

Trabajo social psiquiátrico

*Reivindicación ética
de la dimensión social
en salud mental*

* * * * *

Francisco Idareta Goldaracena

 **libres**

Colección Trabajo Social, 9

Directora de la colección: *Josefa Fombuena Valero*

© Francisco Idareta Goldaracena, 2018

© De esta edición:

Nau Llibres

Periodista Badia 10. 46010 València

Tel.: 96 360 33 36

Fax: 96 332 55 82

E-mail: nau@naullibres.com

web: www.naullibres.com

Diseño de cubierta y maquetación:

Pablo Navarro, Nerina Navarrete y Artes Digitales Nau Llibres

Ilustración de la cubierta:

[lightsource] / Depositphotos.com

ISBNs Nau Llibres

ISBN_papel: 978-84-16926-82-4

Depósito Legal: V-2332-2018

ISBN_ePub: 978-84-16926-83-1

ISBN_mobi: 978-84-16926-84-8

ISBN_PDF: 978-84-16926-85-5

Impresión: Safekat

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización por escrito de los titulares del «Copyright», bajo las sanciones establecidas por las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático.



A las Hermanas Hospitalarias

Regia (crede mihi) res est succurrere lapsis
[Créeme, es cosa de reyes socorrer a los desvalidos].

Publio Ovidio (2000). *Cartas desde el ponto*.

Índice

Presentación	9
Prólogos	13
Psicopatología y realidad social y cultural	13
El trabajo social psiquiátrico en salud mental.....	16
Una lectura desde el trabajo social clínico de <i>Trabajo social psiquiátrico: reivindicación ética de la dimensión social en salud mental</i>	19
Introducción	23
1. Conceptos clave	33
1. Salud.....	33
2. Salud mental	35
3. Psiquiatría.....	36
4. La enfermedad mental a lo largo de la historia	40
5. Trabajo social psiquiátrico	45
2. La dimensión social en medicina y psiquiatría	47
1. Modelo biologicista.....	48
2. Modelo biopsicosocial	49
3. Psiquiatría comunitaria	50
4. La dimensión social en medicina.....	53
5. La dimensión social en psiquiatría	56
3. Historia del trabajo social psiquiátrico	61
1. La dimensión social en la psiquiatría española durante los siglos XIX y XX	62
1.1. Siglo XIX.- 1.2. Siglo XX: importancia de los años 50	
2. Orígenes del trabajo social psiquiátrico	72
2.1. Ámbito internacional.- 2.2. Ámbito nacional (España).- 2.3. Ámbito autonómico (Navarra)	
4. La enfermedad mental	81
1. Persona usuaria de los Servicios de Salud Mental	82
2. Clasificación de los trastornos mentales	83
3. Trastornos mentales más habituales	85
3.1. Esquizofrenia y grupo de trastornos psicóticos.- 3.2. Trastorno bipolar y trastornos asociados.- 3.3. Trastorno de personalidad	

5. Funciones del trabajador social psiquiátrico	95
1. Ambiente terapéutico y relación terapéutica.....	96
2. Equipo multidisciplinar.....	99
3. Funciones de los trabajadores sociales psiquiátricos dentro del equipo multidisciplinar	100
4. Intervención social.....	101
4.1. Intervención social con pacientes con trastorno mental grave.- 4.2. Intervención social con pacientes con drogodependencias.- 4.3. Intervención social con pacientes de unidades infanto-juveniles.- 4.4. Intervención social con pacientes de psicogeriatría	
6. Recursos y programas del trabajo social psiquiátrico	119
1. Protección de la salud mental.....	120
2. Recursos asistenciales	121
3. Recursos de alojamiento y vivienda.....	125
4. Recursos ocupacionales y sociolaborales.....	126
5. Recursos de apoyo social: clubes sociales	126
7. Cuestiones legales en el trabajo social psiquiátrico.....	129
1. Legislación general.....	130
2. Ámbito civil.....	131
2.1. Código Civil.- 2.2. Ley de Enjuiciamiento Civil.- 2.3. Incapacitación legal.- 2.4. Internamiento no voluntario.- 2.5. Medidas de aislamiento y sujeciones.- 2.6. Tratamientos invasivos	
3. Ámbito penal	141
4. Ámbito social.....	143
8. Cuestiones éticas en el trabajo social psiquiátrico.....	145
1. Conceptos éticos básicos.....	149
2. Tendencias éticas de los modelos asistenciales	152
3. Cuestiones éticas sobre el diagnóstico psiquiátrico.....	155
4. Cuestiones éticas en el equipo multidisciplinar	156
5. Cuestiones éticas sobre la contención mecánica y el aislamiento	157
6. Cuestiones éticas en distintos recursos asistenciales psiquiátricos.....	157
7. Conflictos éticos en pacientes con trastorno mental grave	158
8. Conflictos éticos en pacientes con drogodependencias.....	160
9. Conflictos éticos con menores en unidades infanto-juveniles...	161
10. Conflictos éticos con pacientes psicogeriatricos.....	162

Epílogo	165
Bibliografía	169
Anexos	191
1. Selección de textos	191
2. Selección de casos prácticos.....	221

| Presentación

El campo de la atención a la salud mental es probablemente el ámbito asistencial sanitario en el que están más implicadas e imbricadas las vertientes clínica (psicológica, psicopatológica) y social. Ello es así por la propia naturaleza del sufrimiento psíquico, expresión del malestar del sujeto en comunicación con su contexto relacional (social).

Cuando pensamos e intervenimos en salud mental, no podemos obviar que, tanto en la génesis como en la expresión del sufrimiento psíquico individual y en la resolución o alivio de este, es ineludible contar con el contexto social más cercano (familia) o algo más lejano (entorno social) del sujeto.

La naturaleza (lo más biológico) es la matriz sobre la que se estructurará todo un complejo mundo de relaciones y vínculos afectivos que configuran a la persona en su devenir evolutivo. Así, podríamos decir que lo social, lo relacional, lo cultural, es la mano que, trabajando la materia que aporta la naturaleza, dará forma a esa escultura dinámica que es el psiquismo humano.

Aunque la historia del trato a las personas que sufren problemas mentales no es un dechado de actitudes virtuosas, sino a veces lo contrario (el estigma, el encierro...), desde hace siglos están documentadas experiencias de trato respetuoso y compasivo hacia las personas que sufren enfermedades mentales. Sin embargo, hasta las últimas décadas del siglo XX no se apreciarán signos de un radical cambio de actitud

clásica, asentada en actitudes fundamentalmente beneficentistas. Quizá el mayor aporte de la nueva ética asistencial es el redescubrimiento y la reivindicación de la capacidad autónoma de los sujetos para regir su propia vida; autonomía, a veces, mermada transitoriamente por la presencia de una patología mental activa, pero siempre reivindicable. La recuperación de esa capacidad de gestión de la propia vida de la persona es el objeto del trabajo de todos los profesionales asistenciales en salud mental, apoyando y favoreciendo, desde la profesionalidad, la compasión y el respeto, la recuperación y el ejercicio del mayor grado posible de funcionalidad.

La presente publicación del profesor Francisco Idareta resalta extensamente el valor imprescindible del trabajo social para el logro de una atención digna (ética) a las personas que sufren problemas de salud mental. Sin duda alguna viene a llenar un vacío en un campo en el que ha escaseado, si no la reflexión, sí al menos la producción escrita. Por ello, considero que es un trabajo que abre un campo de acción en el que esperamos que se mantenga, con el nivel de profundidad y calidad que podrán apreciar en cuanto empiecen a adentrarse en las páginas que siguen.

Fernando Santander Cartagena (psiquiatra)
Magíster en Bioética
Presidente del Comité de Ética Asistencial
de la Red de Salud Mental de Álava (Osakidetza)

| Prólogos

PSICOPATOLOGÍA Y REALIDAD SOCIAL Y CULTURAL

La Psiquiatría como especialidad médica dedicada al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales está profundamente vinculada al entorno social y cultural donde dicha enfermedad aparece. Esta relación no se limita a hechos contrastados y relevantes, tales como que la desigualdad social, el paro, la pobreza o la marginación favorezcan o desencadenen la aparición de trastornos mentales. La relación es mucho más profunda: el entorno social y cultural modela el mismo fenómeno psicopatológico, de forma que hay determinados trastornos que surgen, desaparecen o se transforman a tenor de los cambios sociales y culturales. Voy a poner dos ejemplos de este tipo de evolución, acaecidos en los últimos treinta años. El primero son los escrúpulos patológicos, un tipo de pensamiento obsesivo en torno a la idea de pecado, que se traducían en comportamientos como las confesiones reiteradas, rituales de expiación, etc. Hace treinta años era un trastorno relativamente común en las consultas psiquiátricas, y en cambio en la actualidad es extraordinariamente raro, e incluso los pocos casos que se atienden tienen por lo general una larga evolución. El segundo es el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Durante mi formación en el servicio de psiquiatría del hospital Ramón y Cajal de Madrid,

sufrimiento humano, un punto que ya desarrolló en su recomendable trabajo de tesis doctoral al aproximar la ética de la alteridad del filósofo judío Emmanuel Lévinas al trabajo social.

El análisis bibliográfico y la selección de textos son excelentes y sin duda va a constituir una herramienta muy valiosa y de referencia, y no solo para estudiantes, sino para todo tipo de profesionales. Pero eso no es todo. Conozco a Francisco desde hace años, y sé que cuando habla de la atención en salud mental no toca de oído. En su caso, basar la intervención en trabajo social psiquiátrico en la sensibilidad humana ante el sufrimiento no es solo una aportación teórica, sino, sobre todo, un desarrollo de su propia personalidad.

Dr. Manuel Martín Carrasco (psiquiatra).
Presidente del Comité Directivo
del Consejo Europeo de Sociedades Psiquiátricas.
Director del Instituto de Investigaciones Psiquiátricas
de la Fundación María Josefa Recio de Bilbao.
Director médico de los centros hospitalarios
Benito Menni de Pamplona y Elizondo.

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.

El trabajo social tiene el potencial de que sus profesionales estén presentes en los dos sectores principalmente implicados en la coordinación sociosanitaria: el sistema de servicios sociales y el sistema sanitario. Existe unanimidad en la necesidad que existe en nuestra profesión de formar parte y estar presente en espacios que abordan la salud mental, una importancia que va más allá del caso, del individuo, para integrar la intervención con el entorno del contexto genérico: sus redes familiares y sociales.

Compartimos, como se indica en el libro, la importancia del tratamiento psicofarmacológico en el trabajo social psiquiátrico, pero, una vez consolidado, es precisa la integración de la persona en su entorno y en la sociedad. Actuar de otra forma, tal y como indica el texto, sería negligente.

El texto es un excelente compendio del trabajo social psiquiátrico desde sus orígenes. Aborda conceptos y la evolución de la dimensión social en la medicina y en la psiquiatría, para centrarse en la intervención social psiquiátrica con pacientes con trastornos mentales o con drogodependencias. Sin embargo, no acaba aquí este excelente manual, sino que desarrolla dos planos muy importantes que basculan toda la publicación: por un lado, las cuestiones legales y jurídicas, un desarrollo normativo que hay que tener siempre presente en la intervención profesional, y, por otro, las cuestiones éticas que implican al trabajo social psiquiátrico, tanto con relación a los pacientes, como con relación a los recursos, al diagnóstico o a los equipos multidisciplinares.

La profesión, si quiere consolidarse y conseguir la ansiada consideración de profesión sanitaria, necesita más manuales como el de Francisco Idareta, que implementen y doten de contenido a la práctica profesional.

Ana Isabel Lima Fernández (trabajadora social),
presidenta del Consejo General del Trabajo Social
y de la FITS Región Europea

Es un libro que, partiendo del reconocimiento de la exigencia ética de contemplar los aspectos sociales en la atención a la salud mental de la población, abre una nueva ventana que permite adentrarse en una amplia serie de cuestiones relacionadas con la práctica del trabajo social en este campo. Es, por tanto, un libro muy interesante, sin duda, para los trabajadores sociales psiquiátricos, para otros miembros de los equipos interdisciplinarios, así como para otros trabajadores sociales, para profesores e investigadores y será, con toda seguridad, una valiosa herramienta en la formación de los estudiantes de Trabajo Social, principalmente, y también de otras disciplinas.

Animo por todo ello a los lectores a adentrarse en sus páginas con la mente abierta y con el ánimo sosegado para ir descubriendo, poco a poco, sus grandes aportaciones.

Amaya Ituarte Tellaeche (trabajadora social clínica),
Máster en Cuidados asistenciales en problemas de Salud Mental,
Psicoterapeuta acreditada,
Supervisora clínica,
Autora de *Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico* (1992).

Introducción

La razón de que el hombre sea un ser social, más que cualquier abeja y que cualquier otro animal gregario, es clara. La naturaleza, pues, como decimos, no hace nada en vano. Sólo el hombre, entre los animales, posee la palabra. [...] Y esto es lo propio de los humanos frente a los demás animales: poseer, de modo exclusivo, el sentido de lo bueno y lo malo, lo justo y lo injusto, y las demás apreciaciones.

Aristóteles (1986). *Política*.

Hoc habeo, quodcumque dedi [Tengo lo que di]

Caius Rabirius (65 a.C.). *Apothegma*.

Con demasiada frecuencia, la enfermedad mental precipita a las personas que la padecen y a sus familias hacia el abismo de la pobreza, de la marginación, de la estigmatización y de la discriminación, negándoles sus derechos económicos, sociales y culturales, limitando su acceso al mercado laboral y a la educación.

Por todo ello, el *Plan de Acción Integral 2013-2020* tiene como finalidad el fomento del bienestar mental, la prevención de los trastornos mentales, la mejora de la recuperación, la promoción de los derechos

humanos y la reducción de la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad de las personas con trastornos mentales, entre otros. Sea como fuere, dentro de sus objetivos, alude en su artículo 22.2 a “proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta” (OMS, 2013: 10), que desarrolla en las páginas 14 y ss. y 28 y ss.

En otro documento, titulado *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*, de referencia ineludible en España para todos los profesionales de la salud mental, se señala que “los trastornos mentales, especialmente los graves, conllevan múltiples consecuencias sociales, laborales, legales, educativas, etc., que deben ser consideradas componentes de la enfermedad y por tanto objeto de atención por parte de los servicios de salud mental en colaboración con los sectores implicados” (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011: 57), palabras que dejan entrever que deben ser consideradas porque, efectivamente, todavía en algunos lugares no lo son.

También en el mismo documento, se recomienda incorporar un enfoque positivo e integral de la salud, con atención a los determinantes sociales y ambientales de esta. Y pese a la trascendencia de esta aportación, parece que seguimos en las mismas.

A este respecto, es probable que, habida cuenta del fracaso del enfoque bio-psico-social (que, en detrimento de las otras dos últimas, continúa amplificando únicamente la primera de las tres dimensiones), las diferentes disciplinas que intervienen en salud mental (medicina, psicología, enfermería, trabajo social, etc.) no tengan la capacidad ni la autoridad suficiente para pasar, del enfoque bio-bio-bio, al que aludía en 2005 el presidente de la Asociación Americana de Medicina Steven Sharfstein, a un enfoque en el que lo psicológico y lo social tengan el mismo peso específico que ha tenido hasta la fecha lo biológico.

Y es que en España todo apunta a que el modelo sanitario es insensible a las dimensiones psicológica y social (Miranda, 2010; Aretio, 2010). En este mismo sentido, la reforma psiquiátrica española requeriría de otra reforma para que se explique y comprenda la enfermedad mental en aquellos contextos significativos para los sujetos que la padecen. De ese modo, contrarrestaríamos hasta anular el reduccionismo del que peca la psiquiatría biológica y su inherente positivismo, un biologicismo que tiende a estar supeditado a los intereses de la empresa

1 | Conceptos clave

Olvidamos que la acumulación de conocimiento y la celebración de convicciones deben finalmente dar como resultado la aplicación de ese conocimiento y esas convicciones a la vida misma.

Jane Addams (1902). *Democracy and Social Ethics*.

Antes de comenzar a profundizar en los diferentes contenidos, es importante explicar algunos conceptos clave que nos van a acompañar a lo largo de la exposición de los mismos, por lo que la pretensión de este capítulo consiste en delimitar y aclarar qué entendemos por salud, salud mental, psiquiatría y trabajo social psiquiátrico.

1. SALUD

Existen múltiples definiciones de salud, pero hemos destacado tres: la de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1946), la del Comité de Expertos de la OMS (1957) y la propuesta de Miranda (2015) desde una perspectiva ecológica. La OMS (1946) define salud como “el estado

de completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”. Por su parte, su Comité de Expertos la plantean, más de una década más tarde, como “el grado de conformidad que no exceda de los límites de variación tolerables con las normas establecidas para determinar las características teniendo en cuenta la edad, el sexo, la colectividad y la región geográfica”.

Desde una perspectiva ecológica, Miranda (2015: 19) señala que salud es aquella

expresión de un equilibrio ecológico favorable que no exige una ausencia total de enfermedad, pero que requiere la presencia de haberes positivos que la promuevan y fomenten. O también un proceso de equilibrio inestable e integral de las personas con el medio ambiente, y condicionada por los factores intersectoriales e históricos, biológicos y culturales, individuales y colectivos.

Efectivamente, desde la perspectiva ecológica, la salud es el resultado final de componentes como la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la atención sanitaria.

Todas estas definiciones tienen en común que son la expresión del proceso vital y no se sustentan en la noción de enfermedad. De hecho, la OMS (1983) llega a reconocer lo erróneo de implicar solo la conducta individual como factor causal de la mala salud, así como que los aspectos estructurales de la sociedad y los riesgos del ambiente son poderosos determinantes de las enfermedades crónicas. En cualquier caso, Miranda (2015: 21) destaca que

por más fuerza que estos enfoques tuvieron en los 80 [...] con el paso del tiempo parece haber decaído en el contexto de lo que denominamos el modelo médico hegemónico [...] y el triunfo del enfoque cada vez más biológico y menos psicológico y, por supuesto, menos social.

Tras aproximarnos brevemente al término de *salud*, abordaremos también de forma sucinta el de *enfermedad*, entendida esta como pérdida de salud. Desde el punto de vista del paciente, la enfermedad posee una serie de características: genera sufrimiento, limita e impide nuestro pensamiento o comportamiento, amenaza nuestra integridad hasta el punto de correr el riesgo de morir o de padecer alguna discapacidad, tiende a aislarnos y, finalmente, puede eximirnos de algunas responsabilidades que la sociedad nos impone.

Desde la perspectiva del médico, la enfermedad se entiende como desorden funcional, lesión orgánica, trastorno del rendimiento vital o anomalía conductual que impide el normal desarrollo del proceso vital del sujeto afectado.

2. SALUD MENTAL

En psiquiatría se alude a “trastornos mentales y del comportamiento” para referirse a la enfermedad mental, entendida como desequilibrio psíquico que se puede manifestar a través de síntomas y signos que impiden el desarrollo normal de la persona que los sufre. La OMS (1994) la delimita del siguiente modo:

todo trastorno manifiesto de las funciones mentales, lo bastante específico desde el punto de vista clínico, para que pueda ser identificado con seguridad, refiriéndolo a un patrón claramente definido, y lo bastante grave como para que origine una pérdida de la capacidad profesional o de adaptación social en un grado tal que determina una ausencia del trabajo o la aplicación de medidas judiciales y sociales.

Se acepta que la enfermedad mental se origina por factores biológicos, psicológicos y sociales, y que se caracteriza principalmente por la pérdida de autodominio, la falta subjetiva de bienestar, las preocupaciones y el miedo que el sujeto no puede resolver por sí mismo, la manifestación de alteraciones que interfieren en el normal desarrollo de su vida, así como la ausencia de conciencia de enfermedad.

A tenor de lo anteriormente señalado, el término *salud mental* (alternativo del de psiquiatría, que es fundamento de aquella) ha sido definido por la OMS (1950: 2) como aquella “capacidad de un individuo para establecer relaciones armoniosas con otros y para participar en modificaciones de su ambiente físico y social o de contribuir en ello de modo constructivo”. Se hace hincapié en la relación establecida con el medio por la persona y en su capacidad para adaptarse, resolver conflictos y contribuir a su entorno de forma activa. Es la definición que sigue vigente, aunque en la actualidad presenta diferentes matices, ya que la OMS (2001: 1) entiende la salud mental como aquel “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”.

La salud mental da cuenta de las condiciones de vida, de las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral y de la capacidad de integración al medio social y cultural. De ahí que el enfoque de la salud mental sea mucho más amplio que el de la enfermedad mental y su tratamiento clínico, adquiriendo relevancia los aspectos preventivo (especialmente desde la OMS) y participativo (psiquiatras, población, legisladores, políticos, etc.).

3. PSIQUIATRÍA

Del mismo modo que con los términos anteriores, definiremos el término psiquiatría y, en este caso, habida cuenta del interés y la importancia que esta disciplina posee en el marco del presente trabajo, profundizaremos en los diferentes modelos asistenciales y en las principales consideraciones de enfermedad mental que se han venido manejando a lo largo del tiempo, así como en el contexto histórico en el que se originaron.

La psiquiatría es aquella ciencia que trata las enfermedades mentales en sus diferentes aspectos (etiología, prevención, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, etc.) y, como veremos, se incorpora a la medicina a través de la identificación entre locura y enfermedad (Comelles, 1988, 1992). A su vez, la psicopatología es la fundamentación teórica en la que se basa la psiquiatría, que define los síntomas y signos agrupándolos en diferentes entidades psicopatológicas.

A lo largo de la historia han destacado cuatro consideraciones sobre la enfermedad mental (Álvaro, 1992): posesión diabólica (enfoque religioso, hasta la Edad Media), desviación social (enfoque moral, en la Ilustración), enfermedad física (enfoque biológico, en el s. XIX) y enfermedad psicosocial (enfoque psico-sociológico, en el s. XX).

En la actualidad, la dimensión social es importante en la psiquiatría, aunque no sea más que en teoría, ya que en la práctica continúa predominando el enfoque biologicista. No obstante, pese a que prepondere este modelo médico tradicional, como veremos, no siempre ha sido así. En otras épocas, la psiquiatría ha puesto el acento en la dimensión social, en el origen social de la enfermedad mental (entendida como reacción patológica y respuesta adaptativa

2 | La dimensión social en medicina y psiquiatría

La individualidad no es un fin en sí mismo; es la que da fruto a través del contacto con el mundo, y en ese proceso sale de su aislamiento. Si mantenemos nuestra individualidad en una urna de cristal, se marchita. Se enriquece en cambio cuando fluye libremente a través del contacto humano.

Bertrand Russell (1929). *Marriage and Morals*.

Yo llego a ser Yo en el Tú; al llegar a ser Yo, digo Tú. Toda vida verdadera es encuentro. La relación con el Tú es inmediata. [...] Entre el Yo y el Tú no media ninguna finalidad, ningún deseo y ninguna antelación. [...] Toda mediación es un obstáculo. Sólo donde toda mediación se ha desmoronado acontece el encuentro.

Martin Buber (1923). *Yo y Tú*.

Pese a que teóricamente se acepta que el modelo biopsicosocial es el más adecuado para atender de forma integral al paciente, lo cierto es que se constata el predominio del modelo médico o biologicista. De ahí que el objetivo del presente capítulo sea explicar en qué consiste el modelo médico, el modelo biopsicosocial y la psiquiatría comunitaria, así como la incidencia de la dimensión social en medicina y en psiquiatría.

1. MODELO BIOLOGICISTA

En la actualidad, en medicina continúa preponderando el modelo médico biologicista, un modelo caracterizado por su vertiente positivista y evolucionista, por el predominio del enfoque asistencialista y curativo, así como por la relación asimétrica entre médico y paciente. La peculiaridad de este modelo radica, por una parte, en que considera al paciente responsable de una enfermedad de la que no sabe nada y al que, precisamente por ello, hay que orientar y, por otra, en que la causa de la enfermedad mental es siempre física, sin que los factores psicológicos o sociales la puedan afectar. De este modo, se concibe al paciente como un ser asocial, ahistórico y consumidor pasivo de un tratamiento principalmente psicofarmacológico, que es el único que podrá solventar el problema.

El biologicismo establece un orden específico: primero se erige lo biológico; seguidamente lo psicológico; y, posteriormente, sobre lo anterior, lo social y cultural. Así, la dirección que se propone es de abajo hacia arriba, siendo la genética la que determina lo social y cultural, y nunca al revés. De hecho, desde esta perspectiva, lo social y lo cultural no pueden afectar a lo biológico. El determinismo biológico niega que lo social y cultural afecte a lo biológico: lo biológico nunca puede ser afectado por el contexto social y cultural (Martínez Hernández, 2001).

Este modelo biologicista es el paradigma dominante desde el último tercio del siglo XX a raíz de los descubrimientos de los primeros psicofármacos (clorpromazina, 1952; imipramina, 1957, etc.), representando el modelo biomédico (inicialmente en la línea hipocrática y posteriormente en la línea kraepeliana). Se concibe que los problemas del paciente son, en gran medida, resultado de un trastorno orgánico y se pueden tratar, en parte, con psicofármacos u otros tratamientos biológicos. En este sentido, se da una separación radical entre el cuerpo y la mente: no importa quién sea el sujeto psicológica y socialmente, puesto que la causa siempre es orgánica y él nunca se verá afectado ni por lo psicológico ni por lo social. Desde esta perspectiva, el sujeto se mantiene invulnerable frente a factores psicológicos y sociales, y lo importante es estudiar las causas genéticas, los neurotransmisores, etc., habida cuenta de que los trastornos psiquiátricos son trastornos orgánicos y la enfermedad un proceso estático, unicausal y que afecta únicamente al organismo.

2. MODELO BIOPSIICOSOCIAL

El modelo biopsicosocial es un modelo que comienza a desarrollarse en la década de los 50 y 60 y que George Engel (1977) perfila a finales de los años 70 como reacción frente a algunas corrientes de predominio biologicista (Álvarez, Pagani y Meucci, 2012). Desde esta perspectiva, aunque Engel no profundizara en algunos aspectos y cometiera errores conceptuales y metodológicos que obligan a la reformulación del modelo², fue todo un avance el reconocimiento explícito de que en los problemas multicausales del paciente intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales, así como que la persona se ve afectada por su contexto. Este modelo contempla que, en teoría, son igualmente importantes la dimensión biológica, la psicológica y la social, aunque, en la práctica, se continúe considerando que la causa de la enfermedad mental es exclusivamente biológica (Frazer, Westhuis, Daley y Phillips, 2009; Probst, 2012, 2013; Lyter y Lyter, 2012; Ostojić, 2012; Pandalangat, Rummens, Williams y Seeman, 2013; Neznanov, y Vasilyeva, 2013; Phillips, 2013; Wakefield, 2013; Đečević, Janković y Čekerevac, 2015). Pese a todo, hay autores que apuestan por seguir formando a las nuevas promociones de trabajadores sociales psiquiátricos en este modelo (Berzoff y Drisko, 2015; Wade y Halligan, 2017) y quienes consideran que todavía no es un modelo para el ejercicio profesional en salud mental (Sadler y Hulgus, 1992; Álvarez, Pagani y Meucci, 2012).

En síntesis, el modelo biopsicosocial contempla que, cuanto mayor sea la impronta del determinismo biológico, menor será la influencia de las dimensiones psicológica, social y cultural, lo que va en detrimento

2 Se ha comprobado que la metodología no se rige por cánones científicos, que no establece qué papel o qué peso tienen los distintos componentes biopsicosociales... (Ramos, 2014: 261 y ss.). Borrel, Suchman y Epstein (2004) sostienen que se trata incluso de una filosofía del cuidado clínico y de una guía práctica. El problema está en que, tal y como inicialmente lo planteó Engel, el modelo tiene una serie de insuficiencias que hacen necesaria su reelaboración (Tizón, 2007; Epstein y Borrell, 2005; Borrel, Suchman y Epstein, 2004; Frankel, Quill y McDaniel, 2003; Borrell, 2002; y Richter, 1999, entre otros). En este sentido, Tizón (2007) mantiene que es preciso una reevaluación del modelo biopsicosocial, en concreto, en cuatro ámbitos: el teórico, el epistemológico, el técnico y el práctico. Sadler y Hulgus (1992) añaden que ha de incluir una reflexión sobre los aspectos éticos. En realidad, todo apunta a que el modelo de Engel fue planteado como un proyecto para la investigación, un esbozo para la enseñanza y un diseño para actuar en el cuidado de la salud.

de una intervención integral del paciente como ser biopsicosocial. De hecho, frente al determinismo biologicista imperante, Martínez Hernández (2001: 201) señala que “el culturalismo o determinismo cultural ha funcionado aquí como una especie de correctivo a los excesos del determinismo biológico”. Desde esta perspectiva, la cultura influye sobre la naturaleza, y la enfermedad es un proceso múltiple, dinámico e interactivo, con origen y causas múltiples (también biopsicosociales) y que no solo afecta al organismo, sino también a la mente, a las relaciones del sujeto, etc.

3. PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

Consideramos la psiquiatría comunitaria como la “tercera revolución psiquiátrica” (Santander, 2000: 33), en confrontación con el enfoque médico biologicista, que contempla la psicofarmacología o los tratamientos biológicos como únicas alternativas para hacer frente a la enfermedad mental. Efectivamente, desde la psiquiatría comunitaria se reconoce que los fármacos ayudan, pero se hace especial hincapié en que no conllevan una mayor integración en la comunidad. Según Desviat (2010), lo comunitario no es rotar por los centros de salud mental ni un programa de atención para pobres, sino trabajar en red. Lo comunitario es actuar en un territorio en constante interacción con sus ciudadanos e instituciones, los cuales forman parte ineludible del proceso.

Los antecedentes de la psiquiatría comunitaria los hallamos en la antipsiquiatría, corriente de pensamiento surgida del movimiento contracultural de los años 50 y desarrollada por los psiquiatras británicos Cooper y Laing, que se opone a la psiquiatría tradicional y al concepto de enfermedad mental en que esta se basa (Arranz, 1995). Se caracteriza por su rechazo a las terapias biológicas y psicoanalíticas clásicas, así como por su repudio del modelo médico y su consideración de la enfermedad como problema individual. Enfatiza factores interpersonales, familiares y sociales, tanto en etiología como en el tratamiento. Según esta tendencia, hay que respetar la dinámica del proceso psicótico del enfermo, que en ningún caso debe ser recluido en centros especiales. Por todo ello, la psiquiatría comunitaria trasladó a los pacientes, del manicomio, excluyente y alienante, a la comunidad de origen, donde se les pudiese dispensar cuidados sanitarios, familiares y sociales.

3 | Historia del trabajo social psiquiátrico

Una rama del servicio médico-social de casos individuales que se ha desarrollado rápidamente después de la guerra es conocida con el nombre de servicio social psiquiátrico.

Mary Ellen Richmond (1922). *Caso social individual*.

Esta erupción psiquiátrica es la mejor cosa que ha ocurrido en la historia del trabajo social durante los últimos treinta años.

Richard Cabot (1919).
National Conference on Social Welfare Proceedings.

El objetivo del presente capítulo consiste en explicar la importancia que ha ido adquiriendo la dimensión social en la psiquiatría, así como los antecedentes del trabajo social psiquiátrico.

1. LA DIMENSIÓN SOCIAL EN LA PSIQUIATRÍA ESPAÑOLA DURANTE LOS SIGLOS XIX Y XX

Analizaremos, primeramente, la dimensión social en la psiquiatría española en el siglo XIX y, posteriormente, en el siglo XX. En el siglo XIX aludiremos a la normativa que comenzó a regular la asistencia psiquiátrica, los diferentes modelos asistenciales, así como la evolución de las escuelas psiquiátricas españolas. En el siglo XX analizaremos rasgos como la tecnocracia, la medicalización de la psiquiatría, la mentalidad positivista, empirista y pragmática, la introducción de lo interdisciplinario y del trabajo en grupo, la aparición de psicofármacos, la creación de nuevas políticas asistenciales, así como fenómenos como la psicologización y la sociologización.

1.1. Siglo XIX

En 1846 apareció la primera estadística de dementes y se construyó el Manicomio de Leganés para la curación de dementes. Dos años más tarde entró en vigor la Ley de Beneficencia, que regulaba por primera vez en España la asistencia a las personas con enfermedad mental, estableciendo que cada comunidad autónoma debía construir, por lo menos, un establecimiento para estos pacientes, y diferenciando entre centros públicos (dependientes del Estado) y privados (Martín Carrasco, 1994).

Como queda patente en el prólogo de la Real Orden de 21 de Mayo de 1885 que regulaba el internamiento en los manicomios, pese al notable incremento de personas con enfermedad mental,

sólo ha sido construido un Manicomio, bajo la denominación de Santa Isabel, insuficiente para albergar el crecido número de alienados que hay en España. [...] De ahí que las Diputaciones provinciales, los ayuntamientos y los particulares tengan a su cargo un gran número de locos que entran en reclusión sin ninguna garantía eficaz de seguridad individual. Y de ahí también que se promuevan con frecuencia litigios, y aún procedimientos criminales, por haber recluso sin razón, y con fines que atentan a la moral, a personas no declaradas judicialmente en estado de demencia. Por esta razón, y ante la imposibilidad de que el Estado se haga cargo de todos los hospitales diferentes, el Gobierno anterior, así como el actual, creyó que se estaba

en el caso de publicar una disposición de carácter general para garantizar esa dicha seguridad individual, dando en tan delicado y grave asunto la debida intervención a los tribunales de justicia, y sujetando a los establecimientos provinciales, municipales y particulares a las mismas reglas de precaución que se observan en el manicomio que corre a cargo del Estado.

De ahí que Espinosa señalara que la psiquiatría en esta época se hacía en manicomios privados (Arranz, 1995), pues entonces los hospitales privados, a diferencia de los hospitales públicos, comenzaron a ofertar asistencia y docencia de calidad. Las diputaciones carecían de recursos necesarios para edificar centros psiquiátricos públicos dedicados al cuidado de los enfermos mentales, por lo que se vigorizó el sector privado (especialmente las órdenes hospitalarias), dando lugar a lo que Espinosa denominó “ola fundacional”, que “constituye uno de los fenómenos más interesantes de la historia de la asistencia al enfermo mental en nuestro país” (Martín Carrasco, 1994: 67).

El Real Decreto de 19 de Mayo de 1885⁷, definió dos tipos de hospitalización de enfermos mentales: el ingreso por observación, de 3 a 6 meses de duración en departamentos para dementes de hospitales generales (“mientras el presunto demente pueda permanecer en su casa sin peligro para los individuos de la familia, sin causar molestias excesivas a personas que viven en las habitaciones contiguas, o sin perjuicio evidente para la salud del mismo paciente, no podrá ser recluido, a menos que lo acuerde el juzgado de primera instancia respectivo”) y el ingreso para reclusión definitiva, ingreso directo y vitalicio, previa instrucción del juez de primera instancia, en manicomios de Valladolid, Zaragoza, Valencia y Toledo (Arranz, 1995).

Martin Carrasco (1994) destaca dos modelos asistenciales en la España de finales del XIX: el tratamiento moral y el custodialismo. La versión anglosajona del tratamiento moral, propuesto por Conolly (1856) a finales del siglo XIX, se introdujo en España cuando en Europa ya se había asumido que la psiquiatría asilar no funcionaba. El tratamiento moral corregía malos hábitos, ordenaba la existencia, daba

7 Martin Carrasco (1994: 72) se refiere a este Real Decreto como “la pieza de legislación más importante en materia psiquiátrica de la última parte del siglo XIX [...] [ya que] ejemplificó los problemas y contradicción de la asistencia al enfermo mental en esta época”. Fue sustituido por el Real Decreto de la República de 1931.

seguridad, educación física, moral e intelectual, proporcionaba trabajo y se tenía la convicción de que curaba. Fue un movimiento terapéutico desarrollado principalmente por los psiquiatras franceses a finales del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX que constituyó el primer sistema terapéutico de una psiquiatría que se instituía en la época de la Ilustración como especialidad médica.

La psiquiatría poseía un enfoque de orientación clínica y terapéutica y la enfermedad mental se consideraba un trastorno funcional del sistema nervioso. En este contexto, Pierre Cabanis apuntó que las cuestiones morales tenían consecuencias patológicas en la persona, de manera que fenómenos afectivos de gran intensidad y duración podían producir un trastorno funcional del sistema nervioso. La educación se consideraba la base de una nueva sociedad, en la que el sujeto llegaría a dominar sus instintos a través de la razón. Desde esta perspectiva, la naturaleza humana era educable y, a través de la razón, la persona podía controlar sus pasiones.

Los principios generales del tratamiento eran el aislamiento, la separación de los pacientes según categorías, el ambiente terapéutico adecuado y la utilización de técnicas específicas. Con respecto al aislamiento, era necesario sustraer el enfermo del ambiente “pernicioso” donde se había generado la enfermedad. Por otra parte, la separación de los pacientes se realizaba según categorías, evitando así la influencia moral negativa de aquellos más afectados. Además, la separación facilitaba el estudio y la caracterización de los cuadros clínicos. El ambiente o atmósfera moral se cuidaba minuciosamente, desde el régimen de vida hasta la forma de distribución arquitectónica del edificio. Incluso se contemplaba que la práctica religiosa por parte de los pacientes debía ser tomada con cautela, ya que estos podían exaltarse con facilidad.

Las técnicas terapéuticas que se utilizaban pasaban por ambientes placenteros, compañías agradables, régimen de vida conveniente, ejercicio físico, contacto con la naturaleza, consuelo del enfermo, etc. Especialmente importante fue la laborterapia, ensalzada ya por Pinel. En primer lugar, se utilizaban técnicas persuasivas para ganarse la confianza del paciente y convencerle de lo erróneo de sus ideas. Si no accedía o se agitaba, se utilizaban medios físicos: “fármacos vomitivos y purgantes, con el fin de concentrar la atención del paciente sobre su cuerpo, y hacerle olvidarse de sus ideas morbosas, fármacos sedantes e hidroterapia” (Martín Carrasco, 1994: 77). Finalmente, se utilizaban medios de coerción física, sin ser tan crueles como en épocas previas.

4 | La enfermedad mental

No hay dolor más hondo
que padecer dentro el aleteo de mariposas amargas
y no ser dueño, libre como el viento,
para escribir la propia vida,
dueño de la barca del propio destino.

Donaciano Martínez (2007). *Icono de los fundadores*.

Según Mary Ellen Richmond (1977: 166), cada profesional del trabajo social debe llevar “en su corazón la convicción espiritual del valor infinito que representa nuestro carácter común de seres humanos”. También se refirió a que había que “amar profundamente el dibujo infinitamente variado de la humanidad y esforzarse, con alma de artista, en desarrollar la profundidad y la riqueza de tonos que lo conforman” (Richmond, 1977: 106). Esta debería ser nuestra aspiración como profesionales del trabajo social psiquiátrico en nuestro ejercicio profesional; todo ello, sin olvidar que el trastorno mental es la especificidad de las personas usuarias de los servicios de salud mental y teniendo en cuenta los sistemas internacionales de clasificación. Por ello, a continuación describiremos brevemente los tipos genéricos de personas usuarias que se pueden encontrar en salud mental, algunos sistemas de clasificación de enfermedades mentales, así como algunos de los trastornos mentales más habituales.

I. PERSONA USUARIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Con respecto a los tipos genéricos de personas usuarias, algunos autores (Garcés, 2010; Miranda, 2015) diferencian entre personas usuarias en situación de crisis y personas usuarias continuas. Las primeras acuden circunstancialmente a consulta, la intervención social es a corto plazo y sobre problemática socio-familiar, se elabora un plan de tratamiento específico, y tanto el paciente como la familia y el equipo tienen acceso al trabajador social. Por su parte, las personas usuarias continuas son aquellas que utilizan habitualmente la red de salud mental, la intervención social con las mismas es a medio-largo plazo sobre problemática socio-familiar y sobre las consecuencias sociales de la enfermedad mental, se elabora un plan de tratamiento específico y, del mismo modo que en el caso anterior, el paciente, la familia y el equipo tienen acceso al trabajador social.

Según IMSERSO (2007), el perfil de la persona con trastorno mental grave se caracteriza por una expectativa de vida 10 años menor, de media, que la población sana, por una tasa de muerte por suicidio muy alta (del 10%), por frecuentes conflictos en la familia, por una tasa de desempleo alta (entre el 60 y el 90%), por dependencia económica (principalmente de los familiares más cercanos), por la tendencia al consumo abusivo de sustancias (tabaco, cafeína, fármacos, drogas, etc.), y por la marginación social (estigmatización por peligrosidad, violencia, amenaza, etc.).

Los principales grupos de enfermedades son la esquizofrenia y grupo de trastornos psicóticos, el trastorno bipolar y el grupo de trastornos afectivos mayores¹⁴, así como otros trastornos (como el de persona-

14 Para explicar la aparición y el desarrollo de algunas enfermedades mentales como la esquizofrenia o el trastorno bipolar se utiliza el modelo de diátesis-estrés (Zubin y Spring, 1977). Este modelo entiende estas enfermedades como resultado de la interacción entre la vulnerabilidad o predisposición genética (diátesis) y factores externos o vivencias personales (estrés) y concibe que algunas características previas de algunos sujetos los hacen propensos a padecer algunas enfermedades mentales al enfrentarse a acontecimientos estresantes. Desde esta perspectiva, se considera que cuando interactúan las características de vulnerabilidad preexistentes en el sujeto con estímulos ambientales estresantes, se origina la enfermedad mental. Es decir, se concibe que cuanto mayor sea la predisposición genética del sujeto, mayor probabilidad existirá de desarrollar estas enfermedades con un nivel mínimo de estrés. Por el contrario, cuanto menor sea su predisposición genética, menor será la probabilidad de padecer estas enfermedades pese a que su nivel de estrés sea elevado.

lidad), mientras que los síntomas más discapacitantes en trastornos mentales graves son las alteraciones de pensamiento, las del estado de ánimo, las de la sensorpercepción, las neurocognitivas, las de conducta y de control de impulsos, así como los síntomas negativos.

El estudio señala que estos pacientes encuentran restricciones en actividades de la vida diaria (autocuidado, autonomía personal, control de la conducta, capacidad de iniciativa y motivación, etc.), en las relaciones sociales (acceso a servicios –sanitarios, sociales, comunitarios–, dificultad para gestionar el tiempo libre y disfrutar, así como problemas con el funcionamiento laboral y con la participación asociativa y política, etc.), en factores personales (género, edad, otras enfermedades, personalidad, capacidad de afrontamiento de adversidades, extracto social, educación, experiencias pasadas, etc.), en factores ambientales (oportunidades, actitudes sociales, calidad y accesibilidad de los tratamientos, normas sociales, cultura de pertenencia, etc.), así como en factores políticos.

También señala que las necesidades de las personas con enfermedad mental tienen que ver con recibir atención sanitaria, sociosanitaria y social, con los ingresos económicos adecuados, con vivienda y alojamiento, así como con el soporte a las familias de tales pacientes, recordando que tienen derecho a la libertad, a la intimidad y a la protección jurídica, a la participación social, al trabajo, a la formación y a la ocupación.

2. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Con relación a los sistemas de clasificación, destacamos la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). La CIE es la clasificación estadística desarrollada por la OMS, tanto de trastornos mentales como de otras enfermedades y estados patológicos. En ella los trastornos se agrupan en bloques de acuerdo a la semejanza diagnóstica o a un tema principal común. El DSM es la clasificación oficial de la Sociedad Americana de Psiquiatría, que lo creó en 1952 (DSM 1) ante la inadecuación del CIE 6 para clasificar trastornos agudos, psicósomáticos y de personalidad.

En la actualidad, tanto la CIE 10 (OMS, 1994) como el DSM 5 (APA, 2014) reconocen cerca de 400 trastornos mentales diferentes, que se clasifican de diferente modo.

Tabla 1.
Representación gráfica
de los subtipos de trastornos bipolares y unipolares

Trastornos bipolares y unipolares (apa, 2014)					
Depresión	Grave	Depresión mayor (depresión unipolar)		Trastorno bipolar 2 (Depresión bipolar)	
	Moderada		Ciclotimia		Con o sin
	Leve				
Hipomanía				Trastorno bipolar 1	
Manía					

Fuente: Elaboración propia a partir de Martín Carrasco (2017)

Los trastornos bipolares se caracterizan porque alternan fases de depresión (leve, moderada o grave) con fases de hipomanía o manía. La tabla 1 explica los diferentes tipos de trastornos bipolares en base a la combinación de esas fases. Así, para que se dé una ciclotimia, debe existir, por lo menos, depresión moderada e hipomanía (pero no manía); para que se dé un trastorno bipolar 2, debe existir una depresión grave con hipomanía (pero no con manía); para que se dé un trastorno bipolar 1, debe darse manía con (o sin) depresión moderada o leve (pero no grave). La depresión mayor es un trastorno unipolar que, precisamente por ello, no se combina ni con fases de hipomanía ni de manía.

3.3. Trastorno de personalidad

El trastorno de personalidad (APA, 2014: 359 y ss.) consiste en el fracaso del sujeto en la adaptación desde dos puntos de vista: defecto o deterioro en la identidad propia y/o fracaso en las relaciones interpersonales. Se refiere a la incapacidad (estable en el tiempo y de origen temprano) de desarrollar un sentido de identidad propia (con déficits en el autoconcepto y en el autocontrol), de establecer unas relaciones interpersonales adaptativas en el contexto de las normas culturales del individuo y de las expectativas creadas y con alteraciones específicas en el ámbito de la empatía, de la intimidad y de la cooperación interpersonal.

5 | Funciones del trabajador social psiquiátrico

El trabajo social pretende aumentar el funcionamiento social de los individuos, singularmente y en grupos, por medio de actividades enfocadas a sus relaciones sociales que constituyen la interacción entre el hombre y su entorno. Estas actividades pueden agruparse en tres funciones: restauración de la capacidad deteriorada, provisión de recursos individuales y sociales, y prevención de la disfunción social.

Werner W. Boehm (1959). *Social Work Curriculum Study*.

El siguiente capítulo tiene por objetivo explicar cómo intervienen las trabajadoras sociales psiquiátricas en el ámbito de la salud mental. Para ello, primeramente describiremos los contextos terapéuticos en los que estas trabajan con los pacientes, la relación terapéutica que han de establecer con ellos, el equipo terapéutico que ayuda a crear el clima terapéutico adecuado para la rehabilitación y la recuperación de los pacientes, así como las funciones genéricas que se les encomienda. Finalmente, aludiremos a los diferentes tipos de intervención social que llevan a cabo dependiendo del colectivo de pacientes con el que trabajen: pacientes con trastorno mental grave, pacientes con drogodependencias, pacientes de unidades infanto-juveniles, así como pacientes psicogeriátricos.

I. AMBIENTE TERAPÉUTICO Y RELACIÓN TERAPÉUTICA

El *ambiente terapéutico* es el marco en el que se trabaja con los pacientes, y el espacio de seguridad en el que se ofrecen cuidados, buena acogida, comprensión, apoyo, tratamiento personal y actividades. El equipo terapéutico es el responsable de crear y mantener un ambiente óptimo, siendo clave para ello el establecimiento de una relación de confianza.

La *relación terapéutica* es aquella que establece cada profesional del equipo terapéutico con el paciente y su familia para procurar cambios en el paciente que le permitan adquirir otros patrones de conducta más adecuados para mejorar su autonomía y su adaptación al medio. De hecho, la relación terapéutica consiste en establecer una relación humanamente sana para aprender recíprocamente, que el paciente tome conciencia más realista de sí mismo y de sus problemas y proporcionarle formas más flexibles de comportamiento. La relación terapéutica es un proceso activo que transmite en todo momento el respeto que merece el paciente como ser humano mediante actitudes positivas¹⁵.

Los factores que inciden en la relación terapéutica tienen que ver con el ambiente estable, la aceptación mutua, la seguridad (especificando límites), la comodidad, una mayor intimidad, etc. Se debe establecer una relación emocional de confianza, un ambiente terapéutico óptimo y racionalidad para lograr el fomento de la autoaceptación, la autorrealización y el respeto de sí mismo. También es importante promover la capacidad para establecer relaciones sociales sanas; el incremento del rendimiento personal y la capacidad para conseguir objetivos realistas; y el refuerzo de la identidad personal y de la integración social.

Las cualidades del terapeuta para establecer una relación terapéutica adecuada son: el autocontrol, ser consciente de los propios valores, ser capaz de conocer y reconocer las propias reacciones y sentimientos frente a la conducta del paciente (introspección-cuestionamiento) y poseer sentido de la ética y de la responsabilidad.

15 Investigaciones recientes ponen de manifiesto que los profesionales de la salud mental muestran una actitud positiva hacia las enfermedades mentales, pero que también tienden a apoyar tratamientos coercitivos. Los profesionales de la psicología y de lo social presentan las actitudes más positivas y en el extremo opuesto se encontrarían los auxiliares de enfermería (Del Olmo, González, Sarró, Grácio, Martín et al., 2018).

Las fases para el establecimiento de la relación terapéutica son: fase introductoria, fase intermedia y fase de resolución.

En la *fase introductoria* es importante establecer una relación de confianza, de aceptación, así como una comunicación clara.

En la *fase intermedia* se manejan diversas técnicas de comunicación terapéuticas:

- la escucha, que requiere de una disposición adecuada, mostrándose receptivo, mirando al interlocutor, en una actitud abierta y relajada que permita que el paciente se dé cuenta de que se le acepta y que se muestra interés por él;
- la paráfrasis, que consiste en reproducir de otro modo el contenido del mensaje emitido por el paciente;
- la clarificación, petición que se hace al paciente para que aclare el mensaje emitido;
- las frases de repetición, que consiste en repetir una palabra o frase con el propósito de invitar al paciente a que siga hablando cuando este se bloquea;
- la confrontación, donde, frente a las incongruencias –verbales, lógicas, no verbales, etc.– del paciente, el profesional hace de espejo o pantalla, promoviendo un intercambio verbal que le ayude a tomar conciencia de dicha contradicción y a aumentar su autocomprensión;
- las propuestas abiertas, que consisten en promover que el paciente seleccione los temas y maneje la conversación para evitar monólogos del interés del profesional;
- el silencio, pausa que debe respetarse para permitir reflexionar al paciente; el profesional mantendrá una actitud de proximidad e interés, sin que se sienta obligado a llenar el silencio diciendo cualquier cosa;
- la simulación, consistente en fingir una situación concreta para que el paciente reflexione y comprenda mejor las relaciones interpersonales y pueda valorarlas desde otro punto de vista.

En la *fase de resolución* se ayuda al paciente a preparar su futuro a través de la revisión de todo lo aprendido, aplicándolo a otras relaciones próximas. Por ello, puede provocar ansiedad, sentimiento de rechazo o de pérdida, agresividad...

Existen aspectos que facilitan la relación terapéutica, como son la comunicación verbal y no verbal, la escucha, la aceptación, el respeto y la empatía.

La *aceptación* y el *respeto* deben ser incondicionales y deben favorecer un autoconcepto del paciente más positivo y sano, lo cual supone creer en su capacidad para resolver problemas y organizar de forma realista sus recursos bloqueados a partir de sus limitaciones.

La *empatía* es un importante factor facilitador, ya que permite analizar y comprender al paciente desde su punto de vista, desde su marco de referencia. Supone comprender los sentimientos, las emociones, las experiencias subjetivas del paciente y su forma de vivir sin realizar juicios de valor.

Los aspectos que dificultan la relación terapéutica son la resistencia, la transferencia y la contratransferencia.

La *resistencia* es el impedimento a tomar conciencia de algún aspecto rechazado, el intento de ignorar aquello que provoca ansiedad, la inercia emocional a mantener lo ya conocido frente al cambio. Existen diversas formas de resistencia: supresión y represión de información, intensificación de los síntomas, autodesprecio y falta de esperanza en el futuro, recuperación repentina pero pasajera de la salud, inhibiciones intelectuales (“no me apetece”, “no puedo pensar”, “me duele la cabeza”, “me mareo”, mostrarse olvidadizo, callado y somnoliento), conductas irracionales, charla superficial, reconocer que se ha hecho algo mal pero persistir en la mala adaptación, utilizar la intelectualización o el desprecio por la normalidad (negación a asumir la responsabilidad de cambiar: “no merece la pena”), etc.

La *transferencia* es la proyección de sentimientos y actitudes del paciente en el terapeuta, que originariamente corresponde a otras figuras significativas en la historia del paciente (madre, padre, etc.). La transferencia puede ser positiva (simpatía, amor) o, por el contrario, negativa (rechazo, antipatía, odio). De hecho, la transferencia puede entorpecer y bloquear la relación terapéutica si el profesional no la enfrenta.

La *contratransferencia* consiste en aquellas actitudes y sentimientos del profesional que pueden suponer un bloqueo por parte del mismo (como si se interpusiera en la relación una lente deformante de la realidad). Puede estar motivada por problemas no resueltos de autoridad,

6 | Recursos y programas del trabajo social psiquiátrico

Es esencial recordar que cada hombre tiene su propia visión de su vida, y tiene que ser libre de cumplirla; que en muchos modos él es, con mucho, mejor juez de ella que nosotros, por cuanto que él ha vivido continuamente y sentido lo que nosotros sólo hemos visto. Nuestro trabajo es más bien traerle al punto de considerar y al espíritu de juzgar rectamente, que considerar y juzgar por él.

Octavia Hill en Simey, T.S. (1937).
Principles of Social Administration.

El conocimiento que posea la trabajadora social psiquiátrica de la cartera de servicios es fundamental, ya que una de sus funciones principales consiste en coordinar los recursos disponibles para garantizar una adecuada atención y la continuidad de cuidados del paciente psiquiátrico. Por ello, el objetivo del presente capítulo es describir brevemente las características de todos estos recursos, tanto de los recursos asistenciales básicos, como de los recursos residenciales, de integración laboral y de ocio y tiempo libre.

Frente a la problemática psicosocial de este colectivo, se crean los programas de apoyo comunitario (programas de alternativas

residenciales, de integración laboral y de mantenimiento extensivo ambulatorio), dirigidos a cubrir las necesidades que garanticen la participación y permanencia de las personas con enfermedad mental en la vida social.

Desde esta perspectiva, sin una vivienda digna es mucho más fácil que la rehabilitación fracase, por lo que los objetivos de los programas de alternativas residenciales son proporcionar residencia adaptada a las características del paciente con enfermedad mental, garantizar la continuidad residencial y asistencial y estimular el grado de autonomía. Del mismo modo, sin un trabajo digno es mucho más fácil que la rehabilitación fracase, por lo que los objetivos de los programas de integración laboral tienen que ver con el entrenamiento en habilidades prelaborales y laborales, el asesoramiento en formación profesional y la individualización y el seguimiento de la rehabilitación laboral. Finalmente, y siguiendo la misma lógica, sin ocio y tiempo libre de calidad es mucho más fácil que la rehabilitación fracase, por lo que los programas de mantenimiento extensivo ambulatorio tienen como objetivo socializar e integrar al paciente desarrollando actividades de ocio y tiempo libre y utilizando espacios de encuentro y de autoayuda (clubes sociales o el recurso rehabilitador que corresponda cuando el paciente no pueda desplazarse).

Cada uno de estos programas ha dado lugar a la serie de recursos a los que aludiremos a continuación.

I. PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Recordemos, previamente, que la protección de la salud mental se considera a dos niveles: atención primaria y atención especializada.

La atención primaria:

- asume aquellos problemas psíquicos de la población general que no requieren de una atención especializada;
- debe discriminar el tipo de intervención necesaria: atención y seguimiento propio, atención con asesoramiento del equipo especializado y/o derivación a los equipos de salud mental;
- debe elaborar y desarrollar programas de protección de salud mental para la población en riesgo.

Sus objetivos son:

- identificar los trastornos psíquicos y componentes psicoafectivos de las enfermedades somáticas;
- discriminar aquellos trastornos que requieren asesoramiento por parte del equipo de especialistas sin necesidad de ser derivados y los trastornos que son subsidiarios de seguimiento por parte del médico de cabecera;
- realizar programas de prevención del trastorno mental;
- colaborar con los equipos de salud mental en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de los pacientes.

La *atención especializada* tiene las funciones de:

- asesoramiento y supervisión del equipo básico de salud y del resto de equipos especializados;
- atención a los pacientes remitidos por atención primaria;
- atención a los pacientes hospitalizados;
- cobertura a los servicios de urgencia;
- desarrollo de actividades de investigación;
- promoción del trabajo multidisciplinar.

En este nivel, las funciones del equipo multidisciplinar son:

- el apoyo y la supervisión del médico de familia;
- la asistencia del paciente psiquiátrico ambulatorio;
- la prevención de los trastornos mentales en la población de riesgo;
- la organización de tareas de formación e investigación;
- el desarrollo de programas específicos de tratamiento;
- la prevención y el tratamiento del alcoholismo;
- la psicogeriatría;
- la psiquiatría infanto-juvenil;
- la rehabilitación del paciente con TMG.

2. RECURSOS ASISTENCIALES

De entre todos ellos, destacaremos los servicios hospitalarios (los hospitales generales y los hospitales psiquiátricos), los centros de salud mental, las unidades de corta, media y larga estancia, los centros de día,

los centros de rehabilitación psicosocial y las unidades de rehabilitación intensiva ambulatoria, los hospitales de día y los hospitales de noche.

Dentro de los servicios hospitalarios, destaca el *hospital general*. La hospitalización del paciente con enfermedad mental debe estar regida por los siguientes principios:

- la estancia debe ser lo más breve posible;
- los ingresos deben hacerse en un hospital general siempre que sea posible;
- los motivos del ingreso deberán ser siempre de carácter terapéutico;
- la atención psiquiátrica hospitalaria estará coordinada con el resto de recursos de la red de salud y de salud mental;
- la atención psiquiátrica que va a recibir el paciente será a nivel ambulatorio, siendo el ingreso hospitalario un recurso terapéutico provisional.

Con respecto a los *hospitales psiquiátricos*, cabe señalar que no tienen razón de existir en la actualidad si funcionan adecuadamente los demás niveles de asistencia psiquiátrica. No obstante, en algunas tareas es la fuente principal de asistencia psiquiátrica, cumpliendo con las siguientes funciones:

- médico-asistencial, cuidando y proporcionando tratamiento a los pacientes ingresados;
- residencial, haciéndose cargo de algunos problemas sociales;
- custodial, con los pacientes que llevan mucho tiempo institucionalizados.

Los *centros de salud mental* son dispositivos básicos de segunda línea donde se centralizan la asistencia ambulatoria especializada y la coordinación entre los dispositivos primarios y hospitalarios. Son dispositivos por los que se accede al sistema sanitario de salud mental y funcionan como eje articulador de los planes de salud. Estas unidades de referencia de seguimiento ambulatorio proporcionan atención básica y continuada, y sus funciones son:

- ofrecer apoyo y asesoramiento a equipos de atención primaria;
- encargarse de la derivación en coordinación con otros equipos de la red de salud mental;
- el diagnóstico, seguimiento y evaluación de los pacientes;
- el desarrollo de programas.

7 | Cuestiones legales en el trabajo social psiquiátrico

Es bueno recordar de vez en cuando, que la 'Ética' no es más que otra palabra para 'justicia', de la cual muchos hombres y mujeres de todas las generaciones han tenido hambre y sed, y sin la cual la vida pierde sentido.

Jane Addams (1902). *Democracy and Social Ethics*.

Los pacientes con enfermedad mental, pese a sus limitaciones psicológicas y relacionales, son ciudadanos de pleno derecho. De ahí que en el presente capítulo, basándonos en distintos estudios (Desviat, 2016; Miranda, 2015; Baón *et al.*, 2014; Rodríguez *et al.*, 2011; Martínez, 2002; Bloch, Chodoff y Green, 2001; Santander, 2000), nos hayamos propuesto explicar de forma sucinta aquella normativa de los ámbitos civil, penal y social que protege y garantiza tales derechos en España, y cuyo conocimiento resulta fundamental para los profesionales del trabajo social.

Con relación al paciente con trastornos mentales, se han establecido instituciones y medidas específicas, generándose una gran dispersión normativa. Destacaremos algunos apartados de las regulaciones más importantes existentes en esta materia.

I. LEGISLACIÓN GENERAL

- a) El capítulo III del Título 1 de la *Constitución Española* (1978), que orienta los principios rectores de la política social y económica, enmarca los derechos fundamentales que hay que tener en cuenta en el ámbito de la salud mental:
 - *Artículo 43*. Se reconoce el derecho a la protección de la salud y la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.
 - *Artículo 49*. Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos sensoriales a los que se prestará la atención sanitaria que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que el Título I otorga a todos los ciudadanos.
- b) El capítulo III del Título 1 de la *Ley General de Sanidad* (1986), dedicado íntegramente a la salud mental, establece la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y la equiparación del enfermo mental a las demás personas. Se especifica también que la hospitalización se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales y que la atención a la salud mental se llevará a cabo en el ámbito comunitario; se trata la problemática relacionada con la psiquiatría infantil y la psicogeriatría; y se insiste en la necesidad de desarrollar servicios de rehabilitación y reinserción social y la correspondiente coordinación con los servicios sociales.
- c) La *Declaración de Lúxor* (1989) de los Derechos Humanos para los enfermos mentales de la Federación Mundial de la Salud Mental alude a la responsabilidad gubernamental y social en la atención a los grupos vulnerables y la promoción de la igualdad de derechos del enfermo mental.
- d) La *Resolución de Naciones Unidas* 46/119, de diciembre de 1991, para la defensa de los derechos de los enfermos mentales reconoce el derecho a la no discriminación laboral, sanitaria, institucional y social de estas personas. Añade también la no utilización de la psiquiatría con fines ideológicos, políticos o religiosos.

- e) El *Libro Blanco del Comité de Ética del Consejo de Europa sobre Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de las Personas con Trastorno Mental* (2000) indica las condiciones y procedimientos de ingreso involuntario, los límites éticos al tratamiento, la prevención y el control de posibles abusos de la psiquiatría.

2. ÁMBITO CIVIL

En el ámbito civil destacan el Código Civil, la Ley de Enjuiciamiento Civil, las regulaciones sobre incapacitación legal, ingresos involuntarios, medidas de aislamiento y sujeción, y tratamientos invasivos.

2.1. Código Civil

El Código Civil dispone que:

- *Artículo 199.* Nadie puede ser declarado incapaz sino por sentencia judicial en virtud de las causas establecidas en la ley.
- *Artículo 200.* Son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma.
- *Artículo 201.* Los menores de edad podrán ser incapacitados cuando concurra en ellos causa de incapacitación y se prevea razonablemente que la misma persistirá después de la mayoría de edad.

2.2. Ley de Enjuiciamiento Civil

La Ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000, de 7 de enero, en el Capítulo II, *De los procesos y sobre la capacidad de las personas* (artículos 756 a 763), permite al juez decidir o declarar las consecuencias oportunas en el caso de sospecha de que una persona sufra enfermedad mental.

- *Artículo 756. Competencia.*
 - Será competente para conocer de las demandas sobre capacidad y declaración de prodigalidad el Juez de Primera

Instancia del lugar en que resida la persona a la que se refiera la declaración que se solicite.

• *Artículo 757. Legitimación en los procesos de incapacitación y declaración de prodigalidad.*

1. La declaración de incapacitación puede promoverla el presunto incapaz, el cónyuge o quien se encuentre en una situación de hecho asimilable, los descendientes, los ascendientes, o los hermanos del presunto incapaz.
2. El Ministerio Fiscal deberá promover la incapacitación si las personas mencionadas en el apartado anterior no existieran o no la hubieran solicitado.
3. Cualquier persona está facultada para poner en conocimiento del Ministerio Fiscal los hechos que puedan ser determinantes de la incapacitación. Las autoridades y funcionarios públicos que, por razón de sus cargos, conocieran la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal.
4. No obstante lo dispuesto en los apartados anteriores, la incapacitación de menores de edad, en los casos en que proceda conforme a la Ley, sólo podrá ser promovida por quienes ejerzan la patria potestad o la tutela.
5. La declaración de prodigalidad sólo podrá ser instada por el cónyuge, los descendientes o ascendientes que perciban alimentos del presunto pródigo o se encuentren en situación de reclamárselos y los representantes legales de cualquiera de ellos. Si no la pidieren los representantes legales, lo hará el Ministerio Fiscal.

• *Artículo 758. Personación del demandado.*

- El presunto incapaz o la persona cuya declaración de prodigalidad se solicite pueden comparecer en el proceso con su propia defensa y representación.
- Si no lo hicieren, serán defendidos por el Ministerio Fiscal, siempre que no haya sido éste el promotor del procedimiento. En otro caso, el Secretario judicial les designará un defensor judicial, a no ser que estuviere ya nombrado.

8 | Cuestiones éticas en el trabajo social psiquiátrico

El avance social depende tanto de un aumento de la sensibilidad moral como de un sentido del deber.

Jane Addams (1910).
Twenty Years at Hull House.

La determinación de lo que es bueno para la sociedad depende en gran medida de la comprensión de lo que es bueno para los seres humanos que la componen y, por otra parte, la determinación de los ideales sociales puede arrojar alguna luz sobre las virtudes particulares y las obligaciones de los individuos.

John Stuart Mackenzie (1890).
Introduction to Social Philosophy.

Al desvelamiento del ser en general, como base del conocimiento, como sentido del ser, le antecede la relación con el ente que se expresa; el plano ético precede al plano de la ontología.

La metafísica o relación con el Otro, se cumple como servicio y como hospitalidad.

Emmanuel Lévinas (1961).
Totalidad e infinito.

Amaya Ituarte (2017) parte de la paradigmática obra *Diagnóstico social*, de Mary Ellen Richmond, para destacar la importancia del compromiso ético de los trabajadores sociales en la práctica clínica. Es ese compromiso ético el que, a nosotros también, nos exhorta a reivindicar la dimensión social en salud mental. Aunque en teoría las tres dimensiones disfrutaban de un rango similar, en la práctica se evidencia el predominio de la dimensión biológica, en detrimento de la psicológica y, por supuesto, de la social. Si, como hemos señalado hasta el momento, la dimensión social es la que vela porque el sujeto establezca y mantenga un vínculo con las personas que le rodean (de la familia, del vecindario, de la comunidad, del trabajo, etc.), logrando así humanizar al propio sujeto y el proceso terapéutico, es intolerable que la sociedad permita que no se otorgue la misma importancia o se prive a un paciente de los beneficios que ofrece el estudio de cada caso desde la dimensión social.

Tenemos la convicción de que sin tratamiento psicofarmacológico no cabría ningún otro abordaje más. Pero, una vez compensado, el paciente, como sujeto humano, necesita establecer y mantener los vínculos con otras personas. Por ello, no darle la importancia que posee o privar al paciente de la dimensión social no solo es antiterapéutico, sino que es un atropello contra sus derechos como ciudadano. Si, del mismo modo que lo psicofarmacológico, lo social funciona, ¿por qué no se instaure como dimensión de idéntico rango que las demás? ¿Quizás porque abarata costes? ¿Quizás porque no produce tantos beneficios para la industria farmacéutica?

La dimensión social es hoy más importante que nunca, ya que no solo nos jugamos la salud mental, sino un presente y un futuro más humanos. Y esto, indefectiblemente, tiene que ver con la ética, ya que otras instancias, como las disciplinares, no parecen atender a las razones anteriores. Como lo hiciese desde el principio, el trabajo social psiquiátrico, sustentándose en la ética, reivindica que, si la dimensión social es importante y los fenómenos que gracias a ella se identifican redundan en la mejora de la rehabilitación de la salud mental de las personas con enfermedad mental, sea considerada una dimensión a la altura de la biológica y la psicológica. Incluso desde una perspectiva más pragmática: si lo social verdaderamente funciona, ¿por qué tanto descrédito?

El compromiso ético es, desde la mismísima fundación del trabajo social como profesión, su sello inconfundible. La sensibilidad ética ha sido y sigue siendo uno de los distintivos de esta profesión. De hecho, cuando apenas existían técnicas, la ética fue un soporte fundamental para todas nuestras predecesoras. Ahora que contamos con técnicas y códigos (de ética, deontológicos), la ética continúa siendo un elemento transversal fundamental en nuestra intervención social, que humaniza el trabajo social, aunque todavía hoy continúa siendo identificada con los principios éticos, tal vez porque gran parte de las teorías éticas tradicionales han sido éticas de principios. Pero una buena praxis no solo consiste en el estricto y acrítico cumplimiento de los principios éticos, y es precisamente la ética la que insta a cada profesional a ir más allá del cumplimiento del código deontológico.

El compromiso ético en el trabajo social hay que seguir actualizándolo, marcándonos metas más ambiciosas que vayan más allá de la simple observancia del código deontológico y que nos inspiren en la intervención social para ser siempre una versión mejorada del profesional que cada una, cada uno es, ya que no debemos olvidar que, cuando hablamos de derechos humanos, valores, principios y deberes profesionales o cuando hablamos de responsabilidad profesional, no solo hablamos de humanizar la intervención social y de garantizar que esta sea de la más alta calidad. También hablamos de que está en juego nuestra identidad profesional y nuestra credibilidad.

Desde hace varias décadas, y en gran medida debido a la alta burocratización, especialmente en trabajo social, venimos padeciendo dos lacras importantes: el principialismo y el paternalismo. Según las investigaciones consultadas, el primero se origina por la escasez o ausencia de reflexión crítica sobre los fundamentos de las normas morales, así como por el cumplimiento acrítico de las mismas, mientras que el segundo consiste en velar por el bienestar de la persona usuaria sin haberle consultado qué entiende ella por tal, ni cómo desea proveérselo.

Con respecto al principialismo en trabajo social (Idareta, 2011, 2012b, 2013b, 2014, 2016, 2017; Idareta, Úriz, Viscarret, 2017), si nos centramos en cumplir estrictamente la norma, dejamos de lado aspectos importantes que humanizan la intervención social. Por una parte, tendemos a olvidarnos de los valores que dan sentido y significación a nuestra actuación y que hacen ser lo que hoy es el trabajo social. Por lo tanto, no considerar ni reflexionar críticamente sobre los valores

2. TENDENCIAS ÉTICAS DE LOS MODELOS ASISTENCIALES

Una vez analizados algunos conceptos básicos, analizaremos brevemente la tendencia ética de la mayoría de los modelos asistenciales que han gestionado la atención a la persona con enfermedad mental a lo largo de los últimos siglos. Según Santander (2000: 34), las relaciones entre los profesionales de la psiquiatría y las personas usuarias “han sido siempre paternalistas”, ya que se basaban en relaciones verticales en las que los primeros mandaban y los segundos obedecían. Así, pese a que el rol de los profesionales haya ido cambiando paulatinamente (como se comprueba en la tabla 2), el modelo asistencial predominante en el siglo XIX y en gran parte del siglo XX en psiquiatría ha sido paternalista.

Tabla 2.
De la tutela al autogobierno

Época	Desde culturas primitivas hasta el siglo XVIII			Ilustración-actualidad	
Profesional	Sacerdote	Médico	Juez	Médico, psiquiatra, psicólogo	Trabajador Social, Juez
Origen de la enfermedad mental	Espiritual	Orgánico (físico o psíquico)	Social	Físico o psíquico	Social
Síntomas	Morales	Físicos y psíquicos	Delitos	Físicos y psíquicos	Marginalidad, ilegalidad
Tratamientos	Exorcismo, confesión o mortificación	Físico o psíquico	Castigo	Físico o psíquico	Reinserción, represión, control social
Objetivos del tratamiento	Ajustar al sujeto al orden divino	Ajustar al sujeto al orden natural	Ajustar al sujeto al orden natural-social	Curar, aliviar, consolar	Restablecimiento del orden social y de la ley

Fuente: Elaboración propia a partir de (Santander, 2000).

Con relación al trabajo social psiquiátrico, Salcedo (2001) diferencia entre el modelo centrado en la perspectiva del sistema de prestación o de la institución y el modelo centrado en la perspectiva de la persona usuaria (véase tabla 3).

| Epílogo

El epílogo de un libro académico conforma un espacio donde la suma de las aportaciones del autor se reúne con el impulso de las primeras acciones del lector, casi siempre con el ánimo puesto en poner en práctica lo leído y aprendido. El ansia de aprender y de formarse es parte viva de la vida de todo profesional. La lectura siempre genera diálogos internos donde los nuevos saberes, las nuevas teorías, buscan la luz de la mano de expertos que las apliquen en sus unidades funcionales. Si bien la alquimia que transforma la lectura, en este caso científica y académica, en servicios beneficiosos para las personas se da desde la primera página, es cuando el libro acaba, cuando se llega a la última línea, cuando recibe el impulso definitivo. Este es el misterio de los libros técnicos, de su lectura: cada página abre posibilidades de mejora profesional.

Es deseo de todos, en especial del autor, que el círculo virtuoso iniciado con la lectura, en este caso sobre el trabajo social sanitario en psiquiatría, culmine en las máximas acciones profesionales dando forma a los contenidos.

La generación de literatura científica es signo de buena salud y desarrollo de una disciplina y, por ende, de la profesión que la repre-

senta. En España estamos faltos de materiales de texto que aporten, a estudiantes y profesionales, contenidos académicos rigurosos que permitan mejorar el ejercicio del día a día. Con esta obra, el autor fortalece los cimientos del trabajo social sanitario en psiquiatría, y, con sus propuestas, se ampliará la pericia de los profesionales a través de la vigorización de los métodos. Las investigaciones que surjan de los contenidos del libro serán a la vez generadores de nuevas prácticas y nuevos conocimientos.

Cuando se habla de trabajo social, siempre se habla de personas, de familias con dificultades que necesitan ayuda profesional para encarar las mejores soluciones a sus, parafraseando a Gordon Hamilton, acontecimientos vitales. Ello, hoy, resulta hartamente complicado para los profesionales, pues es un hecho que los sistemas del Estado del Bienestar están cada vez más tensionados. Focalizados en el trabajo social sanitario en psiquiatría, muchas de las personas afectadas y sus familias deben, además, afrontar el estigma, la falsa representación del otro, deben convivir con la marginación y, progresivamente, con la falta de medios institucionales. Es entonces cuando el entorno social inmediato y de la comunidad adquieren la categoría de elementos básicos del caso social. Esta falta de medios casi siempre se compensa con habilidades y competencias de los trabajadores sociales psiquiátricos y de otros ámbitos que ponen todo su empeño y energía en motivar, innovar y movilizar a los miembros sanos de la familia y de la comunidad.

Lecturas como la de este libro se convierten en soportes profesionales, en alimento intelectual para poder restablecerse internamente, para volverse a vincular a las teorías de la profesión, para seguir sintiendo la responsabilidad que acarrea el ejercicio profesional y, con ello, evitar el desfallecimiento, la desmotivación. Cada vez que se publica un libro de trabajo social sanitario, se refuerzan los principios y valores de la profesión.

Los trabajadores sociales psiquiátricos fueron pioneros del trabajo en equipo, mostraron al resto de trabajadores sociales de otros ámbitos cómo, codo con codo, ejercían con profesionales de otras disciplinas y, para sus adentros, una mayoría anhelaba su estatus. Del trabajo social en psiquiatría aprendimos que la persona, su familia, como señaló Mary E. Richmond, eran una unidad de tratamiento.

La condición de profesional, como señaló Flexner (1915, 1940), implica que las acciones se derivan del estudio y de la ciencia, del

Bibliografía

- Acero, C. (2010). Los orígenes del Trabajo Social psiquiátrico en España a través del estudio de las tesinas (1952-1973). En *El imaginario del Trabajo Social en las tesinas de Fin de Estudios (1938-1983)*. Madrid: Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales, Universidad Complutense de Madrid, 166-188.
- Addams, J. (1897). Discussion seventh session. En *National Conference on Social Welfare Proceedings*, 464 y ss. Disponible en <https://quod.lib.umich.edu/n/ncosw/ACH8650.1897.001/489?rgn=full+text;view=image> [Consultado el 13 de abril de 2017].
- (1998). *Twenty Years at Hull House*. New York: Penguin Books.
- (2002). *Democracy and Social Ethics*. Urbana and Chicago: University of Illinois Press.
- Al-Fawal, M. (2013). *Circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal y enfermedad mental*. Madrid: Bosch.
- Allodi, F. (2012). Historia del psicoanálisis en España y sus contrastes en el mundo anglófono. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(supl. 2), 1-9.

- Álvarez, A. S.; Pagani, M. y Meucci, P. (2012). The clinical application of the biopsychosocial model in mental health: A research critique. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(13, sup. 1), S173-S180. doi: 10.1097/PHM.0b013e31823d54be.
- Álvarez, F. (1983). *Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XX*. Barcelona: Tusquets.
- Álvaro, J. L. (1992). Salud Mental. En Reyes, R. *Diccionario crítico de las Ciencias Sociales*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- American Psychiatric Association (APA) (1980) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed). Washington, DC: Spitzer.
- (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V*. Washington, DC, London, England: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Amico, L. (2005). *La institucionalización de la locura: la intervención de Trabajo Social en alternativas de atención*. Buenos Aires: Espacio.
- Apgar, D. H. (2000). Providing mental health services at what price? Ethical issues and dilemmas for social workers practicing in a managed care environment. *Critical Strategies: Psychotherapy in Managed Care*, 1(1), 87-104. doi: 10.1300/J271v01n01_09.
- Aragónés, V. (1978). Tiene algún derecho el enfermo mental. *Revista de Trabajo Social*, 69.
- Arce, R. y Fariña, F. (2007). Propuesta de un protocolo válido y fiable para la evaluación psicológico-forense de la imputabilidad. En Arce, R.; Fariña, F.; Alfaro, E. T.; Civera, C. y Tortosa, F. (eds.). *Psicología Jurídica. Evaluación e intervención*. Valencia: Publicaciones de la Diputació de València, 59- 65.
- Arce, R.; Novo, M. y González, B. (2014). Evaluación psicológica forense de la imputabilidad. *II Congreso Iberoamericano de Justicia Terapéutica*. México.
- Aretio, A. (2010). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 289-300. doi: 10.5209/CUTS.8332.
- Aristóteles (1986). *Política*. Madrid: Alianza.
- Arranz, T. (1995). *Del internamiento a la psiquiatría comunitaria*. Barcelona: Hermanas Hospitalarias.

| Anexos

I. SELECCIÓN DE TEXTOS

Los textos siguientes han sido seleccionados de entre más de un centenar publicados en diferentes países entre 1850 y 2018 por su relevancia para el trabajo social psiquiátrico y para la dimensión social de la que este es valedor. Han sido cronológicamente clasificados.

Texto 1

El aislamiento, como medio curativo.

No hay tan eficaz para el tratamiento de la enajenación mental como la poderosa influencia del aislamiento. Aislar a los alienados no es tenerlos encerrados, solitarios o privados de toda comunicación, ni de las ventajas que el hombre puede desear o apetecer, aislar a los desquiciados no es más que cambiar su modo de vivir; es alejarlos de las personas, de los lugares y de las circunstancias que hayan podido producir la dolencia; aislar al alienado es finalmente sustituir las localidades ordinarias por establecimientos a propósito dispuestos, quitando al espíritu desordenado el punto de apoyo que encuentra en una multitud de impresiones para la reunión de ideas, emociones y

recuerdos continuamente nuevos. Separado el enfermo de la familia y de la sociedad, se le cambian por medio de rígidos, al par que suaves, preceptos, las débiles condescendencias que sirven constantemente para perpetuar el delirio; en una palabra, en los manicomios bien ordenados, las lecciones del saber y de la experiencia reemplazan al más ciego y culpable empirismo.

A. Pujadas (1857). Extraído de: Arranz, T. (1995). *Del internamiento a la psiquiatría comunitaria*. Barcelona: Hermanas Hospitalarias, 341-342.

Texto 2

El principal agente de curación de la locura, es el aislamiento, base indispensable de la dieta moral. La permanencia del loco en el Manicomio, reúne por si sola, un conjunto de circunstancias curativas de valor inestimable, pues establece una separación completa entre el enfermo y los medios sociales que pueden haber fomentado el mal, ó cuando menos haberlo entretenido, aislado el loco deja de sufrir los estímulos de los excitantes físicos y morales que han mantenido en estado de tensión su espíritu y caldeado sus delirios, hallase imposibilitado de entregarse á los impulsos pasionales, instintivos y demás actos de naturaleza incoercible, que son consecuencia del desbarajuste que en su psiquismo determinan los estímulos morbosos.

El conveniente orden y saludable disciplina que reina en los manicomios, contrastando con el frecuente desconcierto que suele haber en el domicilio particular del loco, influye de un modo poderoso sobre la moral del mismo, el cual como en los casos de gran inconciencia, suele darse cuenta de modo mas o menos confuso, de que el medio que le rodea, no es tan amoldable a la realización de sus desafueros y espontáneamente abdica, del papel de inconsiderada imposición, que en su sinrazón se había abjudicado y que de nada le sirve en el Manicomio, ante la metódica resistencia pasiva que para dominarle se le opone.

Este cambio de carácter que se opera en el loco, á poco de su reclusión, es uno de los fenómenos mas admirables, y lo es mas, si se considera que para conseguirlo, no hay que emplear ninguna violenta oposición, ningún acto de fuerza, ni castigo, ni acudir á medios de contención física, quizás en estos casos ocurre con los locos, cosa pa-