



Artículo original

LA SALUD MENTAL BAJO LA MIRADA DEL TRABAJO SOCIAL

(HACIA UNA PROPUESTA DE ACOMPAÑAMIENTO DESDE LOS ALCANCES DE LA PROFESIÓN)

MENTAL HEALTH UNDER THE LOOK OF SOCIAL WORK

(TOWARDS A PROPOSAL FOR SUPPORT FROM THE SCOPES OF THE PROFESSION)

Dra. Lennys Lurúa¹

RESUMEN

Desde una perspectiva holística, el Trabajo Social se revela como un pilar fundamental en la promoción y el mantenimiento de la salud mental. Su definición, centrada en la búsqueda de mecanismos para el bienestar individual y colectivo, resuena en perfecta armonía con la concepción de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que define la salud mental como un estado de completo bienestar.

Esta noción trasciende los límites de cualquier disciplina individual, erigiéndose como una responsabilidad colectiva que demanda la convergencia de diversos campos de conocimiento. En Venezuela, la historia del Trabajo Social en la salud mental se remonta a la década de 1940, con una participación activa en la Liga de Salud Mental, donde los profesionales de esta área impulsaron acciones para mejorar la calidad de vida de la población atendida.

¹ Promedio más alto en la Licenciatura en Trabajo Social (*Summa Cum Laude*) en 100 años de historia académica de la UCV. Lic. Psicología, organizacional (no en ejercicio)

Promedio más alto entre los doctorantes de su promoción en el Doctorado en Ciencias Sociales. Profesional de las ciencias sociales con amplia trayectoria en el ámbito de la salud y la atención familiar. Especializada en terapia familiar sistémica, orientación y evaluación diagnóstica. Destacada experiencia en la dirección de equipos interdisciplinarios, diseño e implementación de programas de intervención social y formación de profesionales. Comprometida con la promoción del bienestar y la salud mental, especialmente en poblaciones vulnerables.

ORCID ID: 0009-0007-9554-2038

lennyslurua@gmail.com

Este documento tiene como objetivo fomentar acciones competentes dentro del Trabajo Social, tanto a nivel individual como colectivo, para garantizar, facilitar y promover la salud mental.

Es crucial reconocer que la evolución del Trabajo Social en la salud mental ha sido paralela al desarrollo de la asistencia psiquiátrica y a la implementación de planes de salud mental a nivel nacional. Los trabajadores sociales han forjado un enfoque profesional distintivo, fundamentado en la especialización, la formación continua, el trabajo interdisciplinario y la experiencia práctica.

Contextualización histórica:

Se profundiza en el papel pionero del Trabajo Social en Venezuela, destacando su participación en la Liga de Salud Mental y su contribución a la mejora de la atención psiquiátrica. Se enfatiza la importancia de comprender la evolución del Trabajo Social en la salud mental en el contexto de los cambios en la asistencia psiquiátrica y las políticas de salud mental.

Enfoque interdisciplinario: Se resalta la necesidad de un trabajo colaborativo entre profesionales de diversas disciplinas para abordar la complejidad de la salud mental.

Se destaca el papel del Trabajo Social como un puente entre los servicios de salud mental y la comunidad, facilitando el acceso a los recursos y promoviendo la inclusión social.

Intervención social:

Se amplía la descripción de las funciones del Trabajo Social en la salud mental, incluyendo la evaluación de las necesidades psicosociales, la planificación de intervenciones individualizadas y la defensa de los derechos de los usuarios.

Se hace mención a la importancia que tiene el trabajo social en la comunidad, y como esta ayuda a la creación de redes de apoyo.

Desafíos actuales:

Se aborda la necesidad de adaptar la práctica del Trabajo Social a los desafíos actuales en la salud mental, como el aumento de los trastornos mentales, la estigmatización y la falta de acceso a los servicios.

Se menciona la importancia de la actualización de conocimientos, debido a los nuevos problemas que aquejan a la sociedad, como por ejemplo las adicciones a redes sociales, o el abuso de los videos juegos.

Palabras claves: Trabajo Social, salud mental, abordaje, bienestar.

ABSTRAC

From a holistic perspective, Social Work emerges as a fundamental pillar in the promotion and maintenance of mental health. Its definition, centered on the search for mechanisms for individual and collective well-being, resonates in perfect harmony with the World Health Organization's (WHO) concept, which defines mental health as a state of complete well-being.

This notion transcends the boundaries of any individual discipline, establishing itself as a collective responsibility that demands the convergence of diverse fields of knowledge. In Venezuela, the history of Social Work in mental health dates back to the 1940s, with active participation in the Mental Health League, where professionals in this field promoted actions to improve the quality of life of the population served.

This document aims to promote competent actions within Social Work, both at the individual and collective levels, to guarantee, facilitate, and promote mental health.

It is crucial to recognize that the evolution of Social Work in mental health has paralleled the development of psychiatric care and the implementation of mental health plans at the national level. Social workers have forged a distinctive professional approach, based on specialization, continuing education, interdisciplinary work, and practical experience.

Historical context:

The pioneering role of Social Work in Venezuela is explored, highlighting its participation in the Mental Health League and its contribution to improving psychiatric care. The importance of understanding the evolution of Social Work in mental health within the context of changes in psychiatric care and mental health policies is emphasized.

Interdisciplinary Approach: The need for collaborative work between professionals from various disciplines to address the complexity of mental health is highlighted.

The role of Social Work as a bridge between mental health services and the community is emphasized, facilitating access to resources and promoting social inclusion.

Social Intervention:

The description of the functions of Social Work in mental health is expanded, including the assessment of psychosocial needs, the planning of individualized interventions, and the advocacy of users' rights.

The importance of social work in the community is mentioned, as well as how it contributes to the creation of support networks.

Current Challenges:

The need to adapt social work practice to current challenges in mental health is addressed, such as the increase in mental disorders, stigmatization, and lack of access to services.

The importance of updating knowledge is mentioned, given the new problems facing society, such as social media addiction and video game abuse.

Keywords: Social work, mental health, approach, well-being.

ASPECTOS INTRODUCTORIOS:

DE DÓNDE VENIMOS: EL DESARROLLO DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y EL TRABAJO SOCIAL

Si analizamos el desarrollo del Trabajo Social en el ámbito de la salud mental, éste ha sido considerado como un área de actuación profesional y su origen lo encontramos en la fase histórica de la tecnificación de la disciplina (Fernández, J., 1997).

Por ejemplo, en los EEUU, al principio del siglo XX se incorporan a los trabajadores sociales a los hospitales psiquiátricos y de atención psicológicas, con el objetivo de dar una respuesta socializadora a la cronicidad de los trastornos mentales y a la masificación de los centros de atención en salud mental, lo indicado responde a la iniciativa del Dr. Adolph Meyer.

Este especialista, sugirió la imperiosa necesidad de que los trabajadores sociales se integraran a los servicios de atención, teniendo una formación como asistentes sociales, lo cual ocurre en 1904; este autor consideraba que era necesario para el tratamiento de los usuarios, una completa

información sobre las intervenciones sociales. Se le permitía, en consecuencia, a los trabajadores sociales hacer orientación y terapia familiar. Lo cual fue cobrando mayor sentido gracias a los aportes de la trabajadora social, Virginia Satir.

De forma gradual, psiquiatras de diferentes instituciones comenzaron a apreciar el valor de los datos sociales y, en consecuencia, el papel del trabajador social, favoreciendo su incorporación a los equipos de salud mental.

En Barcelona, España, el Dr. Sarró creó en 1953 la tercera Escuela de Trabajo Social en España dependiente de la Cátedra de Psiquiatría del Hospital Clínico, como influencia de la psiquiatría social y el conocimiento del trabajo de las trabajadoras sociales psiquiátricas de los centros de salud mental americanos. (Disponible en: www.salud-venezuela.com). Es en esta Escuela donde se incorpora, por primera vez, en el mundo hispano en el Currículo profesional del Trabajo Social disciplinas como la Psiquiatría y la Psicología Dinámica, que acortan la distancia entre las líneas básicas

de formación con respecto a los demás países occidentales.

Esta influencia que llega, en consecuencia, importada de los EEUU viene acompañada de la idea de «equipo psiquiátrico» y de la necesidad de trabajar con las familias con usuarios con padecimientos mentales. Al final de la década de los sesenta la Clínica Tavistock de Londres, con una fuerte influencia de la escuela inglesa de psicoanálisis, fue un importante referente en la formación de los Trabajadores Sociales (Ureña, A., 2006).

Volviendo la mirada a los EEUU, hoy por hoy, la salud mental sigue siendo una de las áreas principales de práctica, donde se emplean métodos clínicos de Trabajo Social como la mejor intervención de ayuda.

Por su parte, en Venezuela² el desarrollo de la atención psiquiátrica— por ejemplo— ha tenido un desarrollo similar al que se ha producido en la mayoría de los países latinoamericanos. Tradicionalmente, la asistencia psiquiátrica dependía de los centros de salud y estaba integrada en el

régimen de la Seguridad Social. A mediados de la década de los 70, se inicia en Europa el movimiento de la reforma psiquiátrica, que tiene como máximo referente la reforma psiquiátrica italiana, con la apertura de los hospitales psiquiátricos, la externalización de los usuarios ingresados, su inserción y tratamiento en la comunidad.

Desde entonces, la evolución del Trabajo Social en Salud Mental, ha estado influenciada por el desarrollo de la asistencia psiquiátrica.

La década de los 80 se caracterizó por la precariedad de recursos sociales en todo el país, existiendo una escasa y confusa red de beneficencia-asistencia social, en manos de patronatos, algunas dependencias ministeriales y congregaciones religiosas.

La asistencia psiquiátrica — en varios países— no estaba incluida como prestación sanitaria de la seguridad social y la escasa asistencia dependía de los servicios sanitarios de organizaciones privadas o iniciativas “municipales”. El sistema

² Vale señalar que, en Venezuela, como formación disciplinar, se crea bajo el amparo del Ministerio de

Salud y Asistencia Social, liderado — en aquel entonces— por el ministro Dr. Espíritu Santos Mendoza.

psiquiátrico se reducía a una organización *manicomial*.

La figura del asistente social era muy ambigua en un principio, pero poco a poco, tanto en el campo sanitario como en el ámbito psiquiátrico se fue desarrollando, y los trabajadores sociales fueron aprendiendo a identificar problemas, a definirlos y proponer actuaciones muy variadas dentro de las líneas de intervención terapéutica.

En la década de los 90, se produce un gran cambio en la concepción del usuario, pasando a ser una persona sujeto de derechos y obligaciones que precisa de una intervención técnica, psicológica y social.

La Ley General de Sanidad de 1986 y el concepto de salud que la Organización Mundial de la Salud definió como un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad; configuran el marco normativo que propició el desarrollo de la reforma psiquiátrica en varios países latinoamericanos.

La aprobación de la Ley General de Sanidad, que estableció la integración de la asistencia psiquiátrica en el sistema

sanitario general, el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma psiquiátrica y la descentralización del Estado con la progresiva transferencia de las competencias en materia de sanidad a las figuras estatales, constituyen el punto de partida y el marco que ha permitido el desarrollo de la atención a la salud mental en las últimas décadas, de acuerdo de ejercicio profesional de la psicología en Venezuela.

En este momento los objetivos del trabajo social en salud mental empiezan a tener como meta, el esfuerzo por el proceso de normalización del usuario a su ámbito social.

En la década de los 90, los problemas de la población con enfermedades mentales desbordan el ámbito sanitario-psiquiátrico y se expresan en dimensiones de índole psicosocial, caracterizadas por discapacidades y déficits para el funcionamiento psicosocial autónomo y por consecuencias sociales de desventaja social (pobreza, empleo, aislamiento social, rechazo, problemas de alojamiento...), sin olvidar los problemas de tensión y sobrecarga que supone para las familias y

más dentro del contexto venezolano.

Como síntesis de este apartado, se considera oportuno – para comodidad del lector- precisar lo siguiente: Evolución y Desarrollo del Trabajo Social en la Salud Mental: Una Perspectiva Histórica y Contemporánea

El Trabajo Social en el ámbito de la salud mental se ha consolidado como un área de actuación profesional esencial, cuyo origen se remonta a la fase de tecnificación de la disciplina (Fernández, J., 1997).

Orígenes en Estados Unidos:

A principios del siglo XX, la incorporación de trabajadores sociales en hospitales psiquiátricos y de atención psicológica en EE. UU., impulsada por el Dr. Adolph Meyer, marcó un hito importante. Esta iniciativa buscaba abordar la cronicidad de los trastornos mentales y la masificación de los centros de atención.

La visión de Meyer, quien desde 1904 abogó por la formación de los trabajadores sociales como asistentes sociales, resaltó la necesidad de integrar información sobre intervenciones sociales en el tratamiento de los usuarios.

El trabajo de Virginia Satir, entre otros,

contribuyó a consolidar el papel de los trabajadores sociales en la orientación y terapia familiar.

Gradualmente, los psiquiatras reconocieron el valor de los datos sociales, lo que facilitó la integración de los trabajadores sociales en los equipos de salud mental.

Influencia en España:

En Barcelona, el Dr. Sarró fundó en 1953 la tercera Escuela de Trabajo Social en España, vinculada a la Cátedra de Psiquiatría del Hospital Clínico, influenciada por la psiquiatría social y la experiencia de los trabajadores sociales psiquiátricos en EE. UU.

Esta escuela fue pionera en incluir disciplinas como la Psiquiatría y la Psicología Dinámica en el currículo de Trabajo Social, lo que acercó la formación a los estándares occidentales.

Expansión y Nuevas Perspectivas:

La influencia de la "idea de equipo psiquiátrico" y la necesidad de trabajar con familias de usuarios con padecimientos mentales, procedente de EE. UU., se extendió.

La Clínica Tavistock de Londres, con su

enfoque psicoanalítico, se convirtió en un referente importante en la formación de trabajadores sociales en la década de 1960 (Ureña, A., 2006).

En Estados Unidos, la salud mental sigue siendo un área de práctica fundamental, donde se aplican métodos clínicos de Trabajo Social.

Desarrollo en Venezuela:

En Venezuela, la evolución de la atención psiquiátrica ha seguido una trayectoria similar a la de otros países latinoamericanos.

Inicialmente, la asistencia psiquiátrica dependía de los centros de salud y la Seguridad Social, pero la reforma psiquiátrica europea de la década de 1970, especialmente la reforma italiana, influyó en la apertura de hospitales psiquiátricos y la integración de los usuarios en la comunidad.

La década de 1980 se caracterizó por la escasez de recursos sociales y una red de beneficencia-asistencia social precaria.

La figura del asistente social evolucionó gradualmente, y los trabajadores sociales aprendieron a identificar problemas y proponer intervenciones terapéuticas.

En la década de 1990, la concepción del usuario cambió, reconociéndolo como sujeto de derechos y obligaciones que requiere intervención técnica, psicológica y social.

La Ley General de Sanidad de 1986 y la definición de salud de la OMS impulsaron la reforma psiquiátrica y el desarrollo de la atención a la salud mental.

Los objetivos del Trabajo Social en salud mental se centraron en la normalización del usuario en su entorno social.

Los problemas de la población con enfermedades mentales trascendieron el ámbito sanitario-psiquiátrico, abarcando dimensiones psicosociales como discapacidades, déficits y desventaja social. La creación de la formación disciplinar del Trabajo Social en Venezuela se produjo bajo el amparo del Ministerio de Salud y Asistencia Social, liderado por el Dr. Espíritu Santos Mendoza.

DÓNDE ESTAMOS: LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

En la actualidad, la atención sanitaria a los problemas de salud mental se articula a través de una red de centros especializados distribuidos a lo largo del territorio

nacional. Esta red abarca una variedad de servicios, incluyendo:

- **Centros de Salud Mental:** Unidades de atención ambulatoria que ofrecen diagnóstico, tratamiento y seguimiento de trastornos mentales.
- **Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil:** Servicios especializados en la atención de niños y adolescentes con trastornos mentales.
- **Unidades de Rehabilitación:** Programas destinados a la recuperación y reinserción social de personas con trastornos mentales crónicos.
- **Hospitales:** Unidades de hospitalización para pacientes con trastornos mentales agudos o que requieren atención especializada.
- **Órganos adscritos al IVSS:** Servicios de salud mental integrados en el sistema de seguridad social.

La implementación de estos servicios ha sido variable, influenciada por los diferentes planes de salud mental desarrollados por el gobierno nacional a lo largo del tiempo.

Marco Normativo y Servicios

Comunes:

- El marco normativo que rige la atención a la salud mental en Venezuela se ha ido desarrollando, y en el año 2006 se establecieron los servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Dentro de la Atención Especializada, se definieron los siguientes servicios de salud mental
- Diagnóstico y seguimiento clínico de trastornos mentales.
- Psicofarmacoterapia.
- Psicoterapias individuales, de grupo y familiares.
- Hospitalización.
- Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental.
- Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluyendo alcoholismo y ludopatías.
- Diagnóstico y tratamiento de trastornos psicopatológicos de la infancia y adolescencia, incluyendo psicosis, autismo, trastornos de conducta y trastornos alimentarios.
- Atención a trastornos de salud mental derivados de situaciones de

riesgo o exclusión social.

- Información y asesoramiento a personas vinculadas al usuario, especialmente al cuidador principal.

Desafíos y Consideraciones

Adicionales:

Si bien el marco normativo establece una amplia gama de servicios, la asignación de recursos y la calidad de la atención son áreas que requieren una discusión más profunda. Algunos desafíos importantes incluyen:

La necesidad de fortalecer la red de atención primaria para garantizar el acceso oportuno a los servicios de salud mental.

- La importancia de promover la integración de los servicios de salud mental en la comunidad para reducir la estigmatización y facilitar la reinserción social.
- La necesidad de la capacitación continua del personal de salud mental, para que puedan brindar la mejor atención posible.
- La importancia de crear políticas públicas que ayuden a la prevención de las enfermedades mentales.

- La necesidad de generar más programas que ayuden a las familias de los pacientes.

Es fundamental reconocer que la salud mental es un componente esencial del bienestar individual y colectivo, y que se requiere un enfoque integral y multisectorial para abordar los desafíos que enfrenta el sistema de atención.

LA ESPECIFICIDAD DEL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL: DEFINICIÓN Y ALCANCE

La transición del término "Psiquiatría" a "Salud Mental" refleja un cambio paradigmático, impulsado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que enfatiza la prevención y la necesidad de un enfoque multidisciplinario. Como señala Guimon (2008), este cambio subraya la importancia de la participación de diversos profesionales, sectores de la población, legisladores y políticos en la promoción de la salud mental.

La salud mental se concibe como un componente integral de la salud, estrechamente vinculada a las condiciones

de vida, el desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y la capacidad de integración social y cultural. Esta perspectiva amplia supera el enfoque clínico tradicional de la enfermedad mental, abarcando la rehabilitación, la reinserción social, la promoción y la prevención. En este contexto, el trabajador social colabora con un equipo interdisciplinario (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales) para garantizar una atención integral (Barg, L., 2006).

Aunque la psiquiatría constituye la base fundamental de la salud mental, esta última trasciende los límites de la primera. Hasta finales del siglo XX, la "asistencia psiquiátrica" se centraba en la prevención y el tratamiento de enfermedades psiquiátricas, como se refleja en los Principios de las Naciones Unidas para la protección de las personas con enfermedad mental (década de 1990). Sin embargo, la evolución hacia un enfoque de salud mental integral ha ampliado el alcance de la intervención, incorporando aspectos sociales, psicológicos y comunitarios.

Bajo una visión analítica podemos reflejar los siguientes aspectos:

Enfoque Biopsicosocial: Es importante señalar que el modelo biopsicosocial, ampliamente aceptado en el campo de la salud mental, reconoce la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales en la etiología y el tratamiento de los trastornos mentales. Este modelo respalda la necesidad de un enfoque multidisciplinario y la participación activa del trabajador social en la evaluación y la intervención.

Referencias como el trabajo de Engel (1977) sobre el modelo biopsicosocial en medicina, proporcionan un marco teórico sólido para comprender la complejidad de la salud mental.

Determinantes Sociales de la Salud Mental: La salud mental está intrínsecamente ligada a los determinantes sociales de la salud, como la pobreza, la desigualdad, la exclusión social y la violencia. El trabajador social desempeña un papel crucial en la identificación y la mitigación de estos factores, promoviendo la equidad y la justicia social.

Autores como Wilkinson y Marmot (2003) han documentado ampliamente la relación entre los determinantes sociales y la salud, incluida la salud mental.

Intervención en Crisis y Apoyo Comunitario: El trabajador social también juega un papel fundamental en la intervención en crisis, proporcionando apoyo emocional, recursos y orientación a personas y familias que enfrentan situaciones difíciles. Además, su labor se extiende a la creación de redes de apoyo comunitario y la promoción de la participación social. La organización mundial de la salud tiene amplia información acerca del impacto de las redes de apoyo comunitario en la salud mental.

Enfoque de Derechos Humanos: La atención a la salud mental debe basarse en un enfoque de derechos humanos, que garantice la dignidad, la autonomía y la inclusión de las personas con trastornos mentales. El trabajador social actúa como defensor de los derechos de los usuarios, promoviendo el acceso a servicios de calidad y la lucha contra la estigmatización.

La convención de los derechos de las personas con discapacidad, es un documento imprescindible para la defensa de los derechos de las personas con problemas de salud mental.

Al integrar estos elementos, se fortalece la comprensión del papel del trabajador social en la salud mental, destacando su contribución única y esencial en la promoción del bienestar integral.

Definiciones y conceptos generales en Salud Mental.

Principios de las Naciones Unidas (U.N., 1991)

Desde esta perspectiva, el trabajador social atenderá a toda población adscrita al dispositivo de atención de salud mental dentro de las demarcaciones geográficas y poblaciones establecidas, especialmente a aquella que presente riesgo social o problemática social instaurada.

¿Dónde recae entonces la especificidad? ¿Qué es lo que espera el equipo de nosotros como trabajadores sociales? ¿Cuál es la expectativa de otros compañeros trabajadores sociales, que desempeñan su trabajo en otros dispositivos respecto a nuestra actividad profesional? Si partimos

de la idea de que una profesión es lo que hacen sus profesionales, hablar de especificidad del trabajo social en salud mental es referirnos a la actividad profesional que propiamente desempeñan estos profesionales en los diferentes dispositivos de salud mental.

Asistencia en salud mental: el análisis y el diagnóstico del estado mental de una persona; el tratamiento y la asistencia y la rehabilitación de un trastorno mental.

Establecimiento para la salud mental: proporciona, como función primaria, cuidados en salud mental.

Profesional de la salud mental: un médico, un psiquiatra, un psicólogo clínico, una enfermera, un trabajador social (...).

Usuario: todas aquellas personas admitidas en una prestación en salud mental.

Como en otros momentos hemos defendido el Trabajo Social en Salud Mental es fundamentalmente un Trabajo Social Clínico que tiene lugar con una población determinada.

Este enfoque ha sido ampliamente desarrollado en la bibliografía y en la

práctica del Trabajo Social, especialmente en los países anglosajones y latinos, aunque no de forma mayoritaria, se realiza en la práctica profesional en nuestro país (Miranda, M., y Garcés, E., 1998).

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

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

El Trabajo Social Clínico, por consiguiente, puede implicar

intervenciones tanto en la situación social como en la situación de la persona (Ituarte, A., 1992).

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

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

EL PUNTO DE PARTIDA: LA INTERDISCIPLINARIEDAD

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

calidad.

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

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

La composición del equipo puede variar según las necesidades de la población que atienda el dispositivo. El equipo no es un fin en sí mismo, sino es un instrumento que está también en función del nivel y formación de los profesionales que lo forman. En concreto, el trabajador social traslada la vertiente ambiental, relacional,

cultural, económica, etc. que se incorpora a lo biológico y a lo psicológico para realizar la valoración global del usuario y el plan de tratamiento (Díaz, E., 2002).

La interdisciplinariedad, desde una perspectiva biopsicosocial, es definida por Tizón (1992) como el trabajo en equipo de personas y papeles pertenecientes a diversas profesiones y formaciones académicas que realizan un trabajo conjunto con los roles y funciones tradicionales de cada uno: psiquiatra, psicólogo, enfermera, trabajador social. Pero, este mismo autor, plantea cómo debe definirse una remodelación de los roles profesionales en función de las necesidades y favoreciendo el intercambio de ideas entre los mismos.

Cuando la unidad interna del equipo es efectiva, es normal que un miembro asuma técnicas de otro aunque no sean específicas de su profesión, sin que por ello se rompa la cohesión del equipo, se interfiera el rol de sus componentes y se sustituyan los objetivos del equipo.

En el equipo interdisciplinar los profesionales socializan sus saberes e intercambian parte de sus prácticas de

forma coordinada. De esta manera se puede conseguir una acción terapéutica global más coherente y se evita la proliferación de intervenciones profesionales más allá de lo necesario (Tizon, J.L., 1992).

Este enfoque interprofesional bien estructurado y con un buen nivel de funcionamiento es la garantía absoluta de eficacia y se caracteriza por la existencia de espacios o lugares comunes para estudiar las situaciones y estrategias a seguir (Ramírez de Mingo, I., 1992).

Igualmente debemos señalar como generalmente la organización y características terapéuticas del equipo son diferentes en la psiquiatría hospitalaria respecto a la psiquiatría comunitaria:

En los centros en los que predomina el *modelo médico* (hospital), los equipos terapéuticos tienen una estructura más vertical. Lo deseable aquí es la perfecta coordinación de los miembros en el fomento de unas habilidades técnicas precisas.

En los centros en los que predomina un *modelo psicológico-social*, el equipo es de una estructura más horizontal.

El cambio de la interacción tradicional a la orientación comunitaria del equipo requiere hacer menos rígida la noción del rol que tiene cada miembro del equipo, permitiendo unificar actitudes en la comprensión del usuario y formar relaciones más significativas en el marco del tratamiento. Esto significa que, aunque cada profesional es responsable de su área de intervención, las decisiones del tratamiento son discutidas por el equipo (Gálvez, E.M., 1997).

LA ESPECIFICIDAD COMO TRABAJADOR SOCIAL DENTRO DE SU EQUIPO

En primer lugar, es importante diferenciar lo que son funciones del trabajador social con el rol profesional que desempeña.

Cuando hablamos de funciones, vamos a referirnos a las manifestaciones dispuestas desde la institución. Vale decir que, no es lo más frecuente que la institución que contrata al trabajador social en el ámbito de la salud mental defina las funciones que tiene que desempeñar. Más bien, hemos sido los propios trabajadores sociales los que las hemos ido desarrollando, en los diferentes servicios de salud mental, en un

intento de definir nuestro espacio profesional.

En el caso de los roles, nos referimos a las expectativas latentes en cuanto a funciones, tareas o comportamientos y actitudes que existen en un grupo de trabajo al respecto de cada uno de sus miembros.

Si bien las actividades desempeñadas por los trabajadores sociales en Salud Mental son diferentes de acuerdo con el centro donde prestan sus servicios, la finalidad del dispositivo y los objetivos del equipo podemos partir de una serie de funciones básicas:

Función de atención directa

Es la atención prestada a individuos, familias y grupos que presentan o están en riesgo de presentar problemas de índole social, en relación con un problema de salud.

El objetivo de esta actuación se dirige a trabajar los propios recursos del usuario y la familia. Todo ello llevado a cabo mediante un proceso que incluye:

- Análisis de la demanda y detección de situaciones de riesgo y/o de necesidades individuales y/o familiares.

- Valoración socio-familiar.
- Diagnóstico social.
- Planificación de la intervención social.
- Acompañar al individuo en la asimilación del proceso de cambio y favorecer su socialización.
- Entrevistas con el usuario dirigidas a potenciar la autonomía en las actividades cotidianas.
- Trabajo dirigido a informar y orientar sobre las alternativas formativas y laborales, de ocio y tiempo libre.
- Seguimiento y evaluación del proceso de intervención.
- Realizar visitas a domicilio para valoración e intervención.
- Apoyar y contener a las familias, tanto a nivel grupal como individual, para que participen en el proceso de cambio.
- Informar del acceso a los recursos comunitarios e institucionales.
- Conexión y derivación del usuario a recursos adecuados.
- Discusión del caso con el equipo profesional, para estructurar un plan de

trabajo en función de las necesidades detectadas. (Guimon, 2002).

Función preventiva, de promoción e inserción social

Con el objetivo de favorecer el mejor funcionamiento familiar y del usuario se promueve la aceptación e integración de los mismos a través de:

- Los recursos normalizados.
- Los recursos específicos dirigidos a este colectivo (Programa residencial, ocupacional, de ocio y tiempo libre, laboral).
- Fomentar la creación de grupos de autoayuda, asociaciones de familiares y afectados, etc. (Guimon, 2002).

Función de coordinación

Dentro del equipo de salud mental la función que el trabajador social se orienta a incorporar el factor social de los problemas de salud mental, colaborando en la continuidad de cuidados, aportando los recursos necesarios para la integración e inserción social del usuario, incluyendo su intervención en el tratamiento de los problemas psicosociales. Todo ello es una exigencia básica de la atención integral de

salud, otorgándole el valor de una asistencia de calidad (Díaz, E., 2002). La importancia que lo social adquiere en la comprensión de la vulnerabilidad y la enfermedad, y el hecho de que cualquier tipo de intervención adquiere la categoría de acción terapéutica supone un necesario replanteamiento de las estrategias de salud mental (Pons, I., 2006).

En cuanto al rol que desempeña, en el equipo de atención a la salud mental al trabajador social se le considera como el especialista de lo social y en las organizaciones y servicios sociales (Pellegero, N., 1992).

En concreto, los trabajadores sociales, por su parte, son los que mejores preparados están para asegurar el adecuado desempeño de las relaciones comunitarias (Guimon, 2002).

Por tanto, debe conocer los servicios del entorno e informar tanto a los usuarios y a las familias como a los compañeros del equipo, para poder incorporarlos a los planes de actuación individualizados.

De hecho, las actividades de los trabajadores sociales se centran en la mayoría de los países del mundo en

cooperar en los aspectos socio laborales y vocacionales de los usuarios y en ayudarles a ellos y a sus familias a transitar por los intrincados caminos de la provisión de los servicios médicos y psiquiátricos.

El proceso de evaluación de Salud Mental abre la posibilidad del estudio de habilidades, aptitudes, cualidades, intereses, carencias del usuario, valorando su función en la familia y en el medio social así como la capacidad para cubrir necesidades básicas propias y la de aquellas personas que de él pudieran depender; es decir, el profesional debe identificar y evaluar riesgos a corto y medio plazo así como las capacidades conservadas que actúan como soportes para orientar el tratamiento que se determine en el plan de intervención.

Por otra parte, cada vez con más frecuencia, se recurre a nosotros para delegarnos funciones psicoterapéuticas, sobre todo en los servicios de rehabilitación y de atención comunitaria y estas intervenciones terapéuticas van a venir determinadas por las características personales y profesionales, y de la

formación, experiencia y competencia del trabajador social (Guimon, J., 2002).

LA ESPECIFICIDAD DE SU ÁMBITO EN RELACIÓN A OTROS ÁMBITOS DONDE INTERVIENEN TRABAJADORES SOCIALES

Esta especificidad viene definida por un lado, por la población con la que trabaja y su psicopatología y por otro, por una metodología propia de intervención: La población con la que trabaja y su psicopatología. El conflicto o trastorno mental es lo que diferencia a este grupo de población. Es por tanto ese conflicto o trastorno mental el que los define como usuarios de los Servicios de Salud Mental, y el que a la vez los diferencia, ya que algunas personas se convierten en usuarios de una consulta especializada en una situación de crisis y otras son usuarios «continuos» de la red de salud mental por su evolución.

La demanda de consulta al dispositivo es objeto de la atención en salud mental porque sufren un trastorno mental: Usuarios que acuden a recibir tratamiento y cuyo problema médico fundamental es el psiquiátrico.

— El caso requiere un Plan de tratamiento específico, tratamiento basado en objetivos con el usuario por parte del equipo.

— El trabajo se define a medio-largo plazo.

— Intervención sobre:

- La problemática socio-familiar.
- Las consecuencias sociales de la enfermedad: en el caso de las enfermedades crónicas, la prolongación en el tiempo del trastorno produce la aparición de «consecuencias» psicosociales que perturban el curso de la vida habitual.

— La formación en psiquiatría, favorece el desarrollo de una intervención adecuada.

— Accesibilidad del trabajador social (para el usuario, familia y equipo).

La demanda de consulta a la Unidad sea objeto de la atención en salud mental.

— Plan de tratamiento específico, tratamiento basado en objetivos con el usuario por parte del equipo.

— El trabajo se define a corto plazo.

— La problemática social del usuario esté relacionada con el motivo de la

consulta, con la demanda de salud mental.

— Intervención sobre la problemática socio-familiar, ligada al motivo de consulta.

— La formación en psiquiatría, favorece el desarrollo de una intervención adecuada.

— Accesibilidad del trabajador social (para el usuario, familia y equipo).

EL TRABAJO SOCIAL CON PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL

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

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

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

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

METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN SOBRE LAS CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD MENTAL DE CURSO CRÓNICO O TRASTORNO MENTAL GRAVE

La cronicidad que generalmente acompaña a las enfermedades mentales produce la

aparición de consecuencias psicosociales que perturban el curso de la vida del usuario. Estas consecuencias definidas por la OMS como deficiencias, discapacidades y minusvalías dificultan el desempeño de los roles sociales y de actividades de la vida diaria y por consiguiente, obstaculizan su integración social. Para favorecer esta integración, es necesario un modelo de intervención que actúe no solo sobre el síntoma sino también sobre las consecuencias (rehabilitación).

Para ello, es preciso valorar las discapacidades de la persona y sus situaciones de desventaja e intervenir además para cambiar el concepto social que la sociedad tiene acerca del usuario.

Como ya hemos comentado, en la enfermedad mental, y especialmente en el TMG, a veces la desaparición de la deficiencia no hace desaparecer la discapacidad o la minusvalía. Esto se debe a que pueden existir en el entorno factores perpetuadores de éstas, cronificándolas.

Por ello, la intervención sobre las consecuencias del TMG suele darse en dos fases, complementarias y generalmente paralelas en su desarrollo.

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN SOBRE LA DISCAPACIDAD: LA REHABILITACIÓN

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

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

Así pues, la rehabilitación psicosocial tiene como meta global ayudar a las personas

con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que puedan mantenerse en su entorno social y familiar en unas condiciones lo más normalizadas e independiente que sea posible.

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN SOBRE LA DISCAPACIDAD: INTEGRACIÓN SOCIAL O REINSERCIÓN.

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

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

de actuación puramente clínico o psiquiátrico. Requiere la participación de profesionales de otras redes y servicios de la comunidad, lo que implica establecer mecanismos de coordinación a nivel del territorio. Se trata de conseguir un entorno comunitario favorable a la aceptación de las discapacidades o limitaciones que la enfermedad mental comporta y propiciar una optimización del uso de recursos disponibles en la comunidad, y en esto los trabajadores sociales tenemos una función primordial. Estaríamos hablando de conseguir una «equiparación de oportunidades, que significa el proceso mediante el cual el sistema general de la sociedad —tal como el medio físico y cultural, la vivienda, el transporte, los servicios sociales y sanitarios, las oportunidades de educación y trabajo, la vida cultural y social, incluidas las instalaciones deportivas y de recreación— se hace accesible para todos» (U.N., 1988).

Tanto la rehabilitación como la integración social buscarán articular en la vida del usuario una serie de recursos residenciales, ocupacionales, socioafectivos y

comportamentales de características protésicas, que le permitan el desempeño de un mayor número de roles socialmente válidos en ambientes lo más normalizados posible. Para alcanzar este objetivo, la intervención se articula a través de un proyecto individualizado que combine, por un lado, el entrenamiento y desarrollo de las habilidades y competencias que cada persona requiere para funcionar efectivamente en la comunidad y, por otro, actuaciones sobre el ambiente que incluyen desde psicoeducación y asesoramiento a las familias hasta el desarrollo de soportes sociales destinados a ofrecer los apoyos necesarios para compensar o fortalecer el nivel de funcionamiento psicosocial del usuario crónico (Rodríguez, A.,1997).

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

- Realizar un diagnóstico de la situación psicosocial del usuario: personal (recursos propios y capacidades conservadas), contexto

(redes y apoyos sociales, recursos del entorno) y malestar psicosocial generado en la inter- acción del individuo y el contexto (existencia de alta emoción expresada en el contexto familiar y/o abandono, marginación, problemas judiciales, económicos, laborales...) y diseñar una propuesta de intervención para mejorarla, integrada dentro del Plan Individualizado de Rehabilitación.

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

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

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

POR LA METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

La complejidad de situaciones que se nos presentan en nuestro quehacer profesional, requieren unas técnicas y una metodología adecuadas. Para intervenir en la complejidad es necesaria una adecuada formación, que abarque el conocimiento y manejo del mayor número de modelos de intervención posible, que posibilite la comprensión de la situación psicosocial del sujeto en todas sus dimensiones y el desarrollo profesional dentro de equipos interdisciplinarios con distintos enfoques teóricos.

Por tanto, debemos integrar en nuestro quehacer profesional modelos teóricos adecuados a los procesos en los que intervenimos, según la psicopatología del usuario, y el problema objeto de intervención. Debemos formular un planteamiento más riguroso de nuestros criterios a la hora de decidir qué orientación de la práctica, qué enfoque, qué perspectivas y qué intervenciones deben utilizarse en relación con ciertos tipos de problemas.

Estos pueden ser valorados utilizando diferentes enfoques de evaluación. El conocimiento de los modelos y sus técnicas nos permitirán abordar mejor las estrategias de intervención en cada caso concreto, de forma que técnicamente la intervención sea más eficaz.

HACIA DÓNDE VAMOS: EL FUTURO DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL

Si entendemos por el ejercicio profesional el conjunto de prácticas y representaciones desarrolladas en diferentes áreas de intervención. En salud mental, este ejercicio profesional es muy diverso ya que nos encontramos trabajadores sociales incorporados en Unidades de Salud Mental de Adultos, Unidades de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Programas específicos para patologías concretas (anorexia, trastornos bipolares, trastornos de personalidad,) y en Centros Residenciales. Pese a la diversidad de dispositivos en los que trabajamos, la práctica profesional de los trabajadores sociales en salud mental pone de manifiesto en general una forma común de entender el Trabajo Social Psiquiátrico, como así refleja en las

publicaciones en relación a este ámbito y en los foros de intercambio profesional y de formación para trabajadores sociales en salud mental.

En este sentido, es imprescindible resaltar cómo todavía existen trabajadores sociales que se sienten más cómodos en su papel de gestores y de administradores de recursos, y que por tanto, siguen desempeñando ese rol profesional. Esta situación perjudica seriamente a la imagen de nuestra profesión y dificulta el reconocimiento de nuestras competencias profesionales como colectivo.

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

LA ESPECIALIZACIÓN

El saber especializado es una construcción intelectual que reelabora y sintetiza la experiencia profesional y su referencia, en un cuerpo teórico y metodológico que se fundamenta en concepciones doctrinarias, políticas y científicas. Se requiere tener una base teórica sólida para ser un

profesional eficaz, ya que en el trabajo diario es más probable reconocer problemas o reacciones clave si tenemos una base de conocimientos a los que recurrir» (Trevitchich, P., 2002).

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

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

La especialización en este campo fue necesaria desde sus comienzos y hoy en día se hace todavía más imprescindible si

tenemos en cuenta la complejidad de situaciones que se presentan. El análisis específico del sector, de su situación actual, la profundización de las teorías propias del Trabajo Social y su aplicación práctica, el rigor metodológico, la adquisición de determinadas habilidades, la formación teórica práctica en Psicopatología, el trabajo en equipo interdisciplinar, la intervención en crisis, son contenidos fundamentales de los estudios de especialización.

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

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

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

FORMACIÓN CONTINUADA

Deberíamos partir de nuestras carencias en formación para poder definir un programa de docencia para los trabajadores sociales en salud mental.

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

La formación se constituye en un proceso basado en la experiencia, y por tanto en el aprendizaje. El aprendizaje de este difícil oficio se articula sobre tres elementos fundamentales: la relación trabajadora

social-usuario; el trabajo en equipo y la institución.

La especialización y la formación implican educarse en la autocrítica y en la heterocrítica, situarse en la posición permanente de aprender, de estar en proceso, de saber mirarse al espejo y evaluarse como parte del análisis de la situación. Se ha analizado como la variabilidad de la práctica profesional en los trabajadores sociales en el ámbito sanitario puede ser una dificultad y lo importante que sería garantizar que ante la misma patología se actúe de forma homogénea y se realicen tratamientos o intervenciones estandarizados y basados en la evidencia (Saavedra M.L., 2003).

En diferentes foros sobre Trabajo Social en Salud y en Salud Mental se está planteando la importancia de la necesidad de una puesta en común de metodología de trabajo y de procedimientos de actuación específica, ya que en la actualidad coexisten una multiplicidad de funciones e intervenciones en los diferentes servicios que se corresponden con diferentes factores, entre ellos la formación. Esta situación favorece en algunas ocasiones la

no definición de nuestro trabajo diario en los equipos interdisciplinarios.

En relación a esto, lo que sí que ha cambiado en los últimos años es la discusión sobre el método y lo que predomina es que es el profesional el que escoge en cada momento el método más apropiado para su práctica profesional. Sólo una práctica reflexiva y eficaz permitirá que nuestras intervenciones no sólo se lleven con la competencia debida, sino que sean eficaces en el sentido de que conducen a los resultados deseados.

NECESIDAD DE DEFINICIÓN PROFESIONAL: HACIA UN PERFIL PROFESIONAL

Recientemente se oyen voces a cerca de la necesidad de recuperar el reconocimiento que el Trabajo Social en Salud Mental ha tenido durante décadas, poniendo en evidencia que el espacio profesional no viene dado únicamente por un listado de funciones consensuadas y cómo debemos responder. Se plantean nuevas tareas, nuevos requerimientos profesionales, que exigen una formación sólida ya que serán nuestras competencias las que nos permitan ubicarnos en nuevos roles y

desempeñar nuevas tareas profesionales. El reconocimiento nos vendrá dado por lo que seamos capaces de hacer con éxito y por la capacidad de mostrar y divulgar lo que hacemos (Ureña, A., 2006).

Si analizamos la actividad profesional de los trabajadores sociales en los diferentes servicios de salud mental, la realidad es que cada uno ha ido haciendo según su iniciativa y el reconocimiento del equipo, y según su formación, pero no tenemos una cartera de servicios propia, una definición de la actividad profesional. Deberíamos preguntarnos si nos interesa tenerla. Se trataría de un documento marco, de referencia para todos los trabajadores sociales de salud mental. Un documento de partida, como fue y sigue siendo la Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada (INSALUD, 2000).

Este análisis nos obligaría a definir conceptualmente lo que hacemos. Poder poner nombre a lo que hacemos. De esta forma habría unos mínimos, prestaciones o intervenciones básicas que tendríamos que ofertar desde todos los servicios aun entendiendo que trabajamos en diferentes

dispositivos. Definir esos mínimos facilitaría el conocimiento de nuestro rol a otros profesionales, así como permitiría a los trabajadores sociales que iniciaran su actividad en un dispositivo de salud mental un punto de partida respecto a las intervenciones que tendrían que prestar.

La cartera de servicios es entendida como el instrumento que pretende sistematizar el proceso de atención y que tiene un nivel de implantación en un territorio. Para poder definir la cartera de servicios del Trabajador social en salud mental son necesarias una serie de fases:

- Análisis de la cartera de servicios propuesta en los Planes Estratégicos de cada a través de los diferentes Programas de atención a los usuarios y de los Programas de Calidad.
- Si en el diseño de estos planes se ha contado con la participación de los trabajadores sociales tenemos ya un camino iniciado. Es fundamental, igualmente, el que se cuente con nosotros para el diseño de los diferentes programas, donde se concreta la cartera servicios como aquellas modalidades de intervención disponibles, dirigidas a

atender las necesidades de salud mental de una población concreta.

- Análisis de las prestaciones que está desarrollando el Trabajador Social en la actualidad.
- Definición de la cartera de servicios propia.
- Mejora de la calidad: el desarrollo de procesos de intervención social en los servicios de salud mental. Debemos responder a las nuevas necesidades de los usuarios y de los servicios: es fundamental priorizar las intervenciones y tener rigor en las mismas. Esta priorización debe hacerse de acuerdo con las necesidades de los usuarios y con las necesidades del equipo, en cuanto a la organización de los roles profesionales y obliga a la definición de la actividad profesional.

En esta priorización va a ser fundamental combinar el trabajo a demanda con el trabajo por programas. El diseño de estos programas es muy amplio y se adecuaran al tipo de servicios en el que desempeñemos nuestra actividad profesional. No es lo mismo los programas que podamos diseñar en la atención a la

salud mental comunitaria que en los dispositivos de rehabilitación.

CONCLUSIÓN

En última instancia, la efectividad del Trabajo Social en el ámbito de la salud mental depende de nuestra capacidad para adaptarnos a los cambios constantes, redefinir nuestros roles profesionales en respuesta a las necesidades emergentes de los usuarios y reafirmar nuestro compromiso ético y profesional. La adaptación a los nuevos tiempos implica una actualización constante de conocimientos y habilidades, así como la adopción de enfoques innovadores que respondan a la complejidad de los desafíos actuales en salud mental.

Sin embargo, este esfuerzo individual y colectivo no puede sostenerse sin el respaldo institucional. Es crucial que los responsables de la planificación y gestión reconozcan y valoren la contribución única del trabajador social en los equipos de salud mental. Como señaló Kisnerman (1986), la relación de ayuda se teje en la interacción de tres sistemas: la institución, el profesional y el usuario. La dinámica de estos sistemas influye significativamente

en la calidad y el impacto de nuestra intervención. Relevancia para el Trabajador Social.

Adaptación y Actualización: El trabajador social debe asumir un papel activo en la actualización de sus conocimientos y habilidades, manteniéndose al tanto de los avances en el campo de la salud mental y adoptando enfoques basados en la evidencia. La capacidad de adaptación a los cambios sociales, culturales y tecnológicos es esencial para brindar una atención eficaz y relevante.

Defensa de Derechos y Abogacía: El trabajador social actúa como defensor de los derechos de los usuarios de salud mental, promoviendo la equidad, la justicia social y el acceso a servicios de calidad.

La abogacía implica la participación en la formulación de políticas públicas, la lucha contra la estigmatización y la promoción de la inclusión social.

Trabajo en Red y Colaboración: El trabajador social desempeña un papel crucial en la creación y el fortalecimiento

de redes de apoyo comunitario, facilitando la colaboración entre diversos actores sociales.

El trabajo interdisciplinario y la coordinación con otros profesionales de la salud son esenciales para brindar una atención integral y centrada en el usuario.

Reflexión Crítica y Ética Profesional: El trabajador social debe mantener una actitud de reflexión crítica sobre su práctica, evaluando constantemente su impacto y buscando formas de mejorar su intervención.

La ética profesional es un pilar fundamental, que guía nuestras decisiones y acciones en la relación con los usuarios y otros profesionales.

En conclusión, el Trabajo Social en salud mental exige un compromiso continuo con la excelencia profesional, la defensa de los derechos y la colaboración interdisciplinaria. Solo así podremos garantizar una atención integral y de calidad que promueva el bienestar de las personas y las comunidades.

REFERENCIAS

Barg, L. (2006). *Lo interdisciplinario en salud mental. Niños, adolescentes, sus familias y la comunidad*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

- Benavente *et al.* (2005). *Organización y funcionamiento del Trabajo Social en la Red de Atención a la Salud Mental*. Dirección General de Atención Sanitaria y Salud. Servicio Extremeño de Salud.
- Díaz palacios *et al.* (2002). «Funciones del trabajador social en salud mental-adultos». *Trabajo Social en el Sistema Sanitario Público. Balance, análisis y perspectivas*. Oviedo: KRK ediciones.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Centro de Publicaciones. <http://publicaciones.administracion.es>
- Fernández, X. 1997«La supervisión del trabajo social en salud mental». *RTS* 145: 48-58.
- Gálvez guillén, E.M. (1997). «Calidad asistencial y cualificación profesional. La formación continuada». *Manual del residente de psiquiatría*, Tomo II. Madrid: Lifofinter.
- Garcés, E. (2007). «La especificidad del trabajador social en salud mental ¿Un rol reconocido?». *Revista de Trabajo Social y Salud* 56: 309-332. Garcés, E., y Pinilla, M. A. 2006 «Intervención del Trabajo Social en usuarios con trastorno mental grave».
- García López, R. (2004) «Salud mental comunitaria. ¿Una tarea interdisciplinar?». *Cuadernos de Trabajo Social* 17: 273-287. *Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada* (INSALUD, 2000). Madrid: Subdirección de Coordinación Administrativa.
- Guimon Ugartechea, J. (2002). *Los profesionales de la salud mental: actividades, vicisitudes yofrmación*. Ginebra, Madrid, Nueva Cork: Core Academia.
- Ituarte Tellaeche, A. (1982). *Procedimiento y proceso en Trabajo Social clínico*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.
- Kisnerman, N. (1986). *Manual de Trabajo Social*. México: Prensa Mexicana.

- Miranda Aranda, M., y Garcés Trullenque, E. (1998). «Trabajo Social en salud Mental». Trabajo Social en Salud Mental. *Organizaciones de Bienestar*. Zaragoza: Ediciones Mira.
- Mollejo, E. (2002). «Situación de la atención en salud mental infanto-juvenil en la Comunidad de Madrid en el año 2000». *Trabajo Social Hoy* 28 Bis: 45-52.
- Pellejero, N.; Brise, E., y Tizon García, J. (1992). «El trabajo social en un dispositivo de salud mental en Atención Primaria». *Atención Primaria en Salud Mental y Salud Mental en Atención Primaria*. Barcelona: Ediciones Doyma.
- Pons, I. (2006). «Condicionantes sociales teóricos y prácticos de las ciencias de la salud mental». *RTS* 178: 17-34.
- Ramírez De Mingo, I. (1992). *El Trabajo Social en los Servicios de la Salud Mental*. Madrid: Eudema.
- Rodríguez, A. (coord.) (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Saavedra Jiménez, M.L. (2003). «¿Heterogeneidad u homogeneidad? Funciones del trabajador social. Necesidad de tener una cartera de mínimos unificada». *Revista de Trabajo Social y Salud* 43: 45-56.
- Tizón García, J.L. (1992). *Atención Primaria en Salud Mental y Salud Mental en Atención Primaria*. Barcelona: Ediciones Doyma.
- Trevithick, P. 2002 *Habilidades de comunicación en intervención social*. Madrid: Ed. Narcea.
- United Nations. (1988). *Programa de Acción Mundial para las personas con Discapacidad*. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a las personas con Minusvalía.
- Ureña Hidalgo, A. (2006) «La especialidad: un requerimiento para el Trabajo Social en la salud mental».
- VARIOS (2002). «La reforma psiquiátrica de Madrid. Un itinerario a través de la memoria». *Trabajo Social Hoy* 28 Bis: 23-27.