. *Asociación Española de neuropsiquiatría (2007)*⁷

³ Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Capítulo 2 Recuperado día 4/06/2015 de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_es.pdf

⁴ López et. Al. (2007) *La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible*. Recuperado día 24/5/2015 de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n1/v28n1a04.pdf>

⁵ Asociación mundial de psiquiatría (2002). *La esquizofrenia: Guía práctica para los medios de comunicación*. Recuperado día 7/4/2015 de <http://www.fundacion-salto.org/documentos/ABRE%20LAS%20PUERTAS%20-%20Gu%C3%ADa%20medios.pdf>

⁶ California Mental Health Services Act. (s.f.) Recuperado día 9/4/2015 de <http://www.disabilityrightsca.org/pubs/CM0402.pdf>

Marco legislativo.

Para poder entender como está hoy en día la red de Salud Mental, primero tenemos que conocer las leyes por las que se rige, el cambio que significó la promulgación de dichas leyes y el estado actual de la salud mental en España.

Es a partir de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, más concretamente en el artículo 3.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad donde se establece un principio trascendental: la universalización de la asistencia sanitaria pública y la garantía de acceso y de prestaciones en condiciones de igualdad efectiva.

La Ley general de sanidad (1986), de alguna manera inició la reforma psiquiátrica en España, estableció la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general con equiparación total de los enfermos mentales al resto de la población. Se apostó por una atención de la salud mental en el ámbito comunitario potenciando los recursos ambulatorios, la hospitalización parcial, la atención a domicilio, la salud mental infantojuvenil y la psicogeriatría. Se inició el cierre progresivo de los antiguos manicomios y el traslado de la hospitalización psiquiátrica a los hospitales generales, y también se promovió el desarrollo de servicios de rehabilitación y reinserción social. Ministerio de Sanidad y consumo (2007)⁸

Es a partir de entonces, y a través de la transferencia de las competencias en Sanidad a las Comunidades Autónomas, la declaración Europea, cuando la Salud Mental en España empieza a cobrar mayor importancia dándole prioridad sanitaria, económica y social y, en consecuencia, insta a los sistemas sanitarios europeos a formular estrategias en salud mental que integren la promoción y prevención de los factores determinantes y de riesgo asociados a los trastornos mentales, las intervenciones terapéuticas, la rehabilitación, los cuidados y el apoyo social, potenciando la atención comunitaria y las redes integrales de cuidados y trabajando eficazmente para reducir el estigma asociado a la enfermedad, el enfermo y su entorno familiar. Salvà & Garrido (2011)⁹

Esta Ley, constituye un cambio importante en el ámbito de la salud mental, normalizando e integrando a las personas que sufren enfermedad mental con una apertura de los dispositivos a la comunidad y dejando atrás la macro institución de “manicomio” BOE-A-1986-10499¹⁰

Posteriormente, también se han promulgado leyes en materia de salud mental para favorecer ese cambio de paradigma. Una de ellas es la Ley 16/2003 de cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, la cual reconoce al Ministerio de Sanidad y Consumo competencias para el establecimiento de bases y coordinación General sanitaria y para impulsar la elaboración de planes integrales de Salud sobre patologías más prevalentes y otras actuaciones en coordinación con las CC.AA. *Ministerio de Sanidad (2007)*.¹¹

8 Ministerio de Sanidad y consumo (2007). Estrategia en Salud mental del Sistema Nacional de Salud. Govern de les illes Balears. Recuperado día 24/5/2015 de http://www.ibsalut.es/ibsalut/documentospdf/esp/GUIA_RECURSOS_SM_IB_2011_ESP.pdf (http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf)

9 Salvà i Garrido (2011) Guía de recursos y situación de la red de salud mental de las Islas Baleares Recuperado día 5/4/2015 de http://www.ibsalut.es/ibsalut/documentospdf/esp/GUIA_RECURSOS_SM_IB_2011_ESP.pdf

10 BOE-A-1986-1049910 Recuperado día 3/4/2015 de <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>)

11 Ministerio de Sanidad y consumo (2007). Estrategia en Salud mental del Sistema Nacional de Salud. Recuperado día 24/5/2015 de (http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf)

Con el Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre se especifican de forma más amplia las prestaciones, definiendo la cartera de servicios comunes (a toda España) de salud mental dentro de la Atención Especializada. Las comunidades autónomas en el ámbito de sus competencias podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios, que incluirán cuando menos, la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, la cual debe garantizarse a todos los usuarios del mismo.

Es en 2006 también, cuando se promulga la LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. La presente Ley tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español. *BOE-A-2006-21990*¹²

Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2007): Documento elaborado a partir del acuerdo adoptado en sesión plenaria del Consejo Interterritorial (junio de 2004), consensuado entre todos los agentes del sistema sanitario en el que se establecen objetivos generales y específicos, así como recomendaciones que permitan, sin interferir en el campo competencial de las CC.AA., establecer principios generales sobre la forma de desarrollar las intervenciones en el ámbito de la Salud Mental de manera integral y semejante en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. *BOE-A-2006-21990*¹³

A nivel europeo el mayor paso para es la Conferencia de Helsinki que se produjo el 26 de enero de 2005 bajo el lema Enfrentamiento, desafíos, construyendo soluciones, los y las representantes de los ministerios de Sanidad de los 52 Estado participantes suscribieron la Declaración Europea de Salud Mental. Esta declaración considera la salud Mental como una prioridad sanitaria, económica y social y, en consecuencia, insta a los sistemas sanitarios europeos a formular estrategias en salud mental que integren la promoción y prevención de los factores determinantes y de riesgo asociados a los trastornos mentales, las intervenciones terapéuticas, la rehabilitación, los cuidados y el apoyo social, potenciando la atención comunitaria y las redes integrales de cuidados y trabajando eficazmente para reducir el estigma asociado a la enfermedad, el enfermo y su entorno familiar. *Ministerio de Sanidad (2007)*¹⁴

¹¹ Asociación Española de neuropsiquiatría 2007, *Consenso sobre promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* Recuperado día 8/5/2015 de <https://www.aen.es/docs/CTecnico8.pdf>

¹² BOE-A-2006-21990 Recuperado día 24/05/2015 de: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>

¹³ BOE-A-1986-10499¹³ Recuperado día 3/4/2015 de <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>

¹⁴ Ministerio de Sanidad y consumo (2007). *Estrategia en Salud mental del Sistema Nacional de Salud*. Recuperado día 24/5/2015 de (http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf)

Hipótesis o preguntas de investigación

Las preguntas de investigación que se plantean en este trabajo son:

¿Existe esa falta de recursos sociales?

Desde la red de Salud mental, ¿Se trabaja más la parte sanitaria de la enfermedad que la social?

¿El estigma que esta enfermedad conlleva es la causante de esa falta de recursos?

¿Garantiza el estado el acceso a los derechos básicos (vivienda, trabajo, educación...) a las personas con problemas de salud mental?

Metodología

La metodología empleada para llevar a cabo esta pequeña investigación tiene dos partes.

Por una parte búsqueda documental basada en una documentación científica y fuentes secundarias. Para ello, se ha realizado una búsqueda exhaustiva de artículos, estudios, investigaciones o publicaciones sobre el tema a través de internet, bibliotecas o bases de datos, toda ellas perfectamente referenciadas.

Por otra parte se ha realizado una investigación de base cualitativa a través de entrevistas en profundidad semiestructuradas y una discusión en profundidad no estructurada. Las entrevistas semiestructuradas se han realizado a 3 trabajadores sociales, y la discusión en profundidad no estructurada fue con un psiquiatra. En principio solo estaban previstas las 3 entrevistas semiestructuradas, pero durante la visita a una T.S. con el cual se iba a realizar la entrevista surgió de manera imprevista una discusión en profundidad sobre el tema, la cual me sirvió tanto o más que las entrevistas, y se consideró que tenían que formar parte de este trabajo.

A continuación se exponen la procedencia del T.S. y la duración de las entrevistas llevadas a cabo. Las abreviaturas (T.S.1; TS2; TS 3 y P1) servirán para identificar a cada profesional en el apartado de resultado.

T.S 1: Equipo de Seguimiento asertivo comunitario (50 min. de entrevista)

TS. 2: Unidad de Salud Mental (25min. entrevista)

T.S. 3: Unidad de Rehabilitación Comunitaria (40 min. Entrevista)

P 1: Unidad de Rehabilitación Comunitaria

Todas la entrevistas se han realizado a través del contacto directo con la/el T.S., en el lugar de trabajo de cada uno de ellos y han sido registradas mediante una grabadora guardando dos copias de seguridad.

Marco teórico.

En España, desde finales de los años 80, se implantó el Estado de Bienestar, el cual se entiende como un conjunto de intervenciones por parte del Estado (tanto en el nivel central como en los niveles autonómico y local) dirigidas a mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población. De todas las intervenciones del Estado las que de una manera más explícita y directa afectan la calidad de vida de sus ciudadanos y residentes son: la sanidad, la educación, los servicios sociales y la seguridad social. Navarro y Quiroga (2003) *Es estado del Bienestar en España*¹⁵

En cierto modo, es un modelo social cuya finalidad es garantizar a la ciudadanía la protección de los derechos sociales y humanos. Entendiendo los **derechos sociales** (derechos fundamentales o derechos humanos) como los derechos a la previsión, el trabajo, la vivienda y la educación, es decir, los derechos a prestaciones en sentido estricto. Estos, que son derechos del individuo frente a la comunidad, se refieren a beneficios o bienes sociales, económicos y culturales, y representan la reivindicación a una distribución adecuada de los bienes necesarios para la vida. Los derechos sociales a prestaciones, también denominados derechos a la participación social, pertenecen junto con los derechos subjetivos de libertad y los derechos políticos de participación, al tipo de derechos que tienen que estar presentes en una democracia liberal moderna (López Lopera, Liliana María 2001).

Como hemos dicho anteriormente, es a partir de la implantación del Estado de Bienestar y a través de la Ley General de Sanidad de 1986, cuando se da la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general con equiparación total de los enfermos mentales al resto de la población, es decir la salud mental se empieza a reconocer como un derecho que debe garantizar el estado. Según FEAFES Extremadura (s.f.) *Guía “La salud mental, Un estado de bienestar*¹⁶, es el estado, quien debe atender, cuidar, trabajar y velar por y para el ciudadano independientemente del problema de salud que tenga. La falta de cuidados, la falta de atención, el mantenimiento de instituciones aisladas, la falta de interés para con la salud mental, sólo es propia de un estado de exclusión y de vulneración de derechos. Es decir, un Estado donde no están garantizados los derechos fundamentales.

La atención a la Salud mental es ya un derecho que debe garantizar el estado, ya que son derechos básicos, los cuales son un prerequisite para que las personas, incluidas aquellas con discapacidad mental, alcancen un mejor nivel de salud mental, ya que ésta es dependiente de los derechos a la vida, salud, privacidad, no discriminación, vivienda, trabajo, educación, participación, protección contra la tortura y tratos degradantes y la libertad de creencias, reunión y desplazamiento. (Narvárez, 2012)¹⁷

¹⁵ Navarro & Quiroga (2003) El estado del bienestar. Recuperado día 27/5/2015 de. http://www.bsolot.info/wp-content/pdf/Navarro_Vicen%C3%A7-El_Estado_de_Bienestar_en_Espa%C3%B1a.pdf

¹⁶ FEAFES Extremadura (s.f.) Guía “La salud mental, Un estado de bienestar. Recuperado día 24/05/2015 <https://consaludmental.org/publicaciones/LasaludmentalEstadoBienestar.pdf>

¹⁷ Narvárez (2012), *Salud mental y exclusión social: Reflexiones desde una estrategia política de la sanción, hacia la transformación institucional del enfoque comunitario*. Recuperado día 28/5/2015 de <http://www.eepsys.com/es/salud-mental-exclusion-social-reflexiones/>

Ahora bien, ¿Está garantizado esos derechos? ¿Se ve reflejado en la realidad actual? ¿Quién garantiza el acceso a esos recursos? ¿Son suficientes?

Cuando hablamos salud mental tenemos que tener en cuenta que esta enfermedad no solo afectan a una parte de la vida de la persona, sino a todos sus aspectos fundamentales como la salud, las relaciones sociales, familiares, el ámbito laboral...etc. Estos aspectos de la vida de una persona se ven afectados, en mayor o menor medida, por la enfermedad mental. Es por ello que se necesita un abordaje integral, donde se trabajen todos los ámbitos de la vida de la persona, y no se centre solo en la salud del individuo. No basta con tener la vivienda cubierta, si no puede tener una participación social plena, o no tiene el acceso a un trabajo digno...etc.

Según Narváez, (2012)¹⁸ La discriminación, el trato, las condiciones de vida y las mínimas posibilidades de desarrollo de una persona con diagnóstico de esquizofrenia (por ejemplo) también es un maltrato y una violación de los derechos de las personas, violación que la salud mental también vive día a día y que es ejercida tanto por las instituciones públicas de la salud, como por la sociedad en su conjunto. Ha sido ampliamente reconocido por numerosos estados y organizaciones internacionales que las personas con enfermedades mentales presentan una alta vulnerabilidad a violaciones de sus derechos humanos (Acuña y Bolis 2005, cit. en Narváez 2012). Estas persona enfrentan condiciones de vida fuertemente adversas en muchos países, con dificultades para acceder a oportunidades de educación, trabajo, vivienda y otros beneficios de programas públicos; marginación social y económica; insuficiente accesibilidad y calidad de los servicios de salud que requieren.

Castel (2009)¹⁹ nos habla de la degradación del trabajo, la degradación de las protecciones puede implicar la degradación del propio individuo, de su capacidad de conducirse como un individuo de pleno derecho, es decir, con un mínimo de independencia con la capacidad de ejercer sus responsabilidades sociales. Todos los recursos sociológicos sobre el paro muestran que lo que pierde el parado no son únicamente recursos financieros, sino que, con mucha frecuencia, es su propia identidad.

Esto es lo que ocurre con las personas con algún problema de salud mental. Al no poder acceder al mercado laboral, al tener que depender de alguien, al ser señalado o rechazado por algunas instituciones o servicios, no solo pierde el no poder acceder a una vivienda a un trabajo...etc., está perdiendo su propia identidad como individuo.

¿Quién tiene que garantizar el acceso a los recursos y la protección de las personas con problemas de S.M.?

Como hemos dicho anteriormente, es el Estado, quien debe garantizar la protección de las personas con problemas de Salud mental, en cuanto a derechos básicos se refiere, sin embargo la realidad es distinta.

España se caracteriza por tener un modelo de estado de bienestar mediterráneo, el cual delega en la familia parte de la protección social que tendría que garantizar el Estado. Se carga a la familia una responsabilidad que en muchos casos no puede asumir. En un estado contradictorio, pues delega en la familia parte de la protección social, pero a la

¹⁸ Narváez (2012), *Salud mental y exclusión social: Reflexiones desde una estrategia política de la sanción, hacia la transformación institucional del enfoque comunitario*. Recuperado día 28/5/2015 de <http://www.eepsys.com/es/salud-mental-exclusion-social-reflexiones/>

¹⁹ Castel (2009), *Tiempos de incertidumbre* recuperado día 28/5/2015 de <http://www.revistaminerva.com/articulo.php?id=411>

vez hay un nulo apoyo a la familia por parte del estado. (De Lucas & De la Cueva , 2009)²⁰

Es decir, estamos en la situación de que el estado es quién debe garantizar el acceso a unos recursos y servicios para cumplir con los derechos sociales que toda persona debe tener cubiertos, sin embargo, delega en la familia esa función.

La situación se complica más cuando hablamos de salud mental por diferentes motivos. El primero porque la familia de una persona con salud mental también necesita ayuda para enfrentarse a esa situación, es una enfermedad con un estigma social muy alto, y aun hoy en día hay cierta vergüenza en aceptar que alguien de tu familia tiene problemas mentales. En segunda, como ya hemos mencionado más arriba, porque la enfermedad no solo afecta al individuo, sino a toda la familia, la cual a veces no puede abarcar todos los aspectos que conllevan tener un familiar con problemas de salud mental. Y en tercera, porque ese estigma que lleva consigo la salud mental, dificulta aún más el acceso a esos recursos y derechos sociales.

Si comparamos la salud mental con otras enfermedades que han avanzado mucho en cuestión de derechos podremos observar como la gran culpa del éxito que se ha conseguido ha sido gracias a las familias, que han luchado y reivindicado por ello. En el caso de la salud mental, como ya hemos dicho antes, que crea más rechazo por parte de la sociedad y es por ello que las familias ocultan o no hacen visibles estos problemas. Además de la gran carga que supone en algunos casos tener un familiar con problemas de salud mental.

¿Qué papel juega el Trabajador Social en el ámbito de la Salud mental?

El objetivo principal del trabajador social (sea en el ámbito que sea) es la de contribuir a mejorar la calidad de vida de los individuos, grupos y comunidades priorizando aquellas situaciones que reflejen una mayor carencia de recursos personales, sociales y económicos. Además de educar y promover el pleno de su desarrollo de las capacidades de las personas. (Casas, de Vicente & Garriga, R 2005).

En cuanto al trabajo social en el ámbito sanitario, podemos decir que el objetivo general de la unidad de Trabajo Social es la de ayudar a conseguir la máxima salud social del usuario, entendiendo como tal la situación óptima en relación de cada una de las dimensiones que configuran el entorno social de la persona, para conseguir, si fuera el caso, la reinserción a la comunidad de manera coordinada con la atención primaria, con el fin de conseguir la mejor calidad de vida posible para el usuario. (Casas, de Vicente & Garriga, R 2005).²¹

Si el estado no garantiza el acceso a esos recursos, y por tanto no garantiza los derechos fundamentales, y la familia tampoco puede asumir esa responsabilidad, es el Trabajador Social, quien debe ser un puente de unión entre el Estado, la familia y la persona con problemas de Salud mental.

²⁰ De lucas & de la Cueva (2009) Crisis anunciada y sujeción de la mujer en el régimen familiarista. Recuperado día 27/05/15 de <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/4191/b15538205.pdf?sequence=2>

²¹ Casals, de Vicente, Garriga & Tabueña (2005). *Intervenció Social en l'atenció sociosanitària i residencial*, Servei de publicacions Universitat Autònoma de Barcelona

Si analizamos la definición de la OMS sobre la salud mental dice que es un estado de bienestar...donde el individuo puede trabajar de forma productiva y es capaz de hacer una contribución a la sociedad. Pues bien, es ahí donde entramos los Trabajadores sociales, los terapeutas ocupacionales...etc. Mejorar su salud social para poder así mejorar su salud mental (o enfermedad mental). Además se tiene que reivindicar la falta de recursos, la sensibilización, las campañas contra el estigma...etc. cosa que los grandes profesionales ya hacen, pero los cuales necesitan del apoyo del estado para poder contribuir y proteger a las personas con problemas de salud mental.

Resultados

El primer resultado que pude obtener a través de las entrevistas realizadas es que hay una **falta de recursos sociales** dentro de la red de salud mental. La red de Salud mental, está muy bien articulada en cuestiones hospitalarias, pero hay una falta notable de recursos sociales, programas de reinserción laboral, falta de recursos básicos como el acceso a una “vivienda” a través de pisos tutelados...etc.

Según T.S 1 “la solución no sería crear otra red sino crear recursos en sí y que estos estén coordinados entre las redes para que las personas con problemas de salud mental puedan acceder a esos recursos.”

Según T.S. 2 “Hay que crear recursos dentro de la propia red de S.M., recursos sociales, ya que los que hay no son suficientes para poder abarcar a toda la población y estos tienen que estar dentro del propio sistema. Es decir, lo que no hay que hacer es crear otra red de recursos sociales, sino articularlos de igual forma que se ha articulado la Red de Salud mental en las Islas Baleares.

Otro de los resultados que pude obtener fue que hay una **falta de protocolos** a la hora de coordinar esos dos sistemas. Según T.S 2 “A veces se consigue que cierto paciente pueda acudir a X servicio por la buena relación que pueda haber entre los profesionales de dicho servicio y no tanto por las “directrices” o estrategias formales que pueda haber para la normalización de la vida de esa persona.

Este punto se puede relacionar con la opinión realizada por la T.S. 3 la cual en la entrevista que pude realizar con ella, dijo que muchas veces la/el trabajador social actuaba como puente entre el recurso y la persona. Es decir, según la institución o recurso, X persona con X problema de salud mental, no encajaba en ese recurso, entonces era la T.S. quien tenía que “demostrar” que podía encajar perfectamente y que su enfermedad no era impedimento para realizar dicha actividad.

A través de estas declaraciones, y desde mi punto de vista, podemos concluir que esa falta de protocolos o directrices formales dificultan el acceso a los recursos sociales, laborales...etc. de las personas con problemas de Salud Mental. Se utiliza el vínculo entre profesionales, dejando paso así a la subjetividad cuando el acceso a esos recursos tiene que ser objetivo y garantizado ya que son derechos básicos y universales, además de que la reinserción laboral, social...etc., son claves para la recuperación de la persona.

En cuanto a esas dificultades para acceder a ciertos recursos sociales que no son específicos de salud mental, los 4 profesionales a los que pude preguntar me dieron prácticamente la misma opinión. La **falta de conocimiento**. El cual además, provoca el estigma hacia las personas con salud mental.

P1 nos explicó que “Cuando la UCR se trasladó a este barrio, nadie nos conocía, ni a nosotros ni a los usuarios y nos resultó muy difícil organizar actividades dentro de la vida del barrio. Con el paso del tiempo, todas han visto que las personas con problemas con S.M no son ogros, ni violentos, ni malas personas, que hay casos y casos pero nos costó mucho llegar a este punto. Hace unos meses pasó una cosa curiosa. Tanto los profesionales de la UCR como los usuarios, tenemos una relación bastante directa con el centro de salud, pues bien, en el centro de salud se buscaban voluntarios para

acompañar a personas mayores a comprar medicamentos. Enseguida, aquel voluntariado se nos presentó como una manera de integrar a los usuarios dentro de la vida del barrio. Lo comenté a la enfermera y esta me dijo que no podía una persona con esquizofrenia acompañar a una persona mayor, porque a ver si le iba a pasar algo...etc. Sin embargo, cuando dije que la persona que habíamos pensado para el voluntariado era María (nombre ficticio), la enfermera como la conocía accedió de buen gusto a que María realizara el voluntariado. Es decir, no es lo mismo decir vendrá como voluntario (un programa de voluntariado para acompañar a personas mayores) una persona con esquizofrenia, que vendrá al voluntariado María, la vecina de toda la vida, que aunque saben que tiene esquizofrenia, la conocen y no tienen la imagen distorsionada de persona con esquizofrenia.”

La falta de conocimiento, de relación con las personas que tienen problemas de S.M., la imagen que tenemos de ellos, en resumen, la falta de conocimiento sobre la S.M. crea un estigma dentro de la sociedad, que dificulta el acceso a los recursos o a que los usuarios se sientan marginados o estigmatizados. Sufriendo con ellos la discriminación o al violación de sus propios derechos como ciudadanos.

La labor que hacen los profesionales para dar a conocer como es en realidad los pacientes con S.M. es imprescindible y funciona pero no es suficiente. Por poner un ejemplo, cuando esa misma UCR por las razones que sea, tenga que cambiar de barrio, volverá a encontrarse con el mismo problema. Según mi punto de vista, es necesaria una campaña de visibilidad a un nivel más global para poder empezar a combatir esa falta de conocimiento y por tanto acabar con el estigma, aunque la realidad es mucho más complicada de lo que parece.

Otro de los problemas con los que se encuentran, las familias de las personas con problemas de salud mental, muchas veces, ya sea por el peso que conlleva una enfermedad de S.M., por falta de recursos económicos...etc., no pueden dar el apoyo que necesitan. Es por ello, que las personas con problemas de salud mental, necesitan mucho más recursos sociales que personas con otro tipo de enfermedad. Ya que muchas veces las personas con una enfermedad mental pueden consumir drogas o alcohol, y requieren de una atención que la familia no puede darle.

TS3 “Muchos de los pacientes que tenemos viven en albergues o en la calle, ya sea porque tienen problemas de alcohol, o porque la familia ya no puede soportar el peso que a veces conlleva...etc, “

TS2. “Mira por ponerte un ejemplo, los niños con síndrome de down, han conseguido todo lo que tienen porque las familias han luchado por tener esos derechos que les corresponden, sin embargo, una familia con un miembro con problemas de S.M., no hará visible de cara a la sociedad ese problema, porque sigue estando estigmatizada esta enfermedad y porque parece que es una vergüenza. Además, muchas veces la familia, después de muchas recaídas del paciente ya no puede más y deja de dar esa protección al enfermo. Y con esto no se culpabiliza a las familias, ya que es verdad que en muchos casos es una enfermedad muy “absorbente”. Entonces entramos en la dinámica, de que la familia no puede ofrecer esa protección y el Estado no tienen recursos suficientes.

Es decir, como hemos dicho en otro apartado, el estado delega a la familia, y esta muchas veces no puede ofrecer la protección necesaria. Además que al delegar a la familia esa función, deja de garantizar el derecho a la vivienda, al trabajo...etc.

Conclusiones

Con la Ley general de sanidad (1986), se empieza la reforma psiquiátrica en España. Con la cual se empieza a equiparar a los enfermos mentales con cualquier otro ciudadano. Se empiezan a crear recursos ambulatorios, hospitalarios...etc., y junto con las transferencias en materia de salud a las CCAA, se crea una red de Salud Mental en cada comunidad.

A través de la búsqueda de documentación y de una serie de entrevistas realizadas a profesionales del ámbito de la S.M, se puede observar cómo la red de S.M. a nivel hospitalario está muy bien articulada, sin embargo a nivel de recursos sociales es diferente. Es decir, no hay unos protocolos a seguir o un trabajo conjunto y estructurado entre los recursos sociales cuando por ejemplo el usuario sale del hospital. Se trabajan los aspectos sociales por separado (vivienda, acceso a trabajo..etc.), pero no porque haya un protocolo, sino por propia iniciativa del trabajador social. Si que existen recursos sociales, pero estos son insuficientes y con falta de estructura

Ya sea por la falta de aportación del Estado, el cual no garantiza los derechos básicos a toda la población en general, por la falta de protocolos a seguir, por el desconocimiento que hay en referencia a la salud mental, sigue habiendo estigma hacia estas enfermedades y a las personas que la padecen.

Es visible la larga lucha que hay por delante, para que las personas con problemas de Salud Mental, gocen de los mismos derechos que cualquier ciudadano. Es nuestra responsabilidad, ya no solo como profesionales, sino como ciudadanos, reivindicar su sitio en la sociedad, que nos es ni más ni menos importante que cualquiera del resto.

Bibliografía

Asociación Española de neuropsiquiatría (2007) Consenso sobre promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Recuperado día 8/5/2015 de <http://www.aen.es/docs/CTecnico8.pdf>

Asociación mundial de psiquiatría (2002). La esquizofrenia: Guía práctica para los medios de comunicación. Recuperado día 7/4/2015 de <http://www.fundacion-salto.org/documentos/ABRE%20LAS%20PUERTAS%20-%20Gu%C3%ADa%20medios.pdf>

BOE-A-1986-10499 ¹ Recuperado día 3/4/2015 de <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>)

BOE-A-2006-21990 Recuperado día 24/05/2015 de: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>

Casals, de Vicente, Garriga, & Tabueña, (2005). *Intervenció Social en l'atenció sociosanitària i residencial*, Servei de publicacions Universitat Autònoma de Barcelona

California Mental Health Services Act. (s.f.) Recuperado día 9/4/2015 de <http://www.disabilityrightsca.org/pubs/CM0402.pdf>

Castel (2009), *Tiempos de incertidumbre* recuperado día 28/5/2015 de <http://www.revistaminerva.com/articulo.php?id=411>

De lucas y de la Cueva (2009) Crisis anunciada y sujeción de la mujer en el régimen familiarista. Recuperado día 27/05/15 de <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/4191/b15538205.pdf?sequence=2>

FEAFES Extremadura (s.f.) Guía "La salud mental, Un estado de bienestar. Recuperado día 24/05/2015 <https://consaludmental.org/publicaciones/LasaludmentalEstadoBienestar.pdf>

López et. Al. (2007) La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Recuperado día 24/5/2015 de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n1/v28n1a04.pdf>

López, Liliana. (2001) Derechos Económico y sociales, derechos diferenciados y ciudadanía. En *Ciudadanía y Derechos Humanos Sociales*. Editores: Manuel Alberto Alonso y Jorge Giraldo Ramírez. Escuela Nacional Sindical, Medellín

Ministerio de Sanidad y consumo (2007). Estrategia en Salud mental del Sistema Nacional de Salud. Recuperado día 24/5/2015 de (http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf)

Narváez (2012), *Salud mental y exclusión social: Reflexiones desde una estrategia política de la sanción, hacia la transformación institucional del enfoque comunitario*. Recuperado día 28/5/2015 de <http://www.eepsys.com/es/salud-mental-exclusion-social-reflexiones/>

Navarro & Quiroga (2003) El estado del bienestar. Recuperado día 27/5/2015 de. http://www.bsolot.info/wpcontent/pdf/Navarro_Vicen%20El_Estado_de_Bienestar_en_Espa%20a.pdf

Organización Mundial de la Salud (2001). Recuperado día 5/4/2015 de [http://www.who.int/topics/mental_health/es/Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](http://www.who.int/topics/mental_health/es/Organización_Mundial_de_la_Salud_(OMS))

Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Capítulo 2 Recuperado día 4/06/2015 de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_es.pdf

Salvà & Garrido (2011) Guía de recursos y situación de la red de salud mental de las Islas Baleares Recuperado día 5/4/2015 de http://www.ibsalut.es/ibsalut/documentospdf/esp/GUIA_RECURSOS_SM_IB_2011_ESP.pdf