

Maria Nazzaro Martinez

CARENCIAS EN LA REHABILITACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA

De personas con trastorno mental severo.

TREBALL DE FI DE GRAU

Dirigit per Dra. Eva Zafra Aparici

Grau Treball Social



Tarragona 2015

1-MOTIVACIÓ:

La salut mental sempre ha estat un camp pel què he sentit molta curiositat. Aquest any he tingut la sort de poder realitzar pràctiques en aquest àmbit. Arrel de les meves practiques a la unitat psiquiàtrica de llarga estada a l' institut Pere Mata i de l'oportunitat de poder tenir un contacte més proper amb persones amb malaltia mental , vaig començar a qüestionar-me diferents aspectes del sistema i de la xarxa de suport actual.

Gràcies a les observacions de les diferents mancances percebudes durant els primers mesos i la sorpresa de conèixer la quantitat de temps que algunes persones porten dins del centre, vaig voler analitzar més en profunditat quines eren les mancances socials d'aquestes persones, per no poder viure en la comunitat i examinar quines podrien ser les futures línies d'intervenció per millorar des de el meu punt de vista la qualitat de vida.

D'altra banda també vaig escollir el tema degut a que crec i confio en el model d'atenció a la comunitat de manera que em van sorgir dubtes en torn al perquè no s'havia aplicat un pla comunitari, en el que no inclogués aquest col·lectiu dins d 'un centre residencial de manera indefinida. A conseqüència de les múltiples reflexions que em venien al cap vaig decidir fonamentar teòricament i empíricament tot allò que estava observant i pensant dedicant el tema del treball de final de grau a la salut mental i mes concretament a les mancances presentades per a la no rehabilitació comunitària de les persones amb una malaltia mental greu i una alta dependència psiquiàtrica.

CARENCIAS EN LA REHABILITACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL SEVERO.

MARIA NAZZARO MARTINEZ.

Estudiante Grado de Trabajo social, Universidad Rovira y Virgili

RESUMEN:

La Salud mental en España sufrió una de sus transformaciones en 1986 debido a la reforma psiquiátrica. En ella se modificaba la idea sobre las enfermedades de salud mental y se proponía un cambio de modelo mucho más enfocado a la rehabilitación comunitaria. A lo largo del tiempo el cambio de modelo no se ha acabado por instaurar, comportando que hoy en día aun sigan hospitales psiquiátricos con reglamentaciones totales abiertos y no haya los suficientes recursos en la comunidad. Estos dos hechos entre otros comportan que las personas enfermas con trastornos mentales graves sigan tratándose en centros alejados de la comunidad sin producirse una adecuada rehabilitación social ni una buena inserción social.

ABSTRACT:

Mental Health in Spain suffered one of its transformations in 1986 due to the psychiatric reform. In that transformation the idea of mental health diseases was modified and there was a proposal of changing the model to a new one more focused on the community rehabilitation. Along the time, this model change have not succeed, causing that nowadays there are still psychiatric hospitals with total open regimentation and no enough resources in the community. These two facts among others, cause that people with several mental disorders are still being in treatment in centres away from the community, without a properly social rehabilitation and without a properly social interactuation

PALABRAS CLAVES: Salud mental, Hospital Psiquiátrico, Rehabilitación Comunitaria.

INTRODUCCIÓN:

Los usuarios ingresados en Hospitales Psiquiátricos de larga duración con trastornos mentales crónicos, siguen presentando hoy en día dificultades para su inserción en la comunidad. A raíz de la experiencia y el privilegio de haber realizado prácticas universitarias durante 6 meses en un centro de estas características, me pregunté cuáles son los factores que influyen a la no rehabilitación comunitaria de este colectivo en concreto. Por consiguiente la reflexión sobre el tema me permitió marcar tres objetivos principales para analizar las características existentes que hay en la no re inserción en la comunidad. El primer objetivo consiste en analizar los cambios y modificaciones que se han producido con el paso del tiempo, en cuanto a trato e ingresos en Hospitales Psiquiátricos de larga duración. En segundo lugar, el objetivo que marqué es estudiar la realidad actual de los usuarios y finalmente el tercer objetivo es reflexionar sobre nuevas formas de atención al colectivo de manera que haya más posibilidad de inserción en la comunidad, es decir que sea más viable la rehabilitación comunitaria.

La completa reflexión y análisis de la situación real se han llevado a cabo a partir de las bases teóricas de diferentes autores, que a lo largo de la historia, ya han analizado dichos problemas y mediante la observación participante de los usuarios del centro que a raíz de realizar mis prácticas en la unidad psiquiátrica de larga duración del instituto Pere Mata, pude analizar su modo de vida. Los distintos autores me han permitido conocer cómo era la realidad anterior y poder así observar hasta qué punto hemos cambiado, además de ser una influencia en mis observaciones y en los distintos enfoques de mis reflexiones.

La salud mental abarca un extenso abanico de enfermedades distintas, este artículo no tiene como objetivo tratar ninguna de ellas en particular, sino que pretende analizar el factor crónico, es decir, el factor más degenerativo de la enfermedad. La mayoría de los usuarios de los que hablamos padecen un trastorno mental severo que comporta una cronicidad en los síntomas tanto orgánicos como psíquicos. En el artículo se presenta en primer lugar la evolución de la salud mental y los psiquiátricos, seguidamente, se explica la dimensión ética en relación a la enfermedad mental y Finalmente, se exponen las carencias observadas para la rehabilitación comunitaria del colectivo.

1-SALUD MENTAL Y PSIQUIÁTRICOS DESDE SUS ORÍGENES.

Según la Organización Mundial de la Salud, La Salud es un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente es la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta misma organización publicó una nota descriptiva el pasado mes de agosto, donde se expusieron tres ideas principales en torno a la salud mental, por un lado que no existe la salud sin salud mental, seguidamente que la salud mental es algo más que la ausencia del trastorno mental, (como ya mencionan en su definición) y finalmente, que la salud mental está determinada por factores socio-económicos, biológicos y medioambientales. En los trastornos mentales más severos la dependencia psiquiátrica es superior, por esta razón muchas de las personas que lo padecen acaban requiriendo distintos ingresos en centros psiquiátricos con el objetivo de que se compense la enfermedad y los síntomas derivados de ellas. Ocasionando en muchas ocasiones una pérdida de autonomía y libertades.

La Salud Mental no se consideró un problema de Salud hasta la segunda mitad del s.XX. La Organización Mundial de la Salud en 1989 publicó una declaración en la que expreso que la Salud mental se debía equiparar al resto de enfermedades y en consecuencia se debía considerar como un problema de salud (Espino, 2008). Antes de ser entendida como un problema de Salud se creía que las personas que padecían algún trastorno estaban poseídas por el demonio o por alguna fuerza paranormal (Pileño, et al. ,2003). A partir del s.XX los enfermos mentales se trataban en asilos. Porter (2002) relaciona los asilos como la consecuencia del surgimiento de la sociedad comercial y profesional. Las personas que por alguna razón su conducta no era la más acorde a la moral de la sociedad eran aisladas. Foucault, (1975) en la misma línea defiende que el hecho de aislarlos, ya es en sí misma una condición inhumana y describe los ingresos como una limpieza del lugar público. La creación de los asilos dio lugar al auge de la psiquiatría. En ese momento esta ciencia, ya intentaba responder y comprender la enfermedad (González, 2000).

A partir de los años 60 se empezaba a contemplar un cambio en los manicomios, se iniciaron entonces las primeras denuncias sobre el trato y la atención de los usuarios. Hay

que tener en cuenta que en nuestro país las coyunturas socio-económicas ¹eran muy concretas y no debemos olvidar estas circunstancias en el análisis del proceso, ya que estas determinan como se trataron a los enfermos durante años. A raíz del auge de la psiquiatría y de los problemas presentados se creó en el año 1983, la sociedad española de psiquiatría biológica, en ese periodo de tiempo también se creó la comisión para la reforma psiquiátrica por orden ministerial al mismo tiempo que también se produjo la aparición de las FEAFES (Federación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (Espino, 2003). A raíz de estas nuevas perspectivas se cambió el modelo de atención al enfermo.

La comisión para la reforma psiquiátrica presentó un informe que se componía de tres ejes principales: el primer eje era: la creación de un nuevo modelo para la atención en Salud Mental. El segundo, las recomendaciones concretas para la reforma psiquiátrica y el tercero y último eje: el compromiso con el proceso global de cambios.

Las ideas que se expusieron en dicho informe fueron por un lado la importancia del compromiso territorial en la atención a la salud mental y por otro lado la importancia en las transformaciones de los hospitales psiquiátricos y por consiguiente la creación de recursos en la comunidad para la atención. En el mismo informe se presentó la información recogida de la situación y futuras líneas de intervención, que fueron cuatro en concreto; el reconocimiento de derechos civiles del enfermo mental, la protección jurídica en caso de internamiento en contra de su voluntad, la importancia de la situación de los enfermos mentales recluidos de forma indefinida en los manicomios y por último la necesidad de tener una seguridad social comprometida con la salud del enfermo, incluyendo la salud mental en los programas de actuación. (Espino, 2003).

Gracias a la ley general de Sanidad ²1986 ³ se tiene en cuenta por primera vez la salud mental y su situación en España. En el artículo 20 de dicha ley aparecen las líneas de

¹ Las coyunturas que hay que considerar son el hecho de haber salido de una guerra civil y de la posterior dictadura, en ese momento España estaba en la dictadura de Franco. Por consiguiente la atención de los enfermos mentales y los asilos no eran las más adecuadas.

² La ley general de sanidad fue presentada el 25 de abril de 1986, por las Cortes Españolas y en ella se establece la regulación de las acciones encaminadas a la protección de la salud establecida en el artículo 43 de la Constitución española. En su Título III define a las prestaciones públicas y sus estructuras como un Sistema Nacional de Salud, con una organización de sus servicios establecida por las distintas comunidades autónomas. Disponible en : <http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>

transformación de la asistencia psiquiátrica en base a un modelo comunitario y desinstitucionalizador. Es en este momento cuando la salud mental se integra ya totalmente en la Sanidad. En España las competencias de esta ley son trasladadas a las diferentes comunidades autónomas.

2- LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA LEY Y PROGRAMAS.

Desde 1981 que recibiera las competencias en esta materia, Cataluña ha regulado en este ámbito. Para eso, se ha ido creando diferentes planes en torno a la salud mental durante los últimos años. El último plan presentado fue el vigente “Pla integral d’atenció a les persones amb trastorns mentals” que se presentó en 2014 y se aplicable hasta 2016, este plan se aplica a la vez que el plan de Salud de Cataluña que se presentó en 2013 y que finalizará en 2020. Además de estas dos líneas de trabajo también la organización mundial de la salud presenta distintos planes para mostrar la realidad del colectivo y las futuras líneas de trabajo.

El plan de atención a las personas con trastornos mentales enmarca las acciones entorno unos valores que determinan las misiones en los próximos años, entre ellos podemos destacar: la dignificación de la atención a las personas que sufren trastornos mentales y drogodependencias, La atención integral y coordinada que implique el trabajo coordinado entre los equipos multidisciplinares , la mejora en la calidad de las intervenciones, la gestión eficiente de los recursos, la evaluación de las acciones y la sostenibilidad del sistema en la atención comunitaria y de proximidad. Estos valores trabajan a la vez con el plan de salud que en su línea dos de actuaciones menciona el reto estructural de la cronicidad y la necesidad de un enfoque poblacional.

El plan vigente de la organización mundial de la salud que se presentó en 2013 reflejo gracias a la publicación del “Mental Health Atlas del 2011” que el 9 % de la población española padece en la actualidad una enfermedad mental y que se espera que algo más del 19 % de la población padezca un trastorno mental a lo largo de su vida. El estudio mostró que alrededor de unas 400.000 personas padecen esquizofrenia en España y se cree que muchas otras no están diagnosticadas. El plan también demostró la preocupación hacia la existencia de estereotipos “de peligrosidad” asociados a la enfermedad mental, ejemplos publicados que lo muestran son: que solo el 14 % de las personas con enfermedad mental crónica tienen pareja estable, que un 18% de estas afirma no tener

ninguna amistad , que el 56% de la población confunde la enfermedad mental con el retraso mental o que el 18 % de la población general, el 28 % de los familiares e incluso el 20% de las personas con enfermedad mental crónica creen que las personas con enfermedad mental suponen un riesgo si no se hospitalizan. En contraposición también muestran que el 99% de los y las profesionales no lo cree.

A partir del análisis de los datos obtenidos a nivel mundial la Organización mundial de la salud expuso que es imprescindible a la hora de planificar una adecuada organización de los cuidados comunitarios trabajar hacia una atención integral de la población. Es decir, no solo se debe atender su problemática clínico-psiquiátrica sino también sus distintas dificultades psico-sociales y necesidades sociales con el fin de evitar situaciones de deterioro, así como situaciones marginación, y procurar posibilidades y oportunidades efectivas de rehabilitación e integración social normalizada en la comunidad.

En síntesis los avances legislativos en la salud mental han permitido que tanto el trato como la atención hacia el colectivo hayan mejorado y se haya dotado el sistema, de protocolos que velan para la seguridad e integridad de los usuarios. Gracias a estas mejoras en el trato y la atención apareció una nueva dimensión ética. A raíz de entenderlos como personas y modificar el trato y el cuidado surgen distintos enfoques y perspectivas en relación al tratamiento y atención que ponen de manifiesto grandes debates y dilemas éticos,³ que siempre han estado abiertos.

3-ETICA Y SALUD MENTAL

A consecuencia del cambio en el trato y cuidado con los enfermos como ya hemos mencionado, aparece una nueva dimensión ética. Al interactuar con personas, surgen distintos dilemas éticos en cuanto a la intervención de su enfermedad así como también en los distintos aspectos de su propia vida.

³ Cuando menciono que siguen debates y dilemas éticos abiertos , me refiero a dilemas tanto en la interrelación del usuario como en las estructuras propias , algunos ejemplos de dilemas son : si el tratamiento es bueno o no , si el uso de los fármacos es el correcto o no, si es la mejor manera de tratar el problema, si los profesionales están bien preparados o no , dilemas también en torno a lo aceptable o no aceptable en el centro , si los usuarios son suficientemente autónomos o no y por consiguiente si tiene que estar en un centro o no . Estos son algunos ejemplos entre muchos otros dilemas que podemos encontrar en este ámbito.

Si nos basamos en los principios de la bioética; la justicia, la no maleficencia, la autonomía y la beneficencia, hay que mencionar que gracias a las diferentes intervenciones en el ámbito, se han mejorado muchos aspectos aumentando así la calidad de vida de estos usuarios.

El principio de justicia y equidad surge a partir de pensadores del ámbito de la salud, sensibles a la problemática de aquellos más necesitados e insatisfechos, que se centraron en la igualdad de los seres humanos desde una óptica formal. Ayudar a los menos favorecidos ante las desigualdades sociales y económicas existentes entre los seres humanos, con el objeto de que las leyes, instituciones y servicios públicos se encuentren organizados en forma tal que redunden en el beneficio de las personas (Durand, 1992). Gracias a la reforma psiquiátrica se empezaron a reconocer diferentes derechos a favor de las personas con enfermedades mentales, por una parte, se les reconoció derechos civiles, otorgando una igualdad en oportunidades a todas las personas, y por otro lado se les otorgó protección jurídica. (García.2000) Esta protección jurídica se da desde dos líneas diferentes por una parte encontramos la del internamiento voluntario y por la otra la incapacitación (Campos, 2012).

El internamiento involuntario que está legislado en la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, que deroga el artículo 211 y siguientes del Código Civil⁴, presenta la obligación de emitir una autorización judicial para el internamiento y también expresa la obligación de los facultativos de informar periódicamente sobre la necesidad de mantener la medida. Por otro lado la incapacitación está regulada en el Código Civil a través de su Libro I, Título IX, de la Incapacitación. En su redacción de 1983 incluía 16 artículos (del 199 al 214). La LEC, de 2000⁵, mantuvo los tres primeros, derogando el resto. En la ley se expone que las causas para la incapacitación son que la persona sufra una enfermedad o discapacidad que sea permanente en el tiempo y que impidan el autogobierno por sí mismas. Cuando se menciona la justicia desde su dimensión ética en relación a este colectivo es inevitable que surjan debates en torno a la autonomía y libertades de las personas frente a la justicia y seguridad. Muchos de los dilemas éticos que surgen entorno a la reinserción en la comunidad aparecen bajo el pretexto de la

⁴ Disponible en: <http://civil.udg.es/normacivil/estatal/cc/1T9.htm>

⁵ Disponible en: Código Civil a través de su Libro I, Título IX, de la Incapacitación. En su redacción de 1983 incluía 16 artículos (del 199 al 214). Disponible en : http://noticias.juridicas.com/base_datos/Privado/l1-2000.html

seguridad y la justicia civil. Marcar el límite en lo aceptable o no aceptable en la comunidad no es una tarea fácil. La cantidad de enfoques existentes ⁶ y la estigmatización ⁷ del colectivo dificultan en gran medida el poder de delimitar un único punto en este ámbito y por consiguiente el poder marcar una línea de intervención única. Hay que añadir que este principio también crea discordancias en relación a la autonomía. ¿Está bien privar de autonomía si es por seguridad o justicia?

Por lo que concierne a la Beneficencia Ferro; Molina, (2008) se refiere a la obligación de otorgar beneficios, de hacer el bien. Obrar en función del mayor beneficio posible para el paciente. En este principio se incluye todo lo que implica una acción de beneficio y omisión o la ausencia de actos que pudiesen ocasionar un daño o perjuicio. En el campo profesional, consiste en el deber de asistir a las personas que lo necesiten. Este principio es la base de la reforma psiquiátrica, ofrecer una atención basada en el buen trato con el usuario. Hay que añadir que este principio puede generar dilemas en los límites de actuación, marcar el límite entre el bien y el mal es complejo, existen múltiples realidades y morales que no tienen el mismo enfoque hacia estos conceptos. Así pues, las acciones en la beneficencia están muy determinadas desde la parte más subjetiva del ser. Relacionado con este principio, la no mal eficiencia, es la formulación negativa del principio de beneficencia. Este principio coge importancia en el campo de la salud ya que muchos de los procedimientos y tratamientos farmacológicos pueden ocasionar daños a corto y largo plazo. En relación a la evolución del colectivo una de las líneas de intervención que se propuso en el informe presentado para la reforma fue la creación de una seguridad social comprometida a la salud del enfermo e incluir la salud mental en los programas de actuación. Razón por la cual se introdujeron importantes cambios como prestaciones y servicios en la comunidad, con la finalidad de que los hospitales

⁶ Cuando menciono que existen distintos enfoques me refiere actualmente siguen habiendo profesionales que opinan que una rehabilitación comunitaria de todo el colectivo no es lo más correcto ya que consideran que hay perfiles en concreto que deberían estar en un servicio cerrado. Por otra parte también podemos encontrar profesionales que creen que la comunidad es la clave del éxito para la no desvalorización del colectivo.

⁷ La estigmatización, desvaloriza comportando la existencia de prejuicios y mitos en torno a la Salud Mental algunos ejemplos de estos prejuicios y mitos son: Las personas cuya salud mental se encuentra comprometida no están en condiciones de decidir sobre su vida, Las personas con trastornos son violentos o las personas con enfermedades mentales deben ser aisladas.

psiquiátricos fueran servicios re habilitadores que permitieran el retorno a la comunidad. Como resultado de los cambios se implementaron distintos programas para la mejora en los tratos a los pacientes y en tener relaciones basadas en la beneficencia. Aunque encontramos la dualidad entre el bien y el mal cuando analizamos la toma de fármacos, o la rutina en el centro. ¿Hasta qué punto y de qué tipo son aceptables las acciones para llegar a un buen final?

Finalmente, Ferro;Molina,(2008) consideran que la autonomía es uno de los principios más importantes, ya que es uno de los rasgos fundamentales de la persona. La autonomía tiende a promover el bienestar de la persona y le permite al individuo seleccionar lo que considere que es mejor para él. Mill,(1967) expuso que en la autonomía es donde se constituye la esfera de la libertad humana y que solo se es uno mismo en esta libertad, así pues es indudable que el principio de autonomía está muy atado al principio de la autodeterminación. Estos dos principios han creado fuertes debates⁸ en cuanto al internamiento y funcionamiento de centros ya que en muchas ocasiones al estar ingresado gran parte de autonomía y de autodeterminación se pierden. Así pues siguen aún vigentes debates en torno a lo aceptable o no aceptable que ponen de manifiesto la necesidad de un cambio. Resulta complicado hablar de autonomía, libertad y autodeterminación en relación a la salud mental ya que en muchas ocasiones la propia enfermedad y la dimensión comunitaria marca los límites de dichos principios. En la dimensión comunitaria no se debe olvidar del valor que se atribuye al capital productivo y las capacidades de producción reales del colectivo además de la aparición inherente de la estigmatización. En consecuencia, se debe comprender y tener en cuenta, desde dónde surgen todos los puntos de discusión ética, para poder así crear nuevos modelos y nuevos límites en lo aceptable o no aceptable.

En mi opinión es necesario que se tenga en cuenta la dimensión ética en el trato con este tipo de usuarios y sobretodo que se tenga en cuenta en cuanto hablamos de externalización. Es necesario que a partir de la ética se pueda intentar comprender y atender a este colectivo de manera que su autoestima y su identidad no se vean dañadas

⁸ Los debates a los que me refiero son en torno a la conciencia de la enfermedad y la capacidad para tomar decisiones en base a sus valores, en la capacidad real de los enfermos para ejercer un rol en la comunidad.

en el tratamiento. No hay que olvidar que tratamos con personas con los mismos deseos y derechos que el resto y que por eso hay que atender las necesidades del colectivo de manera que el tratamiento no sea en sí mismo excluyente.

4-REFLEXIONES DE LAS CARENCIAS DETECTADAS EN LA REALIZACION DE PRACITCAS EN EL CENTRO.

Después de analizar los cambios y avances producidos en el ámbito debo poner énfasis en la falta actual de respuestas aportadas para la adaptación de los hospitales psiquiátricos en cuanto a usuarios crónicos y su re adaptación a la comunidad. A raíz de mi paso por el hospital y de conocer a este colectivo observe que una de las principales debilidades que presentaban era el alto nivel de institucionalización que presentaban. Des de mi punto de vista esta alta dependencia hacia la institucionalización se produce por dos principales problemas. Por un lado los problemas inherentes a la propia enfermedad y por otro lado los problemas estructurales que determinan la institucionalización de los usuarios y su tratamiento.

4.1-PROBLEMAS INHERENTES ENFERMEDAD

Cuando hablamos de los problemas inherentes a la enfermedad encontramos por un lado todos los aspectos sintomatológicos tanto orgánicos como psíquicos. Pero además de observar estos problemas también aparecen inseparablemente problemas sociales derivados de un fuerte estigma hacia las personas con enfermedades mentales graves.

Para clarificar los aspectos sintomatológicos de la enfermedad me baso en la separación de dos dimensiones que aparecen junto al trastorno mental severo (.Rodriguez. 2002).La primera dimensión es el diagnostico, este, lo entendemos como un criterio que incluye principalmente a las personas que padecen algún tipo de psicosis funcional y no orgánica, es decir, personas que las psicosis no son orgánicas o que no aparecen por encima de los 65 años. La importancia del diagnóstico en relación al colectivo es la baja especificidad de este. En el periodo en el que estuve en el centro pude comprobar que no es extraño encontrar diagnósticos de esquizofrenia inespecífica o como a lo largo del tiempo se han ido añadiendo distintos diagnósticos al mismo paciente

Por otro lado la discapacidad es otro aspecto propio de las personas que sufren una enfermedad mental severa. A consecuencia de la enfermedad, estas personas presentan

discapacidades o déficits en el manejo y desenvolvimiento autónomo de su cotidianidad. Durante mi estudio del colectivo pude comprobar como ninguno de las personas bajaban del 40% de discapacidad y que la mayoría de ellos tenían especificado más de un 60%.

Hay que tener en cuenta que en mayor o menor medida las personas que sufren una enfermedad mental severa presentan debilidades en alguna o varias de estas áreas: Autocuidado, Autonomía, Autocontrol, Relaciones interpersonales, Ocio y tiempo libre, funcionamiento cognitivo y funcionamiento Laboral (Rodriguez.2002). En mi paso por el centro se podían apreciar este tipo de debilidades; no es extraño observar malos hábitos en la higiene y el autocontrol, sobre todo en el dominio de la frustración. En las relaciones interpersonales había usuarios que tenían un discurso aprendido o que únicamente entablaban conversación de un único tema, pero en su oposición también hay usuarios con los que se puede hablar de cualquier tema. A lo que se refiere el funcionamiento laboral hay usuarios que sí que tienen las capacidades deterioradas pero en cambio hay otros que tienen la capacidad de poder realizar distintas tareas. Durante mis conversaciones con los usuarios más de uno me contaba todo lo que había aprendido a lo largo de su vida y lo que era capaz de hacer, por ejemplo mecánico, peluquera o panadero. Estas dificultades en su funcionamiento Psicosocial producen a menudo problemas en el manejo de muchas de las exigencias de la vida personal y social de la persona. A la vez que en el desempeño normalizados de roles sociales en la comunidad.

Asimismo, estos factores no son los únicos que causan dificultades para una inserción en la comunidad. El diagnóstico y la discapacidad dan lugar en muchas ocasiones a una desventaja social, a una marginación inherente al propio rol del enfermo. Armina y Bolis,(2005) recalcan la existencia de la exclusión por la propia naturaleza específica de los problemas de salud, derivados de la enfermedad mental ,que conducen a la desvalorización de la posición social y el desarrollo de la auto exclusión por temor a ser discriminados. Es decir, el diagnóstico de enfermedad mental ya tiene inherente en él una etiqueta desvalorizadora. Por otro lado, la actitud de la macro sociedad, está caracterizada por lo general en el rechazo, la desvalorización y la marginación del enfermo. Así pues acorde con lo acabado de mencionar Ignacio,(2010) expone que el enfermo mental es poseedor de un estigma –el de la locura-, que lo descalifica y desacredita como ser irresponsable, disminuyéndolo como sujeto de consideración y respeto.

La existencia de este estigma dificulta por parte de la sociedad la integración en la comunidad del colectivo. En consecuencia de los estereotipos y prejuicios, la comunidad consideran a los enfermos mentales de irresponsables y no capaces de controlar su conducta. Este enfoque estigmatizado es recurrente en los medios de comunicación. A lo largo del tiempo se pueden encontrar distintas noticias en las que se aprecia la desvalorización hacia la salud mental, adjudicando los hechos dramáticos y negativos al hecho de tener una enfermedad. Este actual año se han dado dos hechos dramáticos que lo ilustran, por un lado el accidente en los Alpes del Vuelo GWI9525 de Germanwings⁹ y por otro lado, el traumático suceso en el instituto Joan Fuster en Navas, en Barcelona¹⁰. Estos dos sucesos han vuelto a poner en escena debates entorno las enfermedades mentales y las consecuencias sociales. La actitud de rechazo de los pacientes psiquiátricos se aprecia también en los respectivos grupos familiares, que a veces se desentienden de su suerte y los abandonan, viviendo a menudo la vergüenza del estigma proyectado sobre ellos.

En la micro sociedad que es la institución, debe el paciente a veces padecer las consecuencias de la misma condena que recae tácitamente sobre él desde los prejuicios e hipocresías de la macro sociedad. (Ignacio. 2010)

En conclusión no hay que olvidar el trabajo en relación al estigma y en la información a la comunidad. Es necesario que se siga y se impulse el trabajo frente la problemática social de las enfermedades mentales para poder ayudar a la re inserción del colectivo y adaptar la comunidad a sus necesidades.

⁹ Accidente de avión en el que no hubo ningún superviviente ,el piloto padecía un trastorno mental y se acusó de ser la causa del accidente , se puede disponer de más información en : http://internacional.elpais.com/internacional/2015/03/28/actualidad/1427545629_497393.html

¹⁰ Suceso dramático en el que un niño de 13 años entro al colegio y con una ballesta y un cuchillo, mato a su profesor y agredió a una profesora, más información disponible en: <http://www.elperiodico.com/es/noticias/barcelona/nino-brote-psicotico-mata-profesor-instituto-4117957>

4.2 PROBLEMAS ESTRUCTURALES

Cambiando el enfoque y retomando el segundo problema presentado. Hablamos sobre la institucionalización que se da a consecuencia de diferentes debilidades estructurales que están separadas en dos líneas distintas, por un lado tenemos las características propias de las instituciones cerradas y por el otro lado tenemos la línea más comunitaria, esta abarca todas las debilidades presentes en la comunidad.

4.2.1- APARICIÓN DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN

Gracias al análisis del colectivo observe que dentro de la línea de las instituciones existen cuatro causas distintas que producen la dependencia hacia ella. Estas causas vienen dadas por las propias características que este tipo de instituciones presentan Goffman, (1961) defiende que los hospitales psiquiátricos, definidos por él como instituciones totales, tienen dos características principales de funcionamiento, que considero desde mi análisis, que siguen hoy en día vigentes. La primera característica que presentan estos centros es la existencia de una jerarquización y de una regimentación. En mi paso por el centro además de estas dos características definidas por el autor, Yo añadiría dos características más ya que considero que también se producen dentro de la institución y que son a su vez, factores inherentes. En primer lugar añadiría, el factor excluyente de los centros hospitalarios psiquiátricos y en segundo lugar, la deculturación que se produce debido al conjunto de factores que aparecen en la vida del centro. Estas características que se han mencionado se exponen a continuación:

1. JERARQUIZACIÓN

La existencia de jerarquías como expone Goffman, (1961) se produce desde dos posiciones distintas. Por un lado se produce desde la posición del usuario frente a los profesionales y por otro lado desde la posición de usuario con otros usuarios.

En la relación de usuario con profesional la jerarquización viene dada de manera inherente por el rol del profesional dentro del funcionamiento de la institución. Los profesionales parten desde una autoridad que les otorga el propio engranaje de la institución. Esta posición pone al profesional en una posición dinámica. Ya que como profesional ofrecen

ayuda, controlan, registran y prohíben. Esta dualidad en los roles como profesional dificulta la creación de vínculos de confianza. Ya que se encuadra en un mismo cargo muchos papeles diferentes. Una vivencia desde mis prácticas que lo muestra es que después de llevar un par de semanas me dirigí al bar donde se encontraban un grupo de usuarios, al acercarme note como rápidamente escondían cosas y rehuían de mí presencia. Me dispuse hablar con ellos de todos modos y acabe junto a una mujer que estaba en un banco sola, cuando me acerque y me presente, la mujer de muy malas maneras me contestó diciéndome “ A vosotros los de la bata blanca ya os podéis morir , yo no quiero nada de vosotros , vete que eres una bata blanca más, como todos” la reacción de la mujer me hizo reflexionar y darme cuenta que ella ni siquiera me había escuchado, ni siquiera conocía mi nombre , únicamente me había identificado por una bata, un símbolo y solo por eso ya me consideraba una autoridad más dentro del recinto. Otra situación que ejemplifica muy bien esta posición es la cantidad de mentiras y mentirijillas que añaden a sus discursos de manera que ningún profesional conozca la verdadera realidad de sus acciones. Esta situación se acentúa cuando el profesional o en mi caso el alumno de prácticas es nuevo. Los usuarios son conscientes que una persona nueva tarda un tiempo a conocer toda la reglamentación del centro y sus protocolos. Así pues los usuarios llenan de demandas a los nuevos actores dentro del recinto siendo conscientes que este no conoce aún sus verdaderas intenciones. Durante mi estancia, un usuario en particular cada vez que me veía me pedía un reloj nuevo, con los días y la continuidad en la demanda acabe por transmitir su deseo a mi tutora. Fue entonces cuando ella me contó que no tenía reloj porque dos meses antes lo había vendido a cambio de cigarrillos y que por esa razón no tenía un reloj nuevo. En síntesis, dentro de la estructura interna del centro es inevitable que se produzcan estructuras de poder y que frente a esta repartición de autoridades surjan diferentes tipos de respuesta. Según Molina Martín (2003) estas estructuras acaban por no ser funcionales del todo ya que separa radicalmente el mundo de los pacientes del mundo del personal tratante.

Volviendo a la jerarquización, está, también se da entre los usuarios como ya se mencionó anteriormente. Los usuarios tienen un estatus en el centro y cada uno de ellos ha adquirido un rol distinto. Estos roles otorgan más o menos poder en el mundo de los usuarios. Este poder se manifiesta en el mundo interno en sus tiempos libres, los estatus y posiciones son mucho más observables. En el caso concreto de la unidad donde se realizaron las prácticas el espacio donde más se manifiesta esta autoridad entre usuarios es en las

habitaciones y el comedor. En estos espacios es dónde se dan más las relaciones de poder. Hay usuarios que roban a otros, en más de una ocasión en mis prácticas se han dado casos de robo y de ofensas entre .Cabe añadir que los que tienen un estatus más alto amenazan a menudo a los que tienen un estatus inferior. Y se aprovechan de su posición en la micro sociedad que se ha dado en el centro.

2. REGLAMENTACION

La reglamentación definida por Goffman., (1961) como regimentación, es todo el conjunto de normas existentes en el centro, tanto desde los usuarios como desde el enfoque profesional. Estas normas marcan los límites y modos de convivencia en el centro convirtiendo el mundo de los usuarios en su rutina diaria. Cuando el usuario es ingresado se le plantean las nuevas condiciones principales a las que va tener que ajustar su conducta. Gracias a las normas todos los usuarios y profesionales tienen un mismo modo de comportarse delante de diferentes situaciones.

En el mundo del interno esta misma manera de funcionar conlleva que se creen mecanismos para esquivar las normas y satisfacer los deseos aunque no se lo permitan las reglas. Así pues, todo el mundo conoce la manera de meterse en líos y como conseguirlo, todo el mundo conoce los horarios de entrada y salida, en definitiva todo el mundo conoce los pasos a seguir dentro del centro. Las fugas del pabellón por parte de algunos usuarios son recurrentes, ellos conocen las consecuencias de irse, pero utilizan el propio conocimiento del centro para encontrar la manera de escaparse de él. Uno de estos usuarios me conto en una de nuestras charlas que a veces se escapaba y nadie lo notaba pero que hubo una vez en concreto que saltó la valla y al caer del otro lado se rompió los dos pies, a partir de ese día lo controlan más ya que los profesionales se enteraron de lo que hacía a escondidas. Todos los usuarios del centro son conscientes que para salir y entrar del centro de necesita un pase que se entrega en portería y que la hora de para los que se les permite salir es antes de comer sobre las 12 de la mañana y por la tarde antes de las 8 que se sirve la cena.

Según Goffman, (1961) la reglamentación debe existir para que pueda gobernar un cierto orden dentro del recinto, el problema de ajustarlo todo a unas normas es que estas no sean lo suficientemente movibles y dinámicas para poder modificarlas en el tiempo. Y que sin ser conscientes se conviertan en normas que no usan su función hacia la finalidad re-

habilitadora. En relación a esto y en modo de ejemplo, en mi paso por el centro surgieron diferentes debates sobre el uso de los Mp4, aparatos de música que además de escuchar música algunos permiten reproducir vídeos, imágenes y grabar. Delante la aparición de estos objetos han habido diferentes discusiones éticas en torno al uso o no de ellos. Ya que si los usuarios pueden grabar a otros usuarios estaríamos delante de una falta grave a la intimidad y a la autodeterminación, así pues el dilema se encuentra en el uso que los usuarios puedan hacer de él. Es importante que la reglamentación sea capaz de adaptarse a todos los tiempos y a todas las innovaciones sociales que aparecen. Es importante no olvidar que vivimos en un mundo que avanza muy rápidamente y si el centro no se adapta lo suficiente a estos cambios se genera una mayor distancia entre el mundo exterior e interior aumentando la dificultad en la posterior re inserción social aunque también hay que tener en cuenta los diversos puntos éticos que están surgiendo en la actualidad sobre el uso de las nuevas tecnologías.

3. EXCLUSION

La tercera característica como ya se presenta al inicio es la exclusión. La exclusión social se produce de por sí al entrar al centro a consecuencia de múltiples razones. Una de estas razones es la propia estructura institucional. A causa de la reglamentación del centro, al estar todo estructurado y controlado dejan poco espacio a la autodeterminación y a la autonomía comportando con el paso del tiempo que se produzca una pérdida de hábitos adaptados al mundo exterior. La institución absorbe parte del tiempo e interés de sus miembros proporcionándoles un mundo propio, lo que supone con el tiempo un deterioro de los usos normativos de convivencias básicas y de la capacidad de tomar decisiones. Además de obstaculizar la interacción social con el exterior, especialmente en instituciones cerradas y alejadas de núcleos urbanos (Molina, 2003). El centro del que baso mis observaciones y reflexiones no está situado en el centro teniendo que ser necesario coger el autobús o andar unos 20 min hasta llegar.

Las instituciones cerradas crean por sí mismas una exclusión debido a que a menudo tienen una estructura interna que delimita el contacto con el exterior y el contacto con la familia, pude comprobar cómo en el centro sí que estaba permitido que la familia viniera cuando quisiera dentro de los horarios a visitar, pero a los usuarios se les tiene que autorizar las salidas, incluso las llamadas. Uno de los problemas que observe durante el tiempo en el centro es que las familias de los usuarios que llevan mucho tiempo, han

sistematizado las visitas, es decir, ellos saben que cada día 1 de mes visitan al enfermo, así pues durante el resto de mes la relación es muy poca o inexistente. Este hecho es una consecuencia directa de la estructura del centro. Además hay que añadir que el hecho de que los centros estén alejados aun incentiva más a la creación de esta sistematización de las visitas. En mi tiempo en el centro he podido observar como más de una familia tienen unos días concretados de visitas que no varían.

Además este tipo de institución marca unas rutinas a los usuarios que ellos acaban por absorber como su modo de vida, dejando de lado muchas habilidades sociales que si tenían anteriormente. Estas circunstancias acaban por crear una micro sociedad dentro de la institución en paralelo al mundo exterior que acaba por dificultar el trabajo en la rehabilitación e inserción en la comunidad. A partir de la observación me di cuenta que los usuarios del pabellón donde yo estuve no tenían ninguna responsabilidad doméstica en su rutina diaria. Todo se la encontraban hecho, comida, ropa, habitación etc.

4. DECULTURACIÓN.

Como ya se ha venido diciendo en el artículo, en el momento en que una persona es ingresada por un largo periodo de tiempo sus habilidades sociales y comunitarias se deterioran. En su lugar adaptan habilidades que le permiten moverse y crear lazos relacionales en el interior. Este proceso da lugar a un concepto conocido como deculturación. La deculturación es la pérdida paulatinamente del nivel de cultura ya adquirido.

En una institución donde hay un nivel alto de control se crea inevitablemente un mundo interno. Goffman,(1961) en su libro internados describe muy intensamente cada uno de los mecanismos de supervivencia que aparecen en una institución total cuando se ha producido la deculturación. Muchas de las rutinas que describe en su libro siguen vigentes hoy en día. La deculturación se produce por distintos factores internos además de las características estructurales de la institución que ya de por sí la producen.

Una de las principales características que produce la deculturación, es que las distintas esferas de la vida se mezclan en un mismo espacio. La institución no procura separaciones entre los ámbitos fundamentales de la vida: dormir, trabajar y recrearse (Molines., 2003). Además de tener las esferas en un mismo lugar, este es compartido por muchas personas

causando que la intimidad sea algo casi imposible de encontrar. Basta como muestra de la escasa intimidad que las habitaciones del pabellón donde realicé las prácticas son de 12 personas y el baño, es un único espacio que se comparte entre todas las habitaciones enteras, sumando un total de más de 30 personas.

La institución además de no ofrecer intimidad por su propia estructura crea una micro sociedad con unas rutinas únicas. En el caso concreto del centro la rutina que tenían los usuarios era levantarse, ducharse, bajar a desayunar, recoger el vale de consumición ¹¹ y tabaco, seguidamente se dirigían al bar a canjear los vales, asistían a alguna actividad y los que no, mataban el tiempo hasta la una del mediodía que comían. Por la tarde dormían la siesta y pasaban la tarde en el pabellón viendo la tele o en un espacio que lo usaban de ludoteca. La consecuencia directa de que la institución sea un centro cerrado es que con el paso del tiempo los usuarios dejan de usar el rol e identidad que les definía en la comunidad para adaptar el nuevo rol dentro de la institución. Me sorprendió en mis conversaciones con ellos que cuando hablaban de cualidades que tenían en la comunidad lo hacían en pasado, yo era listo, yo era trabajador etc. Desde mis observaciones debo añadir que no es cierto en muchos de los casos que estas habilidades no estén, sino más bien que dentro de la institución ya no se usan. Así pues a causa de la estructura propia se crea un mundo interno con diversas características que conllevan que se produzca una deculturación, alejando estas personas cada vez más del mundo exterior.

Si se analiza en concreto la falta de intimidad, Goffman., (1961) distinguió dos formas diferentes de actuación, que 50 años después aún se pueden contemplar. Por un lado el hecho de convivir siempre con gente facilita que se puedan encontrar afinidades y puntos en común con otros usuarios, surgiendo de ellos una sensación hermandad. Esta hermandad coge fuerza en la creación de estrategias para evadirse del control y de ciertas prohibiciones frente las profesiones. En su oposición, el hecho de vivir con más gente también conlleva que se dé una vigilancia Colectiva. En mi paso por el centro la hermandad entre los usuarios se observaba con los que tenían un estatus más alto, estos cuidaban de los más débiles ofreciéndoles protección. Por otro lado la vigilancia colectiva también la observe en diferentes situaciones. Hay usuarios que aprovechaban que otro

¹¹ Los vales de consumición los hace el trabajador social de manera que pueda gestionar el dinero de los usuarios a la vez que ellos no hacen un mal uso del dinero efectivo.

estaba haciendo una demanda, se acercaba al profesional y confesaban donde estaba el reloj viejo o por que el usuario demandante cambió la radio. Por otro lado también se da cuando algún usuario no está siguiendo la reglamentación, en estos momentos siempre hay usuarios que cuentan las acciones negativas a los profesionales. Es importante destacar la rapidez con la que los usuarios se sitúan en ambas posiciones, como pasan de ayudarse entre ellos a delatarse y vigilarse.

Otra característica que se debe mencionar es el control absoluto por parte de la institución que existe en todas las esferas vitales. El exceso de control conlleva la aparición de mecanismos por parte de los usuarios para satisfacer por sí mismos sus deseos.

Uno de los ámbitos que se controlan dentro del centro es el dinero, a partir de este control, los profesionales gestionan las necesidades diarias. Así pues los usuarios normalmente tienen racionadas las consumiciones y el tabaco al mismo tiempo que también se controla la compra de la ropa, las salidas al exterior e incluso las visitas. En consecuencia al control, los usuarios tienen múltiples mecanismos para llegar a todo eso que no han obtenido, como puede ser, más café, más tabaco, relojes, pulseras, radios entre muchas otras cosas.

Gracias a mi experiencia en el centro pude darme cuenta que a menudo no se separa el límite entre la falta de autonomía y la falta de autodeterminación, es cierto, que ambos conceptos van atados y que es difícil marcar el límite entre los dos. No obstante la capacidad de tomar determinaciones por cuenta propia no se ve afectada en todos los aspectos de la vida. Es por esto que doy importancia al hecho de no juntar la falta de autonomía en ciertos momentos con la falta de capacidad para tomar según qué decisiones en relación al control total. Como ya he mencionado anteriormente los profesionales controlan junto con la familia las necesidades de los usuarios. Así es entonces que los usuarios no tienen la oportunidad de decidir ninguna de sus comidas, el color o modelo de su ropa, qué productos personales puede usar o a quién quiere llamar por teléfono, a la vez que tampoco puede decidir en qué gastar o no el dinero ya que tiene que ser autorizado. Por esta razón me reafirmo a Molina,(2003) en que Necesitamos crear estructuras progresivas dentro del Hospital de Larga Estancia que marquen el flujo de salida, en las que la persona pueda cocinar, elegir su ropa, manejar su dinero, convivir, ocuparse... en definitiva escoger en cierto modo de qué manera quiere vivir.

Una muestra de ello, es que durante mi estudio, observe como algunos de los usuarios rompían o tiraban prendas de ropa y objetos porque eran viejos, estaban rotos o no les gustaba, para poder así poder realizar una nueva demanda y tener una prenda u objeto nuevo.

En el caso concreto del centro en el que he estado las mercancías más valiosas entre los usuarios son el café soluble y el tabaco. Se podía observar con frecuencia como grupos de usuarios se preparaban café soluble. Entre distintos usuarios conseguían todos los instrumentos necesarios: cucharas, vasos, café, azúcar y agua. Después de observarlos en distintas ocasiones quede impresionada en más de una situación de la organización que entre ellos mostraban. Con estas dos sustancias se trapichea continuamente y se ofrecen verdaderas barbaridades a cambio dese objetos, dinero, sustancias toxicas, café hasta actividades más eróticas o sexuales. En el centro es muy habitual observar como los usuarios recogían colillas del suelo para seguir fumando, en ocasiones no les quedaba ni medio filtro. Esta acción de recoger las colillas está muy normalizada entre los usuarios de dicha unidad.

Contemplando a los usuarios en su tiempo libre detecte diversos intercambios del mismo modo que se podía observar qué estatus ocupa cada usuario, cuál es su posición social en el interior. A medida que conocía la existencia del mercado interno era más consciente de los mecanismos y estructuras de sus relaciones y se hacían más visibles los intercambios y su manera de funcionar. Así por ejemplo un usuario llevo a confesarme que compraba cuatro cigarrillos a la semana por dos euros, o que canjeaba su desayuno por tabaco. Este sistema de intercambio favorece al estatus del usuario frente a los otros usuarios. Esos usuarios que tengan más libertad para hacerse con más objetos serán más admirados y mejor considerados que aquel que no pueda salir nunca al exterior. Una usuaria en concreto solo fumaba puros y como ella no podía salir y dentro del recinto no vendían este tipo de tabaco siempre se lo pedía a una compañera que se lo trajera, un día hablando me conto que cuando se quedaba sin, ella recogía colillas del suelo para mitigar el mono.

Además de este sistema de privilegios y el mercado interno hay que recalcar que con los ingresos de larga duración se van creando, cada vez más, lazos internos. Estos lazos internos ayudan en esta cadena de privilegios ya que los usuarios que pueden salir al exterior se aprovechan y ayudan según su grado de relación con los demás internos.

Otra característica relacionada que se observa en muchos de los usuarios es una obsesión por poder recolectar cualquier tipo de objetos para luego ser intercambiado. Algunos usuarios esconden el postre para poder después sacarle provecho u otras usuarias acumulan bisutería, maquillaje y accesorios para el pelo. Es una imagen normal ver a usuarios esconder cosas por el recinto para escapar de los registros en los pabellones. En definitiva, existe un mercado de cualquier cosa que ellos no pueden obtener siendo acordes con reglamentación o no lo obtienen en la medida que ellos desean.

Como se afirmó anteriormente, otra característica presente en este micro sociedad y que conlleva la deculturación es la creación de lazos relacionales internos. El problema real sucede cuando la esfera afectiva del usuario se manifiesta más en el interior que en el exterior. Cuando esta esfera afectiva es más presente en el interior se crea una relación de dependencia hacia la institución, dentro de esta es dónde residen las relaciones de ocio y afecto de los usuarios. La creación de la dependencia hacia la institución dificulta la inserción a la comunidad además de aumentar las posibilidades de crear colonialismos en el interior (Goffman., 1961). En mi paso por el centro observe la creación de diferentes parejas o por ejemplo el caso concreto de una usuaria que aun teniendo el alta prefirió quedarse en el centro porque en la comunidad ya no tenía nada y su esfera afectiva se encontraba en el centro.

2.2-RECURSOS EN LA COMUNIDAD

Volviendo a las dos líneas analizadas de las debilidades del colectivo, se expone a continuación la segunda línea de debilidades detectadas. Las debilidades que aparecen en la comunidad las he separado en dos enfoques distintos. El primer enfoque está relacionado con las debilidades comunitarias aparecidas en el interior de la institución y por otro lado encontramos las debilidades comunitarias que aparecen en la propia comunidad.

Las debilidades comunitarias que aparecen en el interior del centro son principalmente la falta de contacto con la comunidad y la falta de terapias re habilitadoras de éxito. Cuando no se trabaja de manera continuada la rehabilitación social en el interior produce con el tiempo la pérdida de hábitos sociales. Los usuarios pierden hábitos que tenían en la comunidad para adaptar su conducta a unas nuevas habilidades que les sirvan en el interior. Así pues, el problema de pérdida de habilidades comporta que el trabajo hacia la

re inserción se vea dificultado. En consecuencia no solo se tendrá que trabajar para dotar a los usuarios de nuevas habilidades sino que se tendrá también que trabajar para que se pierdan todos esos hábitos que adoptaron en el interior. La falta de trabajo re habilitador provoca que se cree una dependencia hacia la institución como ya he expuesto anteriormente. Esta dependencia no aparece de manera inmediata sino que se da de forma paulatina.

Así, por ejemplo se puede observar en múltiples historiales como hay usuarios que llevan más de 10 años en la institución. Estos usuarios antes de ser derivados al pabellón de larga duración han pasado por diferentes servicios, con la finalidad siempre de concienciarse de la enfermedad y ser capaz de controlarla para poder desenvolverse con normalidad en la comunidad. Durante todo el proceso el usuario ha recibido diferentes tratamientos y terapias, cuando estas junto a los recursos y servicios de la comunidad, no han dado resultado el usuario se deriva a instituciones especializadas con el fin de poder controlar la enfermedad y retornar a la comunidad. Si no se consigue controlar la conducta derivada de la enfermedad se cambia de nuevo el tratamiento y las terapias y así sucesivamente.

La falta de continuidad en el circuito se ve más latente en el cambio de la unidad de rehabilitación hospitalaria a la unidad de psiquiatría ya que muchas de las terapias dirigidas a conseguir y reforzar las habilidades sociales, relacionales, domesticas entre otras se pierden al ser derivado. Estas terapias se dan al inicio del proceso pero se van perdiendo a medida que se avanza en el circuito de servicios. Un ejemplo de ello es que en la unidad de Rehabilitación Hospitalaria que es la anterior a la unidad donde realice las practicas, tienen un espacio que simula una vivienda donde practican todas las habilidades relacionadas al cuidado de la casa. En la unidad de larga duración no existe ninguna actividad que siga reforzando el trabajo. En la unidad de larga duración las terapias que ofrecen están más enfocadas al ocio, a ocupar el tiempo del interno así pues encontramos terapias como música, bingo, documentales, café de noticias, deporte, pintura entre otras, aun así hay que mencionar que si se dan algunas actividades enfocadas a las habilidades relacionales y cognitivas pero aparece en ellas un impedimento al trabajar con diferentes perfiles de personas y niveles de deterioro de la enfermedad.

El hecho de que no se continúen las terapias re habilitadoras y que no se trabaje de forme individual causa que el usuario cada vez viva de manera más adaptada al centro comportando a su vez la des-adaptación de la dimensión comunitaria. Los programas de

rehabilitación intensiva pierden su sentido sin un programa último de externalización. Y este proceso, se estrangula si desde la red de servicios de salud mental no está contemplado el programa de externalización como un elemento rehabilitador (Molina,2003).

Retomando el problema en relación a la comunidad las debilidades comunitarias que aparecen en la misma comunidad son en primer lugar la falta de recursos adaptados y en segundo lugar, el estigma, que deteriora la imagen del colectivo. Las políticas públicas marcan las líneas de intervención para los usuarios, estas políticas con posteriores leyes, planes, programas y proyectos construyen la estructura de la salud mental en los servicios sociales. Uno de los principales problemas en la rehabilitación comunitaria de estos usuarios es la falta de servicios creados en la comunidad. Para ello es necesario la planificación, organización y coordinación de un abanico de servicios de atención psiquiátrica, rehabilitación y soporte social que son necesarios para ayudar a dichas personas a saber mantenerse y funcionar en la comunidad del modo más integrado y autónomo posible. Dicho concepto identifica los diferentes componentes o ámbitos de intervención que han de configurar un sistema de soporte comunitario comprensivo (Stroul, 1989).

Es una realidad que en la comunidad no hay los suficientes servicios ¹²para poder atender de manera integra a personas con un nivel de deterioro alto debido a la Enfermedad mental. Las necesidades que presentan este tipo de usuarios son distintas que las personas que no han estado en un proceso psiquiátrico y adaptativo muy largo. Los recursos en la comunidad deberían poder apoyar a este tipo de enfermos desde distintas perspectivas. Para poder ayudar a la integración de este colectivo es necesario que se les ofrezca apoyo en cubrir necesidades que por su falta de autonomía no puedan realizar. La mayoría de ellos están incapacitados judicialmente, es por eso que se debería potenciar el trabajo entre los tutores y los servicios, a la par que trabajar para que el usuario sea responsable y capaz de gestionar su tiempo. Para que los usuarios puedan gestionar su tiempo es necesario que se creen servicios para que ellos puedan ocupar su tiempo y decidir qué es

¹² En la actualidad, en el campo de Tarragona podemos encontrar servicios como: distintas fundaciones que ofrecen tutelas y servicios como pisos tutelados, además de tener Llar Residencia y asociaciones que también ofrecen servicios y recursos para este colectivo. Aun así falta muchas plazas en este tipo de recursos.

lo que prefieren hacer, más aun considerando que este perfil de usuarios en concreto presentan muchas dificultades en el mundo laboral debido a su falta de experiencia académica y profesional a lo largo de su vida, además del estigma que el colectivo ha adquirido. Hay que añadir que existen dispositivos que reúnen las características anteriores junto con las ventajas de alojamiento comunitario: dimensiones reducidas, entorno doméstico y apertura al exterior, y que parecen efectivas en el tratamiento y reinserción de un grupo importante de pacientes difíciles. (Molina., 2003) Hay que añadir que aunque es cierto que se han creado servicios estos no son suficientes ni en número de centros, ni en número de plazas ni en la capacidad de atender a estos pacientes en todos los ámbitos de su vida.

Desde mi punto de vista se debería de dar paso a la reflexión sobre si los presentes sistemas de funcionamiento son los más acertados, considero que en el momento en el que el usuario se acomoda en el centro sus habilidades comunitarias se pierden es por ello que se tendría que re enfocar los servicios y trabajar para la creación de recursos adaptados para que estos usuarios puedan vivir en la comunidad.

CONCLUSIONES

En síntesis, el problema en la rehabilitación social de los usuarios con enfermedades severas, no viene dado desde un único factor. Como ya se ha mencionado en el artículo, la reforma psiquiátrica planteo un modelo que ya incluía este cambio de atención. Así pues, después de reflexionar y analizar las modificaciones y cambios en el tiempo, se puede valorar que sí que se han producido cambios. A raíz de la reforma psiquiátrica del año 1986 y las posteriores legislaciones al respecto permitieron que fuera visible un cambio en el trato, la atención y la calidad de vida del colectivo. Pese a que sí que se han observado modificaciones en el paso del tiempo, creo que no se ha acabado de consensuar el modelo de atención en la comunidad. Hay que añadir que la actual crisis económica ha dificultado mucho el trabajo para la creación y adaptación de recursos. Pero para poder acabar de implementar dicho modelo, como recomienda el último plan presentado por la Organización Mundial de la Salud, es necesario que se plantee una redefinición de las unidades de larga estancia.

Estas unidades se tendrían que convertir en un recurso integrado dentro de la red de asistencia comunitaria. Así pues, se tiene que abandonar la idea de que estos recursos

sean meros espacios de residencia y de estabilización de la enfermedad. Es importante que se definan nuevas líneas de intervención en que estos recursos se conviertan en verdaderas unidades rehabilitadoras.

No se puede dejar de mencionar que en todo el proceso de cambio y en los que vendrán siguen aún hoy vigentes dilemas en torno a la autonomía, autodeterminación y libertad del colectivo entorno los cuales debemos reflexionar. Personalmente me preocupa que este colectivo se juzgue como peligroso ya que creo firmemente que las personas con una enfermedad mental no son ni más peligrosas, ni más violentas de lo que puede ser una persona mentalmente sana.

Es indudable que hay problemas patológicos que son inherentes a la enfermedad y en gran medida desfavorecen a la autonomía y la calidad de vida. Por esta razón me reafirmo a Minoletti.A,(2013) que expuso que no solo se tiene que focalizar el trabajo hacia el cambio en la organización sino que es necesario que se produzca un cambio en las actitudes, responder con el trabajo a las verdaderas necesidades del colectivo, proteger su calidad de vida y también, velar por el sentido de sus vidas.

Conviene subrayar que para poder realizar el cambio completo hacia un modelo totalmente integrado en la comunidad, hay que tener en cuenta las características propias de este colectivo. Del mismo modo que tampoco se debe olvidar que la estructura en los servicios y en la propia institución, siguen hoy, creando mecanismos propios que favorecen a la deculturación y dan lugar a una dependencia de estos hacia la institución y su modo de vida como ya se ha expuesto en el artículo.

Las unidades de larga estancia son ahora unidades que excluyen y facilitan la desvalorización del colectivo. Como se expuso en el artículo este colectivo muestra unos problemas en la rehabilitación que son inherentes a la enfermedad, como son: el alto nivel de estigmatización y el factor crónico de la enfermedad, por esta razón la rehabilitación comunitaria se debe producir desde dos líneas distintas de trabajo. Por un lado se debe trabajar con los usuarios y por otro lado se debe trabajar con la comunidad

En el trabajo rehabilitador con el usuario se deben potenciar las terapias sociales individualizadas y personalizadas, lo anterior no quiere decir que las terapias en grupo no

sean beneficiosas, sino que hay que potenciar que cada individuo realce sus capacidades y oportunidades para poder hacer frente a sus debilidades y amenazas en la comunidad.

Así mismo, las nuevas formas de atención en las que se debería focalizar el trabajo futuro son; por una parte dotación de servicios y recursos que permitan a los usuarios poder llevar una vida lo más normalizada posible y por otro lado apostar para un desarrollo progresivo de transformación de los Hospitales Psiquiátricos con la finalidad de variar por completo su característica residencial y restrictiva. El hospital Psiquiátrico de Larga estancia debe ser capaz de ofrecer mecanismos para la externalización e integración en la comunidad para así evitar futuros ingresos indefinidos en el tiempo y la dependencia de los usuarios hacia la institución.

De acuerdo con todo lo mencionado, este cambio no solo debe incluir el trabajo desde la creación de recursos intermedios en la comunidad, sino que también tiene que introducir el trabajo de deshabitación de las rutinas institucionales y a su vez, dotar al sujeto de nuevas habilidades Sociales y comunitarias. Al mismo tiempo que no se debe olvidar a los usuarios que debido al alto grado de disminución y dependencia a la institución su reinscripción es hoy por hoy imposible. Por esta razón se tiene que plantear un cambio paulatinamente que permita adaptar todos los recursos a las necesidades individuales de todos.

En definitiva, desde los servicios y recursos se tiene que dar un enfoque hacia el apoyo de la vida independiente, al mismo tiempo que el apoyo a la des estigmatización del colectivo. Hay que apostar por el apoyo a la creación de políticas que abarquen todas las dimensiones presentes en personas con enfermedad severa y tenerlas en cuenta para una rehabilitación con éxito en la comunidad. Finalmente se presenta la necesidad de coordinar todos los servicios y recursos para que pueda producirse una integración real del sujeto promoviendo su naturalidad y su propia identidad.

BIBLIOGRÀFIA

1. Alonso,C(2014) “Una experiencia de TS de grupo con pacientes con enfermedad mental grave y crònica.Una alternativa de recuperación psico-social.” Cuadernos de Trabajo Social. Vol 27-1:223-231.Consultado el: 01/04/2015 Disponible en : <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/viewFile/41212/43081>

2. Baldor,I.Tubel,Ortiz,A.Jerez,MªC.(2014) “Avances en los programas de entrenamiento en habilidades sociales para personas con enfermedad Mental grave”. Rehabilitación sicosocial,11(1): 46-57. Consultado el:15/04/2015 Disponible en : <http://www.fearp.org/revista/publicados/11a/4657.pdf>
3. Bang,C.Stockim,A(2013)Aportes para pensar en la participación comunitaria en Salud Mental desde la perspectiva de Redes.Ciencia, docencia y tecnología. Año XXIV n 46:123-143. Consultado el : 10/02/2015 Disponible en : http://www.revistacdyt.uner.edu.ar/spanish/cdt_46/documentos/46_cssociales05_bang.pdf
4. Castro,X.(2013)Salud Mental sin Sujeto.Sobre la expulsion de la subjetividad de las practicas actuales en Salud Mental. Csn 3:74-114,Colombia. Consultado el : 10/02/2015 Disponible en : https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/revista_cs/article/viewFile/1567/2038
5. Demers,G(2012) L'ethique du care et la reconnaissance des besoins des proches aidants.Le partenaire v.20 n  4 hiver 2012. Consultado el :20/04/2014 Disponible en : <http://aqrp-sm.org/publications-de-laqrp/revue-le-partenaire/publications-libres/2012-volume-20-no-4-hiver-2012/>
6. Desviat,M(2011)La Reforma psiqui trica 25 años después de la ley general de Sanidad.Revista Española Salud Publica n 5 sep/oct 2011,85:427-436. Consultado el:10/02/2015.Disponible en : http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272011000500002&script=sci_arttext
7. Duran,E.Besabe,M.(2013)Salud mental y expresion de las emociones en Facebook. Anuario Electronico de estudios de comunicación. V:6, n 2 Julio-Diciembre 2013 Consultado el :15/04/2015 Disponible en : dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4800934.pdf
8. Espino,A(2008) 20 años despues del informe.Presente y futuro de la Atencion Psiquiatrica en España. Acto celebrado para el XX aniversario del informe de la Reforma Psiquiatrica. Consultado el :20/02/2015 Disponible en : http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est15.pdf.pdf
9. García,J.(2000). Análisis de la Reforma y de la desinstitucionalización psiquiatrica en España. I congreso Virtual de Psiquiatria 1 febrero-15 de marzo 2000. Conferencia 48-

- CI-A2: [17 pantallas]. Visto el 20/03/2015 y Disponible en: www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa48/conferencias/48_ci_a2.htm
10. Gisbert,C(2002) Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Cuadernos Tecnicos nº6 Madrid. Consultado el: 14/02/2015 Disponible en : <http://aen.es/wp-content/uploads/2009/04/CTecnicos6.pdf>
 11. Gisbert,C(2003) Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. Asociación española de neuropsiquiatría. Estudios: nº28. Madrid. Consultado el : 20/03/2015 Disponible en : http://www.aen.es/docs/SRPS_RPS_y%20Tratamiento_Integral_TMS_AEN.pdf
 12. González,E.(2000) De la Psiquiatria a la Salud Mental. Revista de la asociacion española de neuropsiquiatria. Junio. Consultado el : 05/03/2015 Disponible en : <http://www.revistaen.es/index.php/aen/article/download/15695/15554>.
 13. Gonzalez,JC(2002) Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica:programas básicos de intervención. Cuadernos Tecnicos en Servicios sociales nº17.Madrid Consultado el :15/03/2015 Disponible en : <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadname1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DCUADERNO+TECNICO+17++REHAB+PSICOSOCIAL+.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271741077915&ssbinary=true>
 14. Gracia, D. (1995). El qué y por qué de la Bioética: cuadernos del programa regional de la bioética. Madrid. Consultado el 14/03/2015: Disponible en : <https://scholar.google.es/citations?user=mNeLZwUAAAAJ&hl=en>
 15. Ignacio Rey, Jorge (2010) Antropologia medica y hospital Psiquiatrico .Visto el 10/04/2015 Disponible en : <http://medicinayley.blogspot.com.es/2010/09/antropologia-medica-y-hospital.html> Consultado el : Disponible en :
 16. Leclerc,L.(2012) Être Proche aidant d'une personne vivant avec un trouble mentale dans une société à haute vitesse.Le partenaire v.20 nº 4 hiver 2012. Consultado: 07/04/2015 Disponible en: <http://aqrp-sm.org/publications-de-laqrp/revue-le-partenaire/publications-libres/2012-volume-20-no-4-hiver-2012/>
 17. Minoletti,A(2013)Reforma para la atención de las personas con enfermedad mental severa. Conferencia.Revista de psiquiatria de Uruguay.v77 nº 1 Julio 2013 Visto el

- 24/04/2015 Disponible en :
http://www.spu.org.uy/revista/jul2013/04_Conferencia_01.pdf
18. Molina,Dr(2003)El papel del hospital de larga estancia en el proceso de Rehabilitacion. Norte de Salud Mental,nº17:7-13.Consultado el 10/04/2014.Disponible en :
<http://revistanorte.es/index.php/revista/article/view/278>
19. Pileño,MªE;Salvadores,P;Nogales,A.(2003)El enfermo mental.Historia y cuidados desde la epoca mediaeval.Cultura de los cuidados.año VII nº13 :29-35 Consultado:
http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4814/1/CC_13_06.pdf
20. Rodriguez,A(2003)Organizacion de cuidados comunitarios.El papel de la atencion psicosocial y social en la atencion comunitaria a las personas con enfermedad mental grave y cronica.Consejeria de Servicios Sociales de la comunidad de Madrid.Ponencia en II congreso Rehabilitacion en Salud Mental. Consultado : 5/04/2015 Disponible:
<https://campus.usal.es/~inico/publicaciones/Rodriguez-A.pdf>
21. Durand, G. (1992). La Bioética. Editorial Desclée de Brouwer, S.A. Bilbao:p.9-69.
22. Foucault,M(1976) Vigilar y Castigar. nacimiento de la prisión.- 1a, ed.-Buenos Aires : Siglo XXI Editores Argentina, 2002.
23. Mill, J. S. (1967). Sobre la libertad. Original en inglés: On Liberty (1859). Ed. Aguilar. Madrid. Pp. 20-21.
24. Tizon,JorgeL.(2012) Archivo audiovisual.Herder Editorial.consultado el 15/04/15 Disponible en www.herdereditorial.com
25. Carga Mundial del trastorno mentales y necesidades que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinación a escala de país. 65º asamblea mundial de la salud(2012) punto 13,2 del orden del día.Organizacion Mundial de la Salud.
26. User empowerment in mental health, a statement by Who Regional Office for Europe.World Health Organization, 2010. Consultado : 20/03/2015 Disponible: User empowerment in mental health, a statement by Who Regional Office for Europe.World Health Organization,2010.
27. Plan d'action pour la Santé Mentale 2013-2020. Organisation Mondiale pour la Santé.consultado: 14/02/2015 Disponible en : http://www.who.int/mental_health/fr

28. Declaracion europea de salud Mental.Helsinki (2006).consultado 12/02/2015. Disponible en :
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf.pdf
29. Pla de salut de Catalunya 2011-2015.Generalitat de Catalunya.Departament de Salut. Consultado:10/02/2015Disponible
http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/destaquem/documents/plasalut_vfinal.pdf
30. Plan estrategico 2010-2014, Consejeria de Sanidad de Madrid.Consultado: 05/03/2015 Disponible:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142669081933&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1142439319720&idPagina=1343068184421&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&site=ComunidadMadrid&sm=1343068184432
31. Pla integral d'atenció a les persones amb trastorns mentals i addicions. Novembre 2010.consultado: 10/03/2015 disponible en :
https://www.diba.cat/documents/713460/713964/salutpublica-descarrega-plaintegral_tma2010-pdf.pdf
32. Pla director de Salut mental i addicions.Consorci serveis de salut i socials de Catalunya, Barcelona 2013.Consultado: 20/03/2015 Disponible:
http://www.consorci.org/continguts-butlleti-csc/13.04.16/PDSMiAd_linies%20estrategiques.pdf
33. *Memoria tecnica(2012)Asociacion de ayuda al enfermo mental ,DOA. Consultada:20/03/2015 Disponible: <http://asodoa.org/wp-content/uploads/2011/03/Memoria-2012.pdf>*
34. *Atlas Mental Health(2011)Organización Mundial de la Salud. Consultado : 20/04/2015.Disponible en : http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/*

3-JUSTIFICACIÓ DE LA REVISTA.

La Revista escollida ha estat “ Revista Trabajo social y Salud “. He escollit aquesta revista perquè després de buscar diverses revistes sobre salut vaig observar que en aquesta en particular, hi havia molts articles publicats en el àmbit de la salut Mental. A més a més vaig veure que de les diferents normes de publicació, aquesta revista no només m’oferia poder parlar de salut, sinó que en la extensió del text es mes permissiva que altres.