

DOCUMENTOS DE POLÍTICA SOCIAL. HISTORIA, INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO.

Número 9. Volumen II. Enero 2014.

ISSN 2340-7808.



LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL SANITARIO DESDE LA BIOÉTICA PERSONALISTA

María Rosario Luis-Yagüe López.

Grado en Trabajo Social. Licenciada en Políticas y Sociología. Especialista en Terapia familiar y pareja. Master en Bioética (España).

RESUMEN

Partiendo del modelo de ética personalista, y el proceso de desinstitucionalización psiquiátrica llevado a cabo en la Comunidad de Madrid, a partir de la década de los años 80, tras la aprobación de la Reforma Psiquiátrica en España; se realizará un estudio del papel y las funciones de los trabajadores sociales sanitarios en el campo de la salud mental, y se darán propuestas de intervención social aplicando los principios y directrices de la bioética personalista.

El trabajo tiene por objeto indagar y ofrecer propuestas en relación con la intervención del Trabajador Social en el ámbito de la salud mental, desde el enfoque de la bioética personalista, tomando como punto de partida el estudio de necesidades que presentan las personas diagnosticadas de enfermedad mental crónica y duradera.

ABSTRACT

Based on personalist ethics model, and the psychiatric deinstitutionalization process carried out in the Community of Madrid, from the decade of the 80s, after the approval of the Psychiatric Reform in Spain; a study of the role and functions of the medical social worker in the field of mental health will be realized, and social intervention proposals will be given applying the principles and guidelines of the personalist bioethics.

The paper aims to investigate and offer proposals regarding Social Worker intervention in the field of mental health, from the bioethics personalist approach, taking as a starting point the study of needs presented by people diagnosed with chronic and lasting mental illness.

Palabras Clave. Ética, Bioética Personalista, Salud Mental, Trabajo Social sanitario.

Keywords. Ethics, Bioethics Personalist, Mental Health, Social Work health.

A. INTRODUCCIÓN.

Partiendo del proceso de desinstitucionalización psiquiátrica llevado a cabo en la Comunidad de Madrid, a partir de la década de los años 80, después de la aprobación de la Reforma Psiquiátrica en España; el objeto de esta investigación será describir el papel y las funciones de los trabajadores sociales sanitarios en el campo de la salud mental; y tras realizar un análisis cualitativo de las variables: sexo, diagnóstico psiquiátrico, uso de recursos de rehabilitación, situación civil y laboral, de 375 personas con diagnósticos de enfermedad mental grave, exponer alternativas de intervención social. Dicha intervención social, compartiendo el pensamiento de Juan Manuel Burgos “Es ingenuo pretender que las cuestiones se pueden abordar desde una perspectiva totalmente neutra y aséptica... Solo será posible abordar este asunto con un mínimo de rigor científico si se conocen las diversas tradiciones éticas y si se asume una de ellas como punto de partida del análisis... resulta inevitable partir de un sistema de pensamiento porque ningún individuo aislado es capaz de generar un sistema conceptual nuevo” (Burgos Velasco, 2013: 21), se abordará desde la bioética personalista y los principios que la sustentan.

B. MARCO TEÓRICO.

B.1. ORIGEN Y FUNDAMENTOS DE LA BIOÉTICA. LA ÉTICA PERSONALISTA

La expresión Bioética reúne dos términos griegos, Bios (Vida) y ethos (ética). Se sitúa su nacimiento en 1970, con la aparición de un artículo y luego de un libro de Van Rensselaer Potter (médico oncólogo) titulado «Bioética, un puente al futuro» (Bioethics: Bridge to the Future). Potter detectó en sus escritos el peligro que corría la supervivencia de todo el ecosistema por la ruptura entre los dos ámbitos del saber: el científico y el humanístico. El único camino de solución posible ante la catástrofe inminente fue establecer un puente entre las dos culturas, la científica y la humanística-moral. La bioética se debe ocupar de unir la ética y la biología. La bioética tiene por tarea enseñar cómo utilizar el conocimiento, es una ciencia de la supervivencia (Sgreccia, 1996: 16)

Varios son los hechos que han sucedido durante estos últimos sesenta años y que han tenido una fuerte influencia en el nacimiento de esta disciplina. Podemos agruparlos de la siguiente forma: Relacionados con el asentamiento y crecimiento del método científico en las diversas ciencias, en relación con el fuerte impacto aplicativo y tecnológico de los conocimientos adquiridos durante estos decenios, dependientes de la pérdida de los

paradigmas tradicionales éticos compartidos por la sociedad. Los tres hechos no hay que considerarlos aislados entre sí, sino afectándose mutuamente entre ellos (Pastor García, 1997: 67).

En estas últimas décadas, no sólo los hombres individuales, sino el planeta y las generaciones futuras se ven amenazadas por el cientifismo tecnológico, que domina y explota a los hombres y los recursos naturales. No todo progreso científico es considerado simultáneamente un avance social o ético. Ante esto, surge la pregunta no sólo sobre el significado, sentido o fin de la ciencia y sus aplicaciones - hacia donde se dirige- sino también la duda sobre los medios que pueden ser empleados en la obtención del conocimiento y en la consecución de los fines (Ídem: 68 y ss)

La consecuencia de este fenómeno es el interés creciente en nuestras sociedades por controlar la ciencia y determinar sus límites no sólo desde una perspectiva política sino ética y legal. Comenzando por una autorregulación de los propios científicos, pasando por un control en las instituciones intermedias a través de comités, hasta los tribunales de justicia que apliquen legislaciones que restrinjan y limiten el poder de la ciencia. Puede decirse que en nuestro entorno ha calado el ya famoso aforismo de que no todo lo que se puede hacer con la ciencia se debe hacer y que la ciencia sin la ética es ciega. (Ídem).

La bioética pretende ser esa respuesta de estudio de los problemas éticos que se plantean al hilo del fuerte incremento de las aplicaciones de la ciencia y tecnología actual y que pueden modificar profundamente la vida humana. “La Bioética no es una moral nueva a la altura de los tiempos. Ni sus valores son descubrimientos recientes llamados a sustituir los viejos principios por otros nuevos capaces de orientar en la compleja situación presente. La Bioética es sencillamente ética, sabiduría práctica sobre el modo de evitar que la vida humana se malogre” (del Barco, 1994: 10)

Según G. Miranda, en su sentido original, la Bioética es un esfuerzo para reflexionar desde el punto de vista de los deberes morales, para poner unos límites, unos márgenes, una normativa, al desarrollo y a las posibilidades de la ciencia, de la biología y de la medicina especialmente. Por así decir, la Bioética surge como un muro de contención.

Para la Dra Elena Postigo, “la bioética es el estudio sistemático e interdisciplinar de las acciones del hombre sobre la vida humana, vegetal y animal, considerando sus implicaciones antropológicas y éticas, con la finalidad de ver racionalmente aquello que es

bueno para el hombre, las futuras generaciones y el ecosistema, para encontrar una posible solución clínica o elaborar una normativa jurídica adecuada”

Tiene por finalidad el análisis racional de los problemas morales ligados a la biomedicina y de su vinculación con el ámbito de derecho y de las ciencias humanas (Sgreccia, 1996: 37). Sus características son dos: es racional: la normatividad depende de valores fundados en la dignidad de la persona humana, es universal: válida para todos los hombres sin distinción de raza, cultura, religión, posición social, porque todos somos personas con la misma dignidad (Lucas Lucas, 2003)

En el abordaje de la bioética, todo profesional que trabaje en el ámbito sanitario y de la salud debe conocer y aplicar aquellos principios éticos intemporales de la ética humana sobre los que han existido un claro consenso, por estar fundamentados en una ética natural, a pesar de que hayan cambiado las circunstancias derivadas del progreso científico (Fernández-Crehuet Navajas, 1996: 3)

Dos son los basamentos fundamentales unánimemente reconocidos:

1. El respeto a la vida humana, el cual pertenece al orden de la objetividad y, por lo tanto, debe servir de finalidad a la actuación ética;
2. El principio de la autodeterminación de la persona, es decir, su libertad, que remite al dominio de la subjetividad (Fernández-Crehuet Navajas, 1996:3).

Para José Juan García, sin lugar a dudas el objeto de esta ciencia interdisciplinar es la defensa de la vida humana en cualquiera de sus fases, desde la inicial embrional, hasta su natural ocaso; importa lo humano en todas sus dimensiones, que ha de ser promovido y defendido por la ciencia, la técnica y los modelos de sociedad (García, 2010:6)

Se encuentran distintos niveles de estudio en bioética: Bioética fundamental, Bioética especial (o específica), Bioética clínica (o biojurídica).

La bioética como toda ética es una reflexión sistemática, especulativa y orientativa que estudiada por los profesionales supone un enriquecimiento de la inteligencia práctica para una buena toma de decisiones. No hay que olvidar que lo que ésta ciencia aporta no son conocimientos técnicos guiados por la razón de eficiencia o utilidad, sino que estos conocimientos hacen referencia directa a la opción radical de todo ser humano en su dimensión global de persona. No se trata sólo de acciones en las que un profesional se juega

ser mejor o peor enfermera o médico, sino, indisolublemente y prioritariamente, ser mejor o peor persona (Pastor García, pág 9)

En el debate actual, dependiendo de la fundamentación filosófica en que se apoyen, se distinguen al menos cuatro modelos diferentes, que conducen a principios, normas y soluciones prácticas divergentes y se enmarcarían en dos grandes tendencias: el utilitarismo y el personalismo (Fernández-Crehuet Navajas, 1996:12)

Estos modelos son:

- El modelo liberal radical: Asegura que la moral únicamente se debe fundamentar en la opción autónoma de cada persona, no en principios ni en valores trascendentales. El único principio central y relevante es el de autonomía, y la libertad es el valor supremo cuyo único límite es la libertad de las demás personas.
- El modelo pragmático-utilitarista: Analiza los problemas éticos con base en la relación costo-beneficio, esto es, ponderando los riesgos y beneficios previsibles, como factores decisivos de la intervención terapéutica, en la asignación de recursos o toma de decisiones en el campo de la salud.
- El modelo sociobiológico: Coincide con la teoría evolucionista de Darwin, la cual plantea que las sociedades evolucionan, y que dentro de ese crecimiento biológico y social, también los valores morales deben cambiar. Los valores no son eternos y la ética es la encargada de mantener el equilibrio.
- El modelo personalista: Considera que la persona humana es una unidad, un todo, el fin y el origen de la sociedad, que es el punto de referencia entre lo lícito y lo ilícito. (Sgreccia).

Bioética Personalista. Principios.

La bioética personalista, descubre y mantiene como centro de todas sus consideraciones a la persona. Busca anclar sus reflexiones y conclusiones en el terreno firme de la realidad de la persona humana. La dignidad humana es el centro de esta bioética que puede definirse como bioética de la sacralidad o inviolabilidad de la vida humana. Toda manifestación de la vida humana debe ser respetada y tutelada (Pastor García, pág. 21)

La concepción ontológica de la persona es lo que distingue al personalismo de las demás concepciones existentes en bioética (García, 2010:8) Por el solo hecho de existir, todo ser

humano debe ser promovido y respetado. Se debe excluir la introducción de criterios de discriminación, en cuanto a la dignidad en base al desarrollo biológico, psíquico, cultural o estado de salud (García, 2010:9). El personalismo ontológico justifica la identificación entre ser humano y persona.

Se pueden distinguir tres tendencias o movimientos ideológicos involucrados o interesados en las construcciones de una bioética personalista: los integrantes del movimiento pro-vida, bioéticos católicos que siguen la doctrina de la Iglesia y representantes de la filosofía realista. Si bien este conjunto de movimientos, filosofías, organizaciones, creencias y tendencias apunta a un marco común lo suficientemente unitario, no proporciona un fundamento teórico suficientemente sólido y definido sobre el que construir una teoría científica de envergadura. (Burgos Velasco, 2013: 18-19),

Según Juan Manuel Burgos, la bioética personalista encuentra una fundamentación teórica lo suficientemente sólida para constituirse como corriente específica en la filosofía personalista concebida como corriente específica de la tradición realista. Existe un núcleo teórico central lo suficientemente sólido y preciso para constituir una corriente de pensamiento definida. (Burgos Velasco, 2013: 22). Así son cuatro los principios fundamentales de la bioética personalista, justificados desde el concepto ontológico de la persona (Sgreccia, 1996):

1.- Principio del valor fundamental de la vida humana.

La vida corpórea y física del hombre no es nada extrínseco a la persona, sino que representa el valor fundamental de la persona, se defina ésta en la forma que se defina. Es valor fundamental porque aunque la persona no se agota en su cuerpo, éste es esencial a la misma en cuanto se constituye en el fundamento único por el cual la persona se realiza y entra en el tiempo y en el espacio. A través de él expresa otros valores como la libertad, la sociabilidad y el mismo proyecto de futuro.

En esta perspectiva se entiende que el derecho a la vida precede al derecho a la salud y por lo tanto no se puede anteponer el derecho a la salud de una persona respecto al derecho a la vida de otra, y mucho menos preferir el uno al otro dentro de la misma persona.

2.- Principio de Libertad y Responsabilidad.

El derecho a la vida es anterior al derecho a la libertad. Esto se justifica en que para ser libre se requiere estar vivo en cuanto la vida es condición indispensable del ejercicio de la libertad.

Este principio de libertad y responsabilidad sanciona el deber moral del paciente de colaborar a los cuidados ordinarios y a salvaguardar su vida y la de los demás. Esta libertad tiene su contrapartida en la libertad-responsabilidad del médico que no puede transformar la terapia en una constricción obligatoria cuando no está en juego la vida del paciente.

3.- Principio de Totalidad o Principio Terapéutico.

Es uno de los principios más clásicos que la bioética ha tomado de la ética médica. Se fundamenta en el hecho de que la corporeidad humana es un todo unitario resultante de la conjunción de partes distintas que están unificadas orgánica y jerárquicamente en la existencia única y personal. De esta forma al aplicar el principio terapéutico no se contradice sino que se refuerza el principio de salvaguarda de la vida humana.

4.- Principio de Socialización y Subsidiariedad.

Por este principio se mueve a toda persona singular a realizarse a sí misma en la participación de la realización de sus semejantes. En el caso de la salud se considera la propia vida y la de los demás como un bien que no es sólo personal sino también social y se exige a la comunidad a promover el bien común promoviendo el bien de cada uno¹.

En el ámbito de la salud se observa la evidencia del resto de la vida social por la que el bien de cada uno depende de los actos de los demás, en este caso la salud de cada uno depende de los actos de los otros (Serrano Ruiz-Calderón, 1992: 8-10)

J.M. Burgos propone una variante del personalismo ontológico, que define como personalismo ontológico moderno y que a su juicio es el más adecuado para la construcción de la bioética personalista. Los contenidos específicos serían (Burgos Velasco, 2013: 24):

— *Del qué al quién: el hombre no es una cosa, y ni siquiera un qué, una naturaleza. Es un sujeto individual irrepetible, es decir, un quién.*

— *Estructura tridimensional de la persona: para una comprensión adecuada del ser humano es necesario superar la distinción alma-cuerpo y pasar a una estructura más compleja, tripartita, que permite explicar mucho mejor las características del ser personal. Estas tres dimensiones son cuerpo, psique y espíritu.*

¹ La crítica más general que se suele hacer al principialismo es su desconexión con un sistema antropológico de referencia que permita justificarlos, desarrollarlos, superar las posibles contraposiciones entre ellos y, en definitiva, proporcionar un contexto hermenéutico que de razón de su origen y de su aplicación (Burgos Velasco, 2013: 26).

— *Carácter autónomo, originario y estructural de la afectividad. En la línea de las propuestas de Scheler y von Hildebrand, el personalismo estima que la afectividad es una estructura esencial, originaria y autónoma de la persona y que, al menos en algunos aspectos, posee una dimensión espiritual.*

— *Las relaciones interpersonales: dialogicidad del mundo. Importancia de las relaciones interpersonales. El personalismo comprende y asume que el hombre se hace hombre sólo frente al hombre, se hace yo-sujeto frente al tú-sujeto, no frente al tú-objeto.*

— *Primacía de la libertad y el amor. El personalismo concede el máximo valor a la dimensión voluntaria o, en términos de potencias, a la libertad y el corazón.*

— *Corporeidad. Sexualidad. El hombre como varón y mujer. Otro elemento característico del personalismo es la tematización de la corporeidad humana.*

— *Por último, podemos apuntar otros rasgos como el carácter narrativo de la persona, la relevancia de la subjetividad, etc.*

Terminaré este apartado exponiendo el pensamiento sobre el personalismo de José Manuel Mora Fandos: “el personalismo privilegia las dimensiones existenciales y dinámicas de la vida: la libertad, la temporalidad, el carácter narrativo o biográfico de la persona; la dinamicidad del ser y, sobre todo, del sujeto, que se va dando forma a sí mismo y a cuanto le rodea”

B.2. LA REFORMA PSIQUIÁTRICA EN ESPAÑA.

Las políticas de Reforma Psiquiátrica, se pusieron en marcha en la mayor parte de los países desarrollados (Estados Unidos, Francia, Inglaterra, Italia) en las décadas de los años 60 y 70. Se plantean la organización de un nuevo modelo de atención basado en la comunidad, buscando, gracias al desarrollo de la psiquiatría comunitaria, atender los problemas de salud mental dentro del entorno comunitario evitando su marginación e institucionalización (Desviat Muñoz, 2002).

En España es entre los años 1970 - 1980 cuando se empieza a cuestionar el ejercicio de la psiquiatría tradicional. La concepción comunitaria se instauró con el decreto del 24 de octubre de 1983 que derogó el antiguo decreto de 1931. Ese mismo año por Orden de 27 de julio se creó en el Ministerio de Sanidad y Consumo la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, que tuvo como finalidad estudiar la futura organización de la asistencia psiquiátrica, elaborando un informe terminado en Marzo del año 1985, y donde se opta por la atención comunitaria en salud mental. En este informe se elaboraron las recomendaciones y propuestas para llevar a cabo la reforma psiquiátrica, haciendo énfasis

en la psiquiatría comunitaria y en la creación de servicios de agudos en los hospitales generales. También se estableció un calendario para la progresiva supresión de los viejos manicomios. Estas recomendaciones quedaron reconocidas en la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril) capítulo III, artículo 20:

Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

- 1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y la psicogeriatría.*
- 2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.*
- 3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral a los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.*
- 4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y de atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de la salud en general.*

Es la aprobación de esta ley por el Parlamento español la que marca el comienzo de la reforma en España, donde se reconoce el derecho constitucional a la protección de la salud a todos los ciudadanos españoles incluyendo aquellos que padecen enfermedad mental

El desarrollo de la Ley General de Sanidad dio lugar a una serie de Decretos entre ellos el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, en cuyo Anexo I se determina, en el apartado de la Atención especializada, la atención de la salud mental y la asistencia psiquiátrica; donde queda incluida la rehabilitación como prestación sanitaria (“La atención de la salud mental y la asistencia psiquiátrica, que incluye el diagnóstico y seguimiento clínico, la psicofarmacoterapia y las psicoterapias individuales, de grupo o familiares y,…”). Los

principios generales de Reforma Psiquiátrica recogidos en la Ley, impulsan la transformación de un modelo de atención institucional a un modelo de atención comunitaria, un modelo Comunitario de Salud Mental con una atención efectiva, eficiente y adecuada a las necesidades. Es este modelo de atención a los problemas de salud mental el que ha guiado el desarrollo de los procesos de reforma psiquiátrica en España. Se caracteriza por:

- Desplazar el núcleo de la atención del Hospital Psiquiátrico a la comunidad.
- Una responsabilidad sobre una población (territorialización).
- Un tratamiento próximo al paciente.
- Una atención a la totalidad de la población con una diversidad de servicios de un mismo sistema.
- Con equipos multidisciplinares.
- Garantizando la continuidad de cuidados.
- Con un especial énfasis en la prevención.
- Con vinculación con los servicios sanitarios y sociocomunitarios.
- Con participación de los ciudadanos.
- Programas con exigencia de evaluación (Bravo Ortíz, 2000:7).

Estos elementos no forman un todo homogéneo que se haya desarrollado de un modo coherente en todas las Comunidades Autónomas. En cada experiencia se han articulado diferencialmente más unos que otros, algunos se han descuidado e incluso no llegaron a realizarse. Lo que han permitido es tener presente las líneas rectoras que, en general, han conformado la ideología y organización de los procesos de Reforma Psiquiátrica. Si algo debe caracterizar un modelo comunitario de atención es su carácter integrador, solidario, respetuoso y sobre todo dignificante del enfermo psíquico (Bravo Ortíz, 2000:10)².

B.3. LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA EN LA COMUNIDAD DE MADRID.

A finales de 1981 la Diputación de Madrid crea el Instituto de la salud Mental (INSAM), lo que supuso un cambio profundo en las líneas de actuación en Salud Mental (S.M.), poniendo las bases para una reforma de la asistencia psiquiátrica. La Consejería de Salud y

² “Con todas sus dificultades o insuficiencias, el desarrollo de los procesos de Reforma Psiquiátrica han supuesto un cambio positivo y una mejora sustancial en el ámbito de la salud mental. Frente a la institucionalización, el modelo de salud mental comunitaria organiza la atención de los problemas de las personas diagnosticadas de enfermedades mentales severas en su propio entorno familiar y social, potenciando su mantenimiento e integración en su contexto sociocomunitario del modo más normalizado posible (Gisbert Aguilar, 2002: 17).

Bienestar Social de la Comunidad de Madrid, a través del Servicio Regional de Salud, a partir de 1984, asumió la línea de trabajo y el modelo asistencial propuesto por el INSAM.

El modelo propuesto para llevar a cabo la reforma Psiquiátrica en Madrid, se basó en los siguientes principios generales:

- Concepción de los Servicios de Salud como un sistema integrado de recursos humanos, tecnológicos y materiales dirigidos a mantener, proteger, promover y restaurar la salud de la población.
- Concepción de los Servicios de S.M. como subsistema de Salud, y no como una especialidad médica más, debiendo, en consecuencia, integrarse en el conjunto del Sistema de Salud y participar en todas y cada una de las acciones.
- Los Servicios Psiquiátricos se integrarán dentro del ámbito de la Asistencia Sanitaria General, sin que en ningún caso puedan plantearse redes paralelas específicas, y sin que ello implique, la ausencia de la necesaria y natural diferenciación de medios y acciones.
- Adopción de un modelo de atención centrado en la Comunidad mediante el desarrollo de Servicios de S.M. con responsabilidad territorializada (segundo escalón del nivel de atención primaria).
- Ubicación de las unidades de agudos en los Hospitales Generales, haciendo realidad el principio básico de la no discriminación del enfermo mental en relación con los otros enfermos.
- Transformación de los Hospitales Psiquiátricos, generando y/o potenciando las actividades rehabilitadoras. El objetivo final de dicha transformación es su progresiva desaparición y sustitución por dispositivos de rehabilitación y soporte comunitario o su reconversión en instituciones residenciales dependientes de los servicios sociales.
- Desarrollo de sistemas adecuados de educación sanitaria de la población haciendo especial hincapié en la formación en S.M. de los agentes naturales de Salud y desarrollando acciones específicas sobre los grupos de población de alto riesgo (Prieto Moreno, 1986).

Dadas las características del modelo asistencial descrito, se hizo imprescindible la puesta en marcha de unos Servicios de Salud Mental en la Comunidad con una responsabilidad de población y territorial delimitada. El desarrollo de estos Servicios se hizo teniendo en cuenta la zonificación de Salud y Servicios Sociales realizada por la Consejería de Salud y Bienestar Social (BOCAM 2.8.1985). Esta zonificación distribuye la Comunidad de Madrid

en 11 Áreas de Salud, 34 Distritos Sanitarios y 200 zonas básicas. Los Servicios de Salud Mental están considerados como una atención especializada, por lo tanto se situaron al nivel de Distrito Sanitario, dando apoyo a los centros básicos de Salud y Servicios Sociales. La población de estos Distritos se Sitúa en torno a los 150.000-200.000 habitantes.

La puesta en marcha de los Servicios fue paulatina, en parte, por las posibilidades de llegar a acuerdos interinstitucionales. Estos acuerdos se realizaron a través de la firma de Convenios entre la Consejería de Salud y Bienestar Social, el INSALUD y los Ayuntamientos implicados en cada Distrito (Prieto Moreno, 1986). La composición de los Equipos de Salud Mental fue variable en su número, dependiendo de los recursos disponibles y de las características del Distrito Sanitario, estando generalmente formados por: 2 a 4 Psiquiatras; 1 a 3 Psicólogos; 1- 2 Asistentes Sociales; 1-2 A.T.S.; 1 Terapeuta Ocupacional (TO); 1 Auxiliar Administrativo. Así, los programas que se pusieron en funcionamiento fueron:

Tabla 1. Programas de los Servicios de Salud Mental

PROGRAMAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL	
1. - Evaluación.	6. - Hospitalización Parcial.
2. - Atención Ambulatoria.	7. - Atención domiciliaria.
3. - Apoyo a la Atención Primaria y los Servicios Sociales.	8. - Infanto-Juvenil.
4. - Urgencias.	9. - Rehabilitación y Reinserción Social.
5. - Hospitalización Breve.	10. - Toxicomanías

Fuente: Prieto Moreno, 1986.

Se consideraron como prioritarios los tres primeros programas. A través de ellos se evalúa la demanda, analizando la oportunidad o no de su asistencia por parte del Equipo de Salud Mental y se va desarrollando el apoyo a la Asistencia Primaria del Distrito.

Se establecieron diversas modalidades terapéuticas: tratamiento ambulatorio, psicoterapia individual, farmacoterapia, psicoterapia de familia, psicoterapia de pareja, psicoterapia de grupo, tratamiento domiciliario, hospitalización parcial, hospitalización breve. (Prieto Moreno, 1986: 5). Y teniendo como objetivos:

1. Impulsar y potenciar, en la medida de sus competencias, la integración funcional de las distintas redes asistenciales y la optimización de los recursos asistenciales.

2. Reconvertir los Hospitales Psiquiátricos delimitando sus funciones y objetivos asistenciales.
3. Reducir, o al menos no hacer crecer, las camas de hospitalización de larga estancia, discerniendo, además, entre las funciones de Asistencia Psiquiátrica y los Servicios Sociales.
4. Impulsar el desarrollo de servicios ambulatorios a través de los Servicios de Salud Mental en los Distritos Sanitarios.
5. Impulsar el desarrollo de servicios alternativos a la Institución Psiquiátrica en la Comunidad, dentro de los Servicios Sociales. (Prieto Moreno, 1986: 3).

B.4. EL TRABAJADOR SOCIAL SANITARIO. INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL

En la declaración de Principios y Criterios Éticos Internacionales para los Trabajadores Sociales, definidos por la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS) en Asamblea General (Colombo, Sri Lanka, 6 al 8 de julio 1994) se dice que: “El Trabajo Social tiene su origen, de una u otra forma, en filosofías e ideales humanitarios, religiosos y democráticos. Su aplicación es universal y va encaminada a resolver aquellas necesidades humanas que surgen de la interrelación personal y social, y también a desarrollar el potencial humano”

La federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS) en Asamblea de Montreal de julio de 2000 define el Trabajo Social como la disciplina científico-profesional que “promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno”

Si bien esta es la definición de Trabajo social vigente, está siendo sometida a debate la que expongo seguidamente y que será aprobada con los cambios que se determinen (de existir propuestas de cambios), en la Asamblea General de Melbourne prevista para Julio de 2014, y que dice: “La profesión de trabajo social facilita el cambio social y el desarrollo, la cohesión social y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, ciencias sociales, las humanidades y los saberes indígenas, trabajo social involucra a

las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar”³. Por ello, los Trabajadores sociales “se ocupan de planificar, proyectar, calcular, aplicar, evaluar y modificar los servicios y políticas sociales para los grupos y comunidades. Actúan con casos, grupos y comunidades en muchos sectores funcionales utilizando diversos enfoques metodológicos, trabajan en un amplio marco de ámbitos organizativos y proporcionan recursos y prestaciones a diversos sectores de la población a nivel micro, meso y macro social. Algunas de la funciones se podrán desarrollar de manera interrelacionada, de acuerdo a la metodología específica de la intervención que se utilice”, siendo sus funciones (Código Deontológico de Trabajo Social, 2012: 5-6).

Tabla 2: Funciones de Trabajo Social

FUNCIONES DE TRABAJO SOCIAL	
<ul style="list-style-type: none"> • Información • Investigación • Prevención • Asistencia • Atención directa • Promoción e inserción soc. • Mediación 	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación • Gerencia y dirección • Evaluación • Supervisión • Docencia • Coordinación

Fuente: Código Deontológico de Trabajo Social. España.2012.

Para desarrollar sus funciones, los profesionales del trabajo social cuentan con unos instrumentos específicos del trabajo social:

- Historia social, documento en el que se registran exhaustivamente los datos personales, familiares, sanitarios, de vivienda, económicos, laborales, educativos y cualesquiera otros significativos de la situación socio-familiar de una persona usuaria, la demanda, el diagnóstico y subsiguiente intervención y la evolución de tal situación.

³ Desde una visión más de práctica e intervención, Manuel Moix Martínez define el Trabajo social como “la actividad de ayuda técnica y organizada, ejercida sobre las personas, los grupos y las comunidades, con el fin de procurar su más plena realización y mejor funcionamiento social, y su mayor bienestar, mediante la activación de los recursos internos y externos, principalmente los ofrecidos por los Servicios Sociales y por las instituciones y sistemas del Bienestar Social”.

- Ficha Social, soporte documental de trabajo social, en el que se registra la información sistematizable de la historia social.
- Informe Social, dictamen técnico que sirve de instrumento documental que elabora y firma con carácter exclusivo el profesional del trabajo social. Su contenido se deriva del estudio, a través de la observación y la entrevista, donde queda reflejada en síntesis la situación objeto, valoración, un dictamen técnico y una propuesta de intervención profesional.
- Escalas de valoración social. Instrumento científico que sirve para identificar situaciones sociales en un momento dado. Permite elaborar un diagnóstico social
- Proyecto de intervención social, diseño de intervención social que comprende una evaluación-diagnóstico de la situación y personas con quienes actuar, una determinación de objetivos operativos, actividades y tareas, utilización de recursos, temporalización y criterios de evaluación (Código Deontológico de Trabajo Social. España. 2012: 6).

Trabajo social Sanitario

Fue en 1905 cuando el Dr. Richard C. Cabot en el Massachussets General Hospital implementó el primer Servicio de Trabajo Social Sanitario, por aquel entonces denominado Servicio Social Médico, apostando por una medicina centrada en la enfermedad más que en el enfermo.

Podemos definir el Trabajo Social en Salud como “La actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen en relación a las situaciones de enfermedad, tanto si influyen en su desencadenamiento como si derivan de ellas”. La finalidad del Trabajo Social no es solo el conocimiento sino la intervención psicosocial dirigida a prevenir la aparición de conflictos psicosociales y a ofrecer medios de tratamiento que permitan superar, o cuando menos aliviar, el padecimiento personal del malestar psicosocial (Ituarte Tellaeche, 1995: 277)

El Trabajo Social aporta al campo sanitario:

1. La comprensión de la interrelación entre factores psicosociales y calidad de salud de individuos, grupos y comunidades.
2. El estudio, diagnóstico y tratamiento de las situaciones concretas de malestar psicosocial que inciden en la aparición o exacerbación de trastornos físicos y/o mentales, o que puedan producirse como consecuencia de procesos patológicos y que deben ser tenidas en cuenta en el contexto general de la intervención sanitaria.

“El Trabajo Social Sanitario actúa e interviene en el primer plano, el más básico y elemental, y el que en realidad sostiene todo lo demás. Para ello aplica métodos de análisis y síntesis, de ayuda, de guía, de motivación, de prevención, tanto en el plano individual como en el plano grupal y de la familia, evitando que la enfermedad, su vivencia y lo que ésta desprende según el tipo de diagnóstico y tratamiento sanitario, sea causa de disfunciones sociales, agravadas con el tiempo y que si no se atienden profesionalmente pueden dar lugar a diferentes grados de marginación y pérdida de salud. El Trabajo Social Sanitario es el apoyo profesional que garantiza la continuidad asistencial. Considera no sólo las necesidades sanitarias que vienen determinadas por el médico y la enfermera, sino las posibilidades sociales que harán posible el seguimiento terapéutico, el cumplimiento terapéutico, en las condiciones óptimas. Si bien muchas personas pueden afrontar por sí mismas con ligeras orientaciones profesionales esta nueva realidad, otras requieren un apoyo estratégico global, orientado a subsanar los nuevos desequilibrios que evidencia de su día a día particular. La investigación social sanitaria complementa el arco de probabilidades. En lo social sanitario no existe el determinismo, pero sí que se puede estudiar cómo determinadas causas derivan, atendiendo a los tipos de intervención social sanitaria” (Colom Masfret, 2008: 15).

El Trabajo Social Sanitario no debe confundirse con los Servicios Sociales. Diremos para comprender la diferencia básica entre el Trabajo Social Sanitario y los Servicios, que en los Servicios sociales se aplican métodos de apoyo, motivación, posicionamiento, soporte, etcétera, mientras que el Trabajo Social Sanitario se apoya en los aspectos psicosociales de las personas, su centro de gravedad, y las mueve e impulsa con sus propios recursos personales. Si carecen de ellos establece un plan de trabajo orientado a su regeneración o logro, orienta sus pasos ante los desajustes que la enfermedad provoca en su dinámica social, guía sus acciones hacia realidades que les ayuden a ganar independencia y mantengan su dignidad. Si bien atiende el aquí y el ahora, el Trabajo Social en general, el Sanitario en particular, con sus procedimientos, establece un plan de trabajo que señala el camino hacia la autodeterminación, la unicidad del individuo. En la medida de lo posible, evita recaídas sociales. Se proyecta más allá del presente. La previsión de futuro se basa en

los factores posibilitadores presentes en cada Caso Social Sanitario (Colom Masfret, 2008: 23)

Los procedimientos clásicos del trabajo social sanitario son:

- El Método de trabajo social de caso (casework)
- El Método de trabajo social de grupo (groupwork)
- El Método de trabajo social comunitario (communitywork)
- El Método del trabajo social de familia.
- La planificación del alta sanitaria.

Todo ello aplicado a la realidad de la que emerge la persona y pensando en que, ésta, es la realidad a la cual volverá. El diagnóstico social indicará la acción sobre esta realidad. En la mayoría de los casos, siempre en el entorno profesional, ver los hechos, sobre todo los más evidentes, está al alcance de cualquier técnico que trata con la persona. Pero lo que ofrece el especialista, en este caso el trabajador social sanitario, es su capacidad, habilidad y conocimiento para interpretar en positivo o en negativo, si estos hechos, dentro del contexto particular de la persona son, o no, dificultades (Colom Masfret, 2008: 24).

Trabajo social en Salud Mental

Amaya Ituarte define el trabajo social clínico en salud mental como "un proceso de ayuda a personas, familiar, grupos y comunidades; con el objeto de desarrollar capacidades psicosociales, de tal manera que puedan hacer frente a sus problemas actuales y a potenciales situaciones conflictivas en un futuro, tratando de ayudarles a desarrollar su capacidad de comprensión (sobre si mismos y su entorno) su tolerancia ante el sufrimiento y la frustración, así como su capacidad para utilizar adecuadamente sus propios recursos personales y los que ofrece el medio social" (Ituarte Tellaeché, 1992).

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 (García López, 2004: 273).

Si algo caracteriza el funcionamiento de la Salud Mental es su intervención en equipo; se ha de ofrecer integración, coherencia y articulación ya que, de lo contrario son imposibles actuaciones eficaces y de calidad. La interdisciplinariedad hace referencia al modelo de trabajo, al método con que se desarrolla y a la forma en que se aplican los conocimientos y

las técnicas. Es una puesta en común, una forma de conocimiento, de entender y abordar un fenómeno o problemática determinada (García López, 2004: 278)

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

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

El trabajador social en salud mental es el profesional cualificado para valorar, interpretar y actuar sobre los diferentes ámbitos de influencia de la persona; procurando mejorar o restablecer el funcionamiento social y promoviendo todos aquellos cambios y recursos necesarios para el desarrollo personal.

Las funciones del Trabajador Social en salud mental son:

- Evaluación y valoración de necesidades (personales, familiares, sociales y del entorno).
- Diagnostico social.
- Intervención en el proceso terapéutico.
- Realización de programas de intervención.
- Supervisión continuada de la intervención.
- Evaluación de los programas individuales.
- Valoración y conocimiento de los recursos más apropiados para cada persona.
- Coordinación con otros recursos institucionales. Apoyo al proyecto vital y familiar de los enfermos.
- Crea opinión pública sobre las necesidades sociosanitarias de los enfermos y los derechos de los mismos.

La herramienta de trabajo exclusiva del trabajador social es el Informe Social. Está considerado como el elemento indispensable para la evaluación y baremación de necesidades. Mediante el informe social se analiza:

1. Situación socio-familiar: Datos personales y estructura familiar. Historia personal y familiar. Dinámica familiar.
2. Situación económico-laboral.
3. Situación socioeducativa y formativa.
4. Situación sanitaria.
5. Situación de la vivienda, Condiciones de habitabilidad.
6. Situación jurídico-legal.
7. Entorno social. Redes de apoyo. Sociabilidad. Motivaciones e intereses. Aislamiento social (Fuente propia)

C. DESARROLLO DE LA PROPUESTA METODOLÓGICA

C.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN MOTIVO DE ESTUDIO.

Hasta el decreto Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid (BOCAM núm. 274 de 18 de noviembre de 2009) , en donde se modifica el artículo 4 de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, quedando redactado en los siguientes términos: «El Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid se organiza en un Área Sanitaria Única integrada por el conjunto del territorio de la Comunidad de Madrid.» y que entró en vigor el 12 de febrero de 2010. La atención sanitaria estaba estructurada de forma desconcentrada a través de las denominadas Áreas Sanitarias que tenían carácter funcional. Estas Áreas desarrollaban actividades relativas a la salud pública y la promoción de la salud, prevención, asistencia sanitaria, y rehabilitación de la salud individual y colectiva de la población, de una manera plenamente integrada y más próxima al ciudadano, instaurando un modelo basado en la concepción integral de la salud. Fueron 11 las Áreas Sanitarias que se delimitaron atendiendo a factores geográficos y socioeconómicos.

La Ley 12/2001 en su Artículo 16 sobre Asistencia Sanitaria dice La Administración Sanitaria de la Comunidad de Madrid, a través de los recursos y medios de que dispone su Sistema Sanitario, desarrollará las siguientes actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria... dedicando el apartado b) a la Salud Mental:

b) La atención integrada de salud mental potenciando los recursos asistenciales en el ámbito ambulatorio, los sistemas de hospitalización parcial, la atención domiciliaria, la rehabilitación psico-social en coordinación con los servicios sociales, y realizándose las hospitalizaciones psiquiátricas, cuando se requiera, en unidades psiquiátricas hospitalarias. Atendiendo a lo indicado en la Ley 12/2001 se desarrollaron los Servicios de Salud Mental vinculados a las diferentes áreas sanitarias. El Área de Salud Mental se ordena alrededor de sus elementos: usuarios, profesionales y recursos para la Atención de Salud. El Área debe definir dicha atención en el marco comunitario, debe clarificar y exponer sus funciones, sus actividades y objetivos.

La finalidad expresa del Área de Salud Mental se dirigirá al logro, en dicho campo de salud, de los siguientes objetivos: “promoción de la salud, prevención de la enfermedad y asistencia y rehabilitación en los supuestos de pérdida o alteración de la salud”. (Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2000: 42-44)

La desinstitucionalización precisaba y precisa de una red de recursos comunitarios adecuados y accesibles pues allí donde esto no se da, una parte de enfermos graves termina en la calle, ingresando en cárceles o en situaciones inaceptables. Una política explícita, un espacio sociosanitario único y la existencia de un ratio de profesionales adecuado es en última instancia lo que parece permitir la desinstitucionalización progresiva en los pacientes en los que esto es posible⁴.

Es en el año 1985 cuando en el distrito de Fuencarral – El Pardo de Madrid se pone en funcionamiento el Servicio de Salud Mental. La mayoría de los profesionales que lo integraban, provenían del Hospital Psiquiátrico Alonso Vega (actual Hospital Doctor Rodríguez Lafora). El distrito Fuencarral-El Pardo de la ciudad de Madrid, ubicado en la zona norte, pertenecía al Área 5 Sanitaria junto con los distritos de Tetuán, Colmenar Viejo, Alcobendas-San Sebastián de los Reyes. En la actualidad cuenta con una población censada (agosto de 2013) de 233.000 habitantes, de los que 186.714 son mayores de 19 años⁵, siendo el 46% hombres y 54% mujeres⁶.

⁴ La Asamblea de Madrid aprobó un Plan Cuatrienal de Servicios Sociales donde se contemplaba el Programa "Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica". El presupuesto para este programa estaba gestionado por el Servicio Regional de Bienestar Social; la Dirección del Programa fue asumida por el Servicio de Salud Mental. Esta asunción fue transitoria, pues el objetivo era que de forma progresiva, los Servicios Sociales se responsabilizasen del programa de Rehabilitación y Reinserción Social (Prieto Moreno. 1986).

⁵ <http://www-2.munimadrid.es/TSE6/control/seleccionDatosBarrio>

⁶ La Comunidad de Madrid desde 1988 está desarrollando el programa de servicios sociales alternativos a la institucionalización psiquiátrica, (PSSAIP) dependiente actualmente de la consejería de Servicios

El equipo de profesionales de Salud Mental encargado de atender a la población mayor de 18 años está compuesto por diez psiquiatras, cinco psicólogos, cinco enfermeras y dos trabajadoras sociales. Al igual que el resto de los distritos se pusieron en funcionamiento los programas enumerados en apartado B.3.

Para superar lo que de marginador para el enfermo mental tiene la institucionalización en hospitales psiquiátricos, que históricamente ejercieron funciones asilares, con el siguiente efecto cronificador y desocializador para el individuo; la Comunidad Autónoma de Madrid, priorizó el Programa de Rehabilitación y Reinserción Social para personas con enfermedad mental crónica (EMC). (Prieto Moreno, 1986:5)

Se entiende por población con EMC o Trastorno mental severo (TMS):

“Personas que sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves y crónicos como: esquizofrenia, trastornos maniaco-depresivos y depresivos graves recurrentes, síndromes cerebro-orgánicos, trastornos paranoides y otras psicosis, así como algunos trastornos graves de la personalidad, que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria, tales como: higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc.; y que además dificultan el desarrollo de su autosuficiencia económica. Así mismo muchas de estas personas han estado hospitalizadas en algún momento de sus vidas, variando su duración según los casos” (Goldman, P., Meisler, N.)

Las Características definitorias del TMS son:

- Presenta una sintomatología que:

- Genera problemas de captación y comprensión de la realidad.
- Distorsiona la relación con los otros.
- Supone o puede suponer riesgo para su vida.
- Tiene repercusiones negativas en distintas áreas del funcionamiento personal (vida cotidiana, educación, empleo, relaciones sociales).

- Necesita un abordaje complejo, incluyendo:

- Atención sanitaria directa con intervenciones biológicas, psicosociales y de
- Rehabilitación.
- Intervenciones sobre el medio social y de apoyo a la familia.
- Atención intersectorial: social, laboral, educativa y judicial.

Sociales, trabajando de un modo complementario y coordinado con la red de servicios sanitarios de salud mental (regulado en el Decreto 122/1997 de 2 de Octubre).

- Presenta una evolución prolongada en el tiempo, con importantes necesidades de continuidad en la atención sociosanitaria. (FEARP, 2011: 2)

La definición de TMG se establece en función del diagnóstico clínico, la duración del trastorno (cronicidad) y el nivel de discapacidad social, familiar y laboral que la enfermedad provoca en la persona afectada.

La población objeto de estudio está compuesta por 375 personas, de las cerca de 600 que figuran con diagnóstico de enfermedad mental crónica, que son tratadas en los servicios de salud mental del distrito de Fuencarral – El Pardo y están incorporadas al Programa de Rehabilitación y Reinserción social para personas con EMC.

Las variables analizadas fueron:

1. Sexo. Predominancia de un sexo u otro.
2. Diagnóstico psiquiátrico. Si impera más un trastorno psiquiátrico grave u otro.
3. Utilización de alguno de los recursos de la Red pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera, dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales, de la Comunidad de Madrid, que cuenta con una tipología de Centros y recursos de atención social especializada diversificada y con una distribución territorializada⁷.
4. Situación Civil. Incapacitación judicial: proceso judicial que tiene como único objeto revisar la capacidad que jurídicamente se les presume a las personas, para comprobar si es necesario o no establecer medidas de protección.
5. Situación laboral. Variable a estudiar importante pues es uno de los criterios de normalización empleados.

C.2. RESULTADOS.

1. Sexo. De los 375 pacientes objeto del estudio 237 eran hombres (63.20%) y 138 mujeres (36.80%). El hecho de que haya un 25% más de hombres que de mujeres no contradice los estudios que señalan que las mujeres son más propensas a sufrir trastornos

⁷ Esta Red y los centros y recursos que la integran trabajan en estrecha coordinación y complementariedad con la red de Salud Mental para asegurar una atención sociosanitaria integral, y ofrece atención social a las personas adultas entre 18 y 65 años con discapacidades psicosociales y dificultades de integración a consecuencia de trastornos mentales severos, derivadas desde los Servicios de Salud Mental de la red pública sanitaria como responsables de su tratamiento y seguimiento psiquiátrico. Cuenta con diferentes tipos de centros y recursos que ofrecen en régimen de atención diurna (Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Día de soporte social, Centros de Rehabilitación Laboral, Equipos de Apoyo Social Comunitario) y de atención residencial (Residencias, Pisos supervisados y Plazas de alojamiento en Pensiones) distintos programas y actividades para atender las distintas necesidades sociales de estas personas y para promover su autonomía e integración social y laboral. La Red alcanzó a Diciembre de 2012 un total de 5.679 plazas (Subdirección General de Atención a la discapacidad y enfermedad mental, 2013).

mentales, pues se refieren a enfermedades mentales leves (distimias, trastorno adaptativo, trastorno ansioso-depresivo,...) y el Programa de Rehabilitación atiende a personas con enfermedades mentales graves figurando como primera patología la Esquizofrenia; y si bien hay estudios que se están cuestionando la diferencia de sexo en el padecimiento de esta enfermedad (Usall. J., 2003: 276) nuestro estudio sigue constatando un mayor porcentaje de hombres que de mujeres en el padecimiento de la misma, como se indica a continuación.

2. Diagnóstico Psiquiátrico. El 67.47% (253) tienen diagnóstico de esquizofrenia, de los que 167 son hombres (66%) frente a 86 mujeres (34%); seguido de trastorno bipolar en el 8% de los pacientes estudiados.

3. Utilización de Recursos de la Red pública de Atención Social a personas con EMG. Son 197 (52.18%) los pacientes que hacen uso de alguno de los recursos de la Red expuestos anteriormente.

4. Situación Civil. El 25% de los pacientes ha precisado que se ponga en conocimiento de la Fiscalía de incapacitaciones existente en la ciudad de Madrid su situación, de cara a revisar su capacidad jurídica y comprobar la necesidad o no de tomar medidas de protección. En el comunicado presentado en el Congreso de Trabajadores sociales de Madrid indicaba: “Se entiende por incapacitación judicial de una persona, un proceso judicial que, mediante una sentencia, reconoce que la persona no tiene capacidad para autogobernarse. En la sentencia queda determina la extensión y los límites de la incapacidad. Este proceso debe entenderse en sentido positivo, siendo sus fines el proteger, cuidar y defender a las personas que lo precisen, evitando así posibles situaciones de desamparo e indefensión, y asegurándoles una protección cuando los padres o familiares, ya no puedan hacerse cargo de ellas” (Luis-Yagüe, R. 2011:1)

Son 88 las personas (el 23.5%) que han precisado sentencias de incapacidad total, y 8 de incapacidad parcial (2.13%). La sentencia de incapacidad total se dicta cuando se aprecia que la persona no es capaz ni de cuidar de sí misma ni de administrar sus bienes, precisando un tutor que la ayude en estas funciones; mientras que la incapacidad parcial se dicta cuando la persona no es capaz de realizar ciertos actos (principalmente relacionados con el ámbito económico y en ocasiones del cuidado de su salud). En la actualidad cerca del 40% están siendo tutelados por la Agencia Madrileña de Tutela de Adultos (AMTA) y el resto por sus progenitores, familiares o Fundaciones tutelares.

5. Situación laboral. En la actualidad están trabajando el 15% (56 personas). El 58.18% son hombres y el 41.8% mujeres. Entorno al 50% de los pacientes que se encuentran realizando actividades laborales lo han conseguido gracias al trabajo realizado con ellos desde los Centros de Rehabilitación laboral (CRL), cuyo objetivo es ayudar a aquellos enfermos mentales que han alcanzado un buen nivel de autonomía, a aprender o recuperar los hábitos y capacidades laborales necesarias para acceder al mundo laboral y apoyar su integración y mantenimiento en el mismo. Ofrecen para ello un abanico variado de actividades y programas tanto individuales como grupales: orientación vocacional, entrenamiento en hábitos básicos de trabajo, ajuste socio- laboral, talleres pre-laborales, apoyo a la formación laboral, búsqueda activa de empleo, apoyo y seguimiento de la inserción laboral (Consejería de Servicios Sociales, 2001: 33).

C.3. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN SOCIAL DESDE LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA PERSONALISTA.

A mi entender, el discurso actual del Trabajo Social no es un discurso que parta de una ética personalista. No suele situar a la persona como centro de sus consideraciones e intervención aunque la palabra “persona” se emplee, no es con la connotación profunda que debería tener.

Si bien ubica su origen en filosofías e ideales humanitarios, religiosos y democráticos, encaminados a desarrollar el “potencial humano”, cuando se habla de Trabajo social como disciplina se habla de cambio social, resolver problemas en relaciones humanas, liberación, bienestar,... no adopta un término que defina claramente la apuesta por toda persona humana, por el hecho de serlo, y pertenecer a la raza humana ya esté en una situación de dependencia, de vulnerabilidad, etc.

Haciendo un somero estudio de los conceptos empleados en el Código deontológico y que quedan enmarcados en la ética personalista, encontramos datos que deberían llevarnos a reflexionar.

El concepto persona aparece 49 veces pero en 36 ocasiones vinculado a “persona usuaria” (¿sujeto u objeto de nuestra relación/ intervención?). La palabra “humana” solo sale mencionada dos veces y dentro del artículo sobre Derechos Humanos (Artículo 7). El concepto “ser humano” como tal no aparece. “Derechos humanos” 6 veces (nombrados como principios marcos generales) y “humano” 3 veces. “Vida” aparece en 5 ocasiones dos de ellas vinculada a “calidad de vida”. La palabra “dignidad” sale 4 veces una “dignidad

profesional”, dos dentro de artículo de derechos humanos, “dignidad humana” y una cuarta como dignidad del usuario.

Un estudio cuantitativo-cualitativo llevado a cabo a un total de 700 trabajadores sociales “Cómo resuelven dilemas éticos los trabajadores sociales en España” (Ballester, Viscarrete, Úriz: 2011), que parte de que “resolver dilemas éticos es un desafío diario al que se enfrentan los trabajadores sociales en su práctica profesional”, dicen que hay “ambivalencia entre significado y acción. Un 98,4% de los encuestados manifiesta que la ética debe formar parte de la carrera de Trabajo Social y un 97,5% opina que debería ser obligatoria, ahora bien, tan solo un 63% estaría dispuesto a realizar formación en ética como parte de su formación profesional y solo un 7,5% admite disponer en su trabajo de una metodología precisa para resolver dilemas éticos” (Ballester, Viscarrete, Úriz, 2011: 57)

En sus conclusiones exponen:

“Los datos constatan la inexistencia de puntos de referencia claros que se aporten desde la profesión con los que poder trabajar para dar una respuesta coherente, articulada, responsable, razonada y común a los dilemas éticos a los que se enfrentan los profesionales. La ausencia de “estándares” éticos aportados desde la profesión, deja a los trabajadores sociales sin elementos de referencia a los que poder dirigir sus dudas éticas, dejando así al libre albedrío de cada trabajador social la interpretación de los límites de su comportamiento ético...”

“...las dificultades se ven como dilemas privados más que como parte de la complejidad de los problemas sociales. Como resultado de ello, los profesionales -a menudo-ven los dilemas éticos como temas de responsabilidad individual, más que como un tema de responsabilidad colectiva (Weinberg, 2010)”

“Ello explica que los datos evidencien de forma mayoritaria la búsqueda de soluciones individuales y que las soluciones colectivas, basadas en el paradigma teórico-jurídico, tengan menor grado de utilización”

“Un ejemplo evidente es el comportamiento de los profesionales más experimentados, que dejan atrás las referencias teórico-éticas de la profesión y las consultas a la legislación para confiar principalmente en el aprendizaje ético forjado a lo largo de su historial profesional (individualización de la solución)”

Estas conclusiones a las que llegan en gran parte son confirmadas por mi experiencia profesional, generando en mí preocupación al pertenecer las personas a las que atendemos a los grupos y colectivos más vulnerables de la sociedad, y precisar por ello un mayor esmero en la intervención y una actuación basada en un vasto cuerpo teórico y homogeneidad en las respuestas.

Me desconcierta la afirmación en torno a la forma de obrar profesional “Hay diferentes respuestas, hay diferentes sensibilidades, pero el factor último que explica todas ellas es la desorientación” (Balletero, Viscarrete, Úriz, 2011: 58)

Comparto su propuesta: “la necesidad de desarrollar puntos de referencia, patrones éticos comunes, que sean el resultado de la reflexión sobre la experiencia profesional acumulada. Ello garantizaría que la profesión se dotara de visiones éticas comunes, desarrolladas y experimentadas, que garantizaran una práctica profesional más sólida, eficaz, coherente y reconocible por el conjunto de la profesión”, pero los profesionales del trabajo social mayoritariamente hemos volcado nuestra energía en la atención directa, dejando de lado la importancia que tiene la formación, la transmisión de experiencia, la creación de unas bases teóricas generales,...

“La práctica ética debe evitar a toda costa los peligros de la burocratización, actuación impersonal, imparcial y formal que propone una estricta forma de actuar, dejando obviamente resquicios a la frescura y a la flexibilidad, pero sin perder un consenso común y científico que evite los errores de dejar en los valores personales gran parte de las decisiones éticas profesionales” (Balletero, Viscarrete, Úriz, 2011: 59)

En la reseña que hace Nieves Gómez sobre el libro “Reconstruir la persona Ensayos Personalistas” (Burgos Velasco: 2009) dice: “...cuyo objetivo es reconstruir la persona; porque partimos del hecho, de que una cultura hedonista y materialista de-construye a la persona, la fragmenta de tal manera que ésta pierde la conciencia de que es un ser unitario y llamado al dominio de sí y a la entrega libre a los otros. Y reconstruir la persona también en el sentido de que, a partir de ella, se pueden rehacer la cultura, la sociedad (Gómez Álvarez, 2009: 117)

Mi propuesta es que los profesionales del trabajo social hemos de adherirnos a este “reconstruir la persona” una de las propuestas marco de la ética personalista. Puede que muchos profesionales del trabajo social al leer estas líneas mostraran su desacuerdo diciendo ¡si es lo que hacemos!; el trabajo antes mencionado llega a otras conclusiones.

Entrando ya en cómo realizar intervención social desde los principios de la bioética personalista, aplicados al estudio descrito en el apartado C.2., diríamos:

1. Sexo

- No hay soluciones colectivas. El hombre no es una cosa, y ni siquiera un qué, una naturaleza. Es un sujeto individual irrepetible, es decir, un quién. Es un “otro” único e irremplazable. No hay enfermedades sino enfermos.
- Es una persona sexuada, cuya percepción de su enfermedad será vivida desde ópticas distintas dependiendo de si es mujer u hombre.
- Abordaje de las dificultades inherentes al ser hombre o mujer con una enfermedad mental grave de manera delicada y respetuosa. Ejemplos: “no voy a poder ser madre”, “¿qué mujer me va a querer con esta enfermedad, con estos medicamentos que merman mi capacidad sexual?”

2. Diagnóstico Psiquiátrico.

- En la intervención ver un “más allá” del dolor físico y mental. Un “leer” a través de su comunicación o incomunicación, un sentir “con él/ella” pero a la vez manteniendo actitud objetiva para luego poder “buscar junto a”, partiendo de que la persona es dinámica, no solo desde lo orgánico también desde lo psíquico y espiritual.
- Transmisión continúa de que la persona es más que un diagnóstico.
- Realizar un acompañamiento cercano en este nuevo “conocerse” tras haber generado una enfermedad que en un alto porcentaje va a ser crónica y precisar unos cuidados continuados, pero que estos no deben influir de manera decisiva en sus proyectos. Ayudarle en la adecuación de sus inquietudes e ideales a los “límites” de su “cuidarse”
- Tener un trato cercano, sin juicio, único, en presente, rescatando su “parte sana”
- Crear un espacio relacional “de igual a igual”. Emplear no solo la comunicación verbal, también la corporal y la tonal.
- Hablar a “su yo”, en palabras vinculadas al ámbito del sentimiento diríamos “hablar al corazón”, desde “nuestro yo”
- Transmitir el “tú me importas” como persona, no como enfermo al que “tengo que” tratar y ayudar.
- Sin perder el contexto profesional crear un espacio relacional donde se dé cabida a la expresión de la afectividad, del comunicar, del transmitir en “ambas direcciones” no del profesional al paciente/enfermo (el personalismo comprende y asume que el hombre se

hace hombre sólo frente al hombre, se hace yo-sujeto frente al tú-sujeto, no frente al tú-objeto: Burgos)

- Respetar sus decisiones haciéndole consciente de que “todo acto tiene unas consecuencias” fomentando el sentido de la responsabilidad y que “tome las riendas” de su vida.

3. Utilización de Recursos de la Red pública de Atención Social a personas con EMG

- No considerar los Recursos como “aparcamientos”
- No realizar derivaciones para decir “uno menos”. Realizar seguimiento y evaluación de la idoneidad del recurso contando no solo con el parecer de los profesionales que allí le llevan, sino con el suyo (en ocasiones situándolo al mismo nivel).
- Dinamizar su vinculación a los recursos valorando altas no solo por cumplimiento de objetivos sino por deseo expreso con argumentación adecuada, aunque pueda no ser compartida por otros profesionales
- Mantener actitud continua de apertura a sus problemas, inquietudes, objeciones, sin dar por hecho que eso es “lo mejor” o dando toda la credibilidad a los profesionales sin antes contrastar posturas.
- Búsqueda conjunta de nuevas inquietudes, de nuevos objetivos, hablando a “su parte sana” sin perder la confianza de que esta parte sana puede “crecer” aminorando los efectos del avance de los síntomas de su enfermedad mental.

4. Situación civil. No es una decisión fácil, poner en conocimiento de la Fiscalía de incapacidades la existencia de una persona que debido a la evolución de su enfermedad mental no está sabiendo manejar sus bienes y/o su persona, y que precisaría apoyos en ámbitos funcionales de su día a día. Es un proceso que ha de tomarse ejercitando la “voluntad de poder en ciencia y conciencia” (del Rosal García, 2011). Hay que tener evidencias claras, contrastadas, prolongadas en el tiempo,... y saber que su mantenimiento puede producir no solos daños directos sino a terceros. Los profesionales de la salud mental somos simples transmisores de esta situación pero los informes que emitimos suelen ser decisivos en las sentencias dictaminadas. Tenemos que partir de una reflexión que nos lleve a sopesar los pros y contras de esta actuación. Los años nos confirman que los procesos iniciados se hicieron con argumentaciones de peso y que los jueces salvo excepciones siempre han apoyado nuestra solicitud.

Desde la bioética personalista nos adentramos en vulnerar el principio de libertad y responsabilidad, pues el paciente no está en condiciones de colaborar en su tratamiento y

medidas psicoterapéuticas necesarias, por lo que hemos de recurrir a la figura del tutor que vele por sus intereses y su vida.

Mantener el vínculo terapéutico tras la puesta en conocimiento al Ministerio fiscal de esta situación de desamparo y el inicio del proceso es complejo, pero aplicando criterios personalistas es salvable:

- Advertir, incluso durante meses, de los comportamientos que se están observando (no toma de medicación, uso indebido de su dinero, conductas inadecuadas,...) y como estos están haciendo peligrar su estabilidad clínica, su recuperación, etc.
- Explicar que son medidas de protección, no sancionadoras ni irreversibles.
- Tratar sobre la no pérdida de libertad, pues este término abarca mucho más que el aspecto civil.
- Mostrar disponibilidad ante las dudas e incertidumbres que se le vayan presentando.
- Hacerle ver que esto no va en detrimento de su dignidad como persona, etc.
- Mostrarle nuestro apoyo e interés exento de juicio.

5. Situación laboral. Puede parecer que el 15% de las personas analizadas este realizando una actividad laboral no sea una cifra elevada, pero los estragos que las enfermedades relacionadas con la mente hacen son a veces devastadores y solo mantener unos hábitos de vida diarios (en cuanto al aseo, al vestir, toma de medicación,...) son ya grandes logros. Por lo tanto que 56 personas pese a sus dificultades, miedos, efectos secundarios de la medicación,... consigan estar trabajando es muy importante y un elemento que tenemos que reforzar y apoyar para que no desistan de la tarea emprendida.

Solo he dado unas pinceladas a todo lo que puede conllevar la aplicación de la bioética personalista en el día a día del profesional de trabajo social sanitario, tomando como base los datos del estudio realizado. Soy consciente de que se precisaría una sistematización de lo expuesto, una priorización en las acciones, etc., pero lo dejaré para próximos abordajes.

Lo expuesto podría ser enmarcado en técnicas y métodos de diversas corrientes psicológicas, así como pensamientos ideológicos diversos. La diferencia es “el fondo”. El llevar hasta extremos la dignidad de toda persona, el “ser persona”, que puede resultar factible decirlo pero el ejercicio profesional diario nos dice, que es muy arduo llevarlo a la práctica y comprometerse de manera firme con esta corriente de pensamiento; en una sociedad donde lo que prima es el valor del tener, del servir para, del valer para,...

Quizás puedo ser tachada por algunos de idealista, de ilusa, de no saber realmente lo destructivo de las enfermedades mentales, pero la experiencia me ha dicho y dice lo

contrario: la capacidad de superación de las personas, lo que son capaces de demostrar solo con ver una mano extendida, el que se recibe más de lo que se da, la importancia del trato de tu a tu,...

En este trabajo solo he expuesto la aplicación de la bioética personalista en la relación trabajador social – paciente enfermo/familia, sin entrar en otros campos: divulgativos, de debate, de consenso profesional,... que darían para otra exposición.

Desconozco lo que esta forma de intervención puede llegar a provocar en quienes la lean, ni las réplicas y objeciones que puedan suscitar pero no solo parte de una base teórica, sino también vivencial.

D. CONCLUSIONES.

Los profesionales sanitarios nunca deben de olvidar que la razón de ser de su profesión es el apoyo incondicional a la persona. Desgraciadamente no son pocos los profesionales que por operatividad, eficacia, eficiencia, coste-beneficio,... (términos sacados del ámbito empresarial y económico) realizan su trabajo dejando de lado que su “objeto de trabajo” no es tal objeto sino una persona digna de ser respetada y valorada sea bajo las circunstancias en que se encuentre o “envuelta por capas” (enfermedades orgánicas graves, discapacidades intelectivas, enfermedades mentales,...) que hagan difícil llegar a alguna de las partes que constituyen su ser persona.

En la actualidad se evita decir la palabra sufrir/sufrimiento y sus significados: “Sentir físicamente un daño, un dolor, una enfermedad o un castigo”; “Sentir un daño moral” “Sostener, resistir”, “Aguantar, tolerar, soportar” (Real Academia española de la Lengua). Se intenta no emplear esta palabra tan profunda y clara empleando otras frases y términos: “que le duele” “por qué se encuentra mal” “donde tiene las molestias”, “que le preocupa”, “que siente”.

Preguntas genuinas que harían conectar el “ser persona-profesional sanitario” con el “ser persona-enferma” serían: “que es lo que le está haciendo sufrir, que disfunción física o psíquica está usted padeciendo, que le está haciendo tambalear su vida , su pensar, su sentir y su ser”, “que es lo que la angustia , la oprime, la hace sentir que todo su persona se hunde, y llegar a pensar que su vida no merece la pena”,... ; y desde esa profundidad relacional empezar a construir una relación de ayuda. A partir de ahí podrá el profesional sanitario emplear todos sus conocimientos científicos y técnicos, investigar, analizar pero siempre

situando a la persona enferma, a la persona que sufre como centro de todo su pensar y actuar.

El trabajador social sanitario, en palabras del Dr Richard C. Cabot (uno de los fundadores del trabajo social sanitario) “está entrenado para mantener los ojos abiertos en cada aspecto de la vida”, pues no solo se encuentra frente a una persona que sufre por padecer una enfermedad física o psíquica, no solo sufre la pérdida de salud, también sufre pérdidas afectivas, pérdidas económicas, pérdidas relacionales, pérdidas de conocimientos adquiridos, que la sumen aún más en la desesperanza.

Quizás alguien ante estas conclusiones pueda pensar que me he desviado del objeto del trabajo de investigación, pero muy por el contrario lo estoy situando en medio de todo lo descrito. Mientras el trabajador social sanitario no parta de su ser persona que tiende la mano a otro ser persona que “en su presente” necesita ayuda; podrá: “hacer una buena intervención social”, “gestionar los recursos adecuados” “coordinar con los profesionales las medidas a adoptar”... pero no habrá logrado el fin último que debe tener toda relación, en este caso enmarcado en el contexto profesional, el encuentro entre dos personas en donde se va a generar una relación de ayuda y apoyo bidireccional del profesional a la persona enferma – a la persona que sufre – y de la persona enferma al profesional.

Si bien todas las profesiones de ayuda precisan de profesionales que tengan una altura humana elevada, los profesionales del trabajo social sanitario más si cabe. Los trabajadores sociales sanitarios no solo tienen que tener un compromiso con la sociedad, apoyando los avances científico-técnicos y colaborando en el desarrollo de nuevos derechos y responsabilidades; su primer compromiso debe ser con la persona enferma y su familia.

Crear en la capacidad de cambio del otro pese a sus posibles continuas caídas (en salud mental supondría abandono de medicación, ingresos hospitalarios, intentos de suicidio,...) es decirle “tú me importas” “tú tienes valor para mí” y no con el fin de obtener buenos resultados terapéuticos, ganar prestigio y reputación,... sino por el hecho de ser persona con toda su carga ontológica.

Esta forma de abordar la práctica profesional no es sencilla; lleva al profesional en su quehacer diario a un continuo estado de superación como persona, a un cuestionamiento de su hacer ético, dado que son muchos los dilemas éticos que surgen en el día a día y que precisan respuestas, y respuestas que nunca deben olvidar que lo que se está cuestionando es la dignidad de una persona, a la postre, de toda persona.

Asistimos a una época histórica de cambios importantes y con grandes desafíos. Se está produciendo un avance tecnológico vertiginoso y descontrolado, con la creación de redes de comunicación diversas: Twitter, Facebook, Google +, Redes profesionales,... que “nos acercan más”, pero este “acercamiento” no implica “proximidad” “cercanía” “compartir espacios físicos” que es lo que construye a la persona y la hace crecer como tal, y esto es un peligro y de ello hemos de ser conscientes todas las personas y más las personas que trabajamos con personas. Cada vez estamos más comunicados pero menos comunicativos.

No niego el avance tecnológico pero si lo cuestiono si este se hace sin sentido, sin que siga siendo el hombre, no solo un grupo de elite, quien tenga en su poder los hilos de la humanidad entera.

No me opongo, por ejemplo, a la telemedicina, pero si esta se hace con prudencia y sin perder nunca la importancia de la relación única y sagrada que se debe dar entre el profesional sanitario y el enfermo. No tener a la persona enferma frente a nosotros sino de forma virtual deshumaniza y esto hay que tenerlo muy en cuenta a la hora de implantar las nuevas tecnologías.

Se entiende por conciencia moral, una capacidad exclusivamente humana que nos hace capaces de distinguir entre lo correcto y lo incorrecto, lo bueno y lo malo, etc. Nuestra conciencia moral es capaz de juzgar nuestros propios actos, nos permite saber íntimamente, si actuamos bien o no, produciendo sentimientos de satisfacción o remordimientos y es la que nos hace sentirnos responsables de las consecuencias de nuestras acciones.

Todo profesional sanitario y en especial los trabajadores sociales deberían tener una conciencia moral bien formada y en continuo proceso de evaluación que les llevara a ejercer su profesión: haciendo el bien y evitando el mal, no haciendo a nadie lo que no querría que a él se le hiciera y no haciendo el mal para obtener un bien.

E. BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA.

Ballesteros, A., Viscarret J.J., Úriz, M^a J., “Cómo resuelven dilemas éticos los trabajadores sociales en España” *Portularia Vol. XI. N° 2.* 2011. 47-59

Barco del, J.L., Presentación. *Anuario Filosófico* 27, 1994. 9-13

Bones Rocha, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., y cia. “Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España” *Psicothema Vol. 22 n° 3*, 2010. 389-395

Bravo, M^aF. (coord.). “Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad” Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). *Cuadernos Técnicos* 4, 2000.

Burgos, J. M., *Reconstruir la persona. Ensayos personalistas*. Palabra, Madrid, 2009.

Burgos, J. M. (ed.), *El giro personalista: del qué al quién*, Mounier, Salamanca, 2011.

- Burgos, J.M., “¿Qué es la Bioética Personalista? Una análisis de su especificidad y de sus fundamentos teóricos” *Cuadernos de Bioética XXIV* 2013/1ª. 17-30
- Código Deontológico de Trabajo Social. Consejo General de Trabajo Social. España. 2012
- Colom, D., “El Trabajo Social Sanitario como herramienta de gestión”. *Revista Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar*. Sedisa IX, 2008. 14-24.
- Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid. “*Rehabilitación Laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención*” 2001
- Del Rosal, R. “Opúsculo Códigos Deontológicos y Ética Profesional. Origen, naturaleza jurídica, finalidad y bases generales para su elaboración. “*Códigos Deontológicos, Ética Profesional y Potestad Disciplinaria*” Unión Interprofesional de la Comunidad de Madrid. Madrid. 2011.
- Desviat, M. *Del manicomio al Área de salud*. EMISA. Madrid. 2002
- Díaz, E., Díaz-Faes C., “Funciones del Trabajador social en salud mental-adultos”. *Trabajo Social en el Sistema Sanitario Público. Balance, análisis y perspectivas*. KRK ediciones. Oviedo. 2002
- Federación Española de Rehabilitación Psicosocial (FEARP). “*Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con trastornos mentales graves*” IMSERSO, 2011
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS). “La Ética del Trabajo Social. Principios y Criterios”. FITS. 1994.
- Fernández-Crehuet, J, *Humanismo y Bioética*. Discurso de recepción en la Real Academia de Medicina y Cirugía del Distrito de Granada, Málaga, 1996.
- García, J.J. “*Bioética*” *Philosophica: Enciclopedia filosófica on line*. www.philosophica.info/voces/bioetica/Bioetica.html. 2010.
- García, R., Salud mental comunitaria ¿Una tarea interdisciplinar? *Cuadernos de Trabajo Social 17*, 2004, 273-287.
- Gisbert, C. (coord.). “Rehabilitación Psicosocial del Trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones”. AEN. *Cuadernos Técnicos* 6, 2002.
- Goldman, P., Meisler, N., Defining and counting the chronically mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 22.
- Gómez, N., Burgos, Recensiones: “J. M.: Reconstruir la persona. Ensayos personalistas *Persona*. *Revista Iberoamericana de Personalismo Comunitario* 11, año IV, 2009. 116-117.
- Ituarte, A. “El papel del trabajador social en el campo sanitario”. *Trabajo Social y Salud 20*. 1995. 275- 290.
- Ituarte, A. *Procedimiento y Proceso en Trabajo Social Clínico*. Siglo XXI, Madrid, 1992.
- Lucas, R. *Bioética para todos*. Trillas, México DF, 2003.
- Luis-Yagüe, R. “La Incapacitación civil en personas con enfermedad mental. A quién, por qué y para qué”. Comunicado. 5º Congreso de Trabajo Social. Madrid. Junio 2011.
- Pastor, L.M., “El valor ético de la vida humana. En Vida humana y sociedad”. En las Memorias del Congreso Internacional de Bioética, que tuvo lugar en Universidad de La Sabana, en julio 1997, pp. 67 y ss.
- Prieto, L. “La Reforma Psiquiátrica en Madrid” *Papeles del Psicólogo* 27, 1986. 1-10.
- Retolaza, A. (coord.) *Trastornos mentales comunes. Manual de Orientación*. Asociación española de Neuropsiquiatría. Estudios/41. Madrid. 2009.

- Serrano, J.M., “Los principios de la bioética” *Cuadernos de Bioética* 12 (4) 1992: 23-33.
- Sgreccia, E. *Manual de Bioética*. Diana. México. 1996.
- Usall, J., “Diferencias de género en la esquizofrenia” *Revista Psiquiatría Facultad Medicina Barna* 30 (5), 2003. 276-287.

F. BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA.

- Banks, S. *Ética y valores en el Trabajo social*, Paidós, Barcelona, 1997.
- Bravo, M., Díaz, B., Fernández Liria, A. Atención a los trastornos mentales graves. En “Dos décadas tras la reforma Psiquiátrica”, Pérez, F. (coord.) AEN Estudios 36. 2006 277-296.
- Cáceres, C. Cívicos, A., Hernández M., Puyol, B. “La Ética del Trabajo Social”. *Fundamentos del trabajo social*. Alianza Editorial, Madrid, 2009. 161-188.
- Colom, D. *El trabajo social sanitario: atención primaria y atención especializada: teoría y práctica*. Siglo XXI. Madrid. 2008.
- Comunidad de Madrid: *Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003 – 2007*. Consejería de Servicios Sociales. Madrid 2003.
- Comunidad de Madrid. *Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008*. Consejería de Sanidad. Madrid 2003.
- Comunidad de Madrid. *Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014*. Consejería de Sanidad. Madrid 2010.
- Desviat, M. La Reforma Psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. *Revista Española de Salud Pública* 5, 2011. 427-436.
- Fernández, J, La ética y el trabajo social hospitalario, I Congreso nacional. Trabajo Social hospitalario. “Trabajo social hospitalario en los nuevos tiempos: hablemos de ello”, *Revista Servicios Sociales y Política Social* 78, 2007, 155-164.
- Fuentes, M^a T., “Los conflictos éticos en la práctica de los trabajadores sociales. Una experiencia de sistematización”, *Revista de Servicios Sociales y Política Social* 68, 2004, 79-113.
- Garcés, E. “El Trabajo Social en salud mental” *Cuadernos de Trabajo social* 23, 2010, 333-352.
- González, A.M. “Claves éticas para la bioética” *Cuadernos de Bioética* 46, 2001, 305-320
- Informe Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Abril 1985. *Revista de la AEN*. Vol 5, No 13 (1985). <http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14810/14679>.
- León, F.J. *Bioética*. Palabra, Madrid, 2011.
- Lieberman, R.P., *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Martínez Roca. Barcelona. 1993.
- Miranda, G. “Fundamentos éticos de la bioética personalista”. *Cuadernos de bioética* 5. 1994. 49-62.
- Moix, M. “El Trabajo Social y los Servicios Sociales. Su concepto”. *Cuadernos de Trabajo Social*. Vol. 17, 2004. 131-141
- Pastor, L.M., La bioética: definición y concepto. Origen y contenidos.
- Pelegrí, X. “El poder en el trabajo social: Una aproximación desde Foucault” *Cuadernos de Trabajo Social* Vol. 17. 2004. 21-43
- Reich, W.T.(coord), *Encyclopedia of Bioethics*, Nueva York, 1978, 1.

Rodríguez, A. (coord.). *Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos*. Pirámide. Madrid. 1997.

Touriño, R., Ingloft, R., Baena, E., Fernández, J. *Guía de intervención familiar en la esquizofrenia*. Glosa. Barcelona 2004.

Úriz, M^a J., “La auditoría ética en Trabajo social: un instrumento para mejorar la calidad de las instituciones sociales”, *Revista Acciones e Intervenciones Sociales*, Extra 1, 2006. 200-210.

G. LEGISLACIÓN.

Decreto 122/1997, de 2 de octubre, del Consejo de Gobierno, por el que se establece el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de Personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas, en diferentes centros de servicios sociales especializados (BOCM de 9 de octubre de 1997)

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (BOE n^o 102 de 29/4/1986) Páginas: 15207 a 15224.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. (BOE n. 128 de 29/5/2003). Páginas: 20567 a 20588.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (BOE n^o 299 de 15/12/2006) Páginas: 44142 a 44156.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (BOE n^o 274 de 5/11/2002) Páginas: 40126 a 40132.

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (BOE n^o 298 de 14/12/1999) Páginas: 43088 a 43099.

Ley 9/2010, de 23 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y Racionalización del Sector Público (BOCM de 29 de diciembre de 2010. Corrección de errores: BOCM de 25 de febrero, 15 de abril de 2011)

Orden 648/2004, de 15 de junio, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se crea la Comisión para la integración de la Salud Mental en la Atención Especializada (BOCM de 7 de julio de 2004. Corrección de errores: BOCM de 20 de julio de 2004) (Derogada)

Real decreto 174/2011, de 11 de Febrero, por el que se aprueba modificaciones del Baremo de valoración de la dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia. (BOE n^o 42 de 18/2/2011) Páginas 18567 a 18691.

Real Decreto 504/2007, de 20 de Abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. (BOE n^o 96 de 21/4/2007) Páginas 17646 a 17685.

Real Decreto 63/1995, De 20 de Enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. (BOE n^o 35 de 10/2/1995), págs. 4538 a 4543.