

# Salud Mental: “Lo que (SÍ) se puede hacer”

Thais Matas Torralba

Trabajadora Social, colegiada 30/1160

**Resumen** Las personas con enfermedad mental grave han constituido uno de los colectivos peor comprendidos y más discriminados de la historia. Los años recientes han planteado el nuevo reto de cambiar el paradigma bajo el cual estas personas son atendidas.

En la Región de Murcia, tras la entrada en vigor de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, el modelo de intervención comunitaria establecido, recoge un conjunto de recursos que se encargan de las personas que tiene reconocido un grado de dependencia que de acceso a los dispositivos, como son centros de día, viviendas tuteladas y residencias.

Sin embargo, también presenta algunos espacios que todavía no están cubiertos, y que deja a parte de nuestro colectivo en una situación de abandono. En este caso nos encontramos con un gran número de personas sin atención. Con el objetivo de cubrir todas estas carencias y poder atender a aquellos que en principio se encuentran “fuera del sistema”, nace en AFESMO en el mes de Marzo de 2013 el **“SERVICIO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL”**, con la filosofía del Modelo de Atención Comunitario integra los 3 siguientes Programas para atender las necesidades de los no atendidos por el Sistema: Programa de Atención Domiciliaria; Programa Club Social y Programa Promoción de la Vida Independiente.

**Palabras clave** Bienestar. Prevención, salud mental, Modelo Comunitario, Autonomía Personal, enfermedad mental, recuperación y vida independiente

## Introducción

**Según la OMS, entre un 35% y un 50% de las Personas con Enfermedad Mental de los países desarrollados, no reciben ningún tratamiento.**

Este artículo tiene como misión dar a conocer esta situación pero, ante todo, contar qué se ha hecho y qué podemos y debemos seguir haciendo. Crear reflexión y reivindicación para demandar a quien compete que actúen con el objetivo de que los vacíos que existen en el sistema de atención a personas con enfermedad mental se cubran y de manera adecuada, ya que estos vacíos no son agujeros sin más, sino personas a las que se les niega atención, cuidados y derechos y recuperación.

## En cifras

Como se puede comprobar a través de la revisión histórica, las personas con enfermedad mental grave, han constituido uno de los colectivos peor comprendidos y más discriminados de la historia. Los años recientes han planteado el nuevo reto de cambiar el paradigma bajo el cual estas personas son atendidas. El paradigma de la reclusión institucional, desacreditado por ineficacia terapéutica, y su inadecuación a los conceptos de una sociedad moderna que contemple a las personas con enfermedad mental como ciudadanos y sujetos de derechos, ha dejado paso a conceptos y modelos emergentes (social, comunitario, socio-sanitario, de salud pública) que pretenden que estas personas puedan vivir en la comunidad, recibiendo allí los cuidados y las ayudas que puedan necesitar.

En un contexto social de creciente exigencia y complejidad, las personas con enfermedad mental comparten las necesidades comunes propias de todo ser humano, y además, debido a su discapacidad, tienen necesidades particulares, que son muy variadas y

complejas. Aunque son personas que con las ayudas necesarias pueden disfrutar de sus potencialidades para vivir una vida digna y ser útiles a la sociedad, sus particularidades les hacen altamente vulnerables y dependientes de su red de apoyo. Su familia suele tener en la práctica un papel muy importante, por lo que debe ser muy especialmente tomada en consideración a la hora de planear las ayudas y las intervenciones.

Ha sido necesario mucho tiempo para que las sociedades hayan comprendido las características de este complejo colectivo. De hecho, consideramos que hasta tiempo reciente no hemos comenzado a entender cómo ofrecerles ayuda apropiada, real y efectiva, a la escala necesaria.

### Organización Mundial de la Salud (OMS)

La OMS en su estudio de 2001 (Informe OMS Salud Mental en el Mundo 2001), alerta sobre la gran importancia cuantitativa de las enfermedades mentales como responsables de discapacidad en la población. Según sus resultados, las enfermedades neuropsiquiátricas en su conjunto contribuyen con el 12,3% de la carga de los años vividos en discapacidad (DALYs) a lo largo de la vida. Podemos comparar este dato con la contribución de las enfermedades infecciosas (23,1%), con la de causas traumáticas (12,3%) las enfermedades cardiovasculares (10,3%) o la diabetes (1%).

### Compromiso Europeo: Helsinki, enero de 2005

En los últimos años, varias agencias y organismos internacionales, tomando nota de la situación, han elaborado acuerdos y agendas comunes para afrontar los retos pendientes en esta área. Consecuentemente, en la reunión de la OMS y de los Ministros de Sanidad en Helsinki de enero de 2005, los países de la Unión Europea se han comprometido a potenciar políticas para:

- La **promoción del bienestar** en salud mental.
- La **lucha contra el estigma**, la discriminación y la exclusión social.
- La **prevención**.
- La asistencia a personas con enfermedad mental, proporcionando servicios e intervenciones efectivas y generales, y ofreciendo a los usuarios y a sus cuidadores participación y **posibilidad de elegir**.

### Cambio de paradigma

En la segunda mitad del siglo XX, se produjo un cambio de paradigma en la atención a estas personas con una enfermedad mental debido fundamentalmente a tres factores independientes:

- La medicina hizo progresos importantes.
- El movimiento en pro de los Derechos Humanos.
- La definición de Salud de la recién creada OMS, Organización Mundial de la Salud, se incorporaron rotundamente componentes sociales y de bienestar relacionados con la salud mental.

Estas condiciones dieron paso al movimiento conocido como La Reforma Psiquiátrica, que inauguró un enérgico movimiento mundial desde disciplinas diversas (la medicina y la psicología, pero también la sociología, la antropología y el trabajo social).

Se denunció la situación de desamparo, abandono, estigmatización y precariedad en la que se encontraba el colectivo de personas con enfermedad mental en todo el mundo.

### El Modelo Comunitario

Uno de los elementos centrales de la reforma ha sido un cambio de perspectiva, revertiendo la política de institucionalización, ya que los datos hacia la **des-institucionalización**, adoptando el denominado **Modelo Comunitario**, que tiene por objetivo **organizar la ayuda y la asistencia a la persona sin extraerlo y separarlo de su red social**.

### La Reforma Psiquiátrica

En España, se emprendió una gran reforma que se inició en 1985 con el *Informe para la reforma Psiquiátrica*, que fue el inicio de una serie de reformas legislativas, presupuestarias y de los sistemas de atención social y sanitario que no podemos considerar concluido.

Dentro de las experiencias reformadoras de la psiquiatría conviene destacar la llevada a cabo por **Franco Basaglia** en Peruggia y Gorizia, cuyo objetivo principal era el cierre de los manicomios. En Gorizia, convierte en un primer momento el hospital en una comunidad terapéutica; luego considera que es mejor

devolver al paciente a la sociedad y dismantela el manicomio. En su experiencia se plantea la comunidad terapéutica como una etapa necesaria, pero transitoria, en la evolución del hospital psiquiátrico. *“En la comunidad terapéutica todos los pacientes y profesionales participan en la terapia del propio paciente; todos los problemas y situaciones se afrontan de forma dialéctica y se discuten”* (Basaglia, 1972). Este autor ha tenido gran protagonismo dentro de la reforma italiana y antes de su temprana muerte extendió también fuera de su país su lucha por los cambios del sistema de atención a la salud mental.

En Italia, en 1978, la ley de reforma de la psiquiatría, conocida como la Ley 180, ha puesto en marcha un proceso nacional de eliminación de los hospitales psiquiátricos. Esta ley llevó al cierre definitivo de estas instituciones al final de la década de los noventa, y a la progresiva creación de servicios basados en el territorio, que permiten a las personas que sufren problemas de salud mental conducir su vida en un normal contexto social. Esta ley, que fue la primera en el mundo, ha cambiado radicalmente las condiciones de tratamiento y de atención en psiquiatría.

## El presente

Tras este recorrido histórico sobre los cambios y avances en los modelos de atención a las personas con enfermedad mental, vuelvo al presente en tiempo y en espacio:

En la Región de Murcia, tras la entrada en vigor de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, el modelo de intervención comunitaria establecido, recoge un conjunto de recursos que se encargan de las personas que tiene reconocido un grado de dependencia que de acceso a los dispositivos, como son centros de día, viviendas tuteladas y residencias.

## Perfiles desatendidos

Sin embargo, también presenta algunos **espacios que todavía no están cubiertos, y que deja a parte de nuestro colectivo en una situación de abandono**. En este caso nos encontramos con un gran número de personas sin atención que se pueden enmarcar en estos tres perfiles:

1. Personas diagnosticadas (o aún no) de una enfermedad mental, que presentan un **alto grado de aislamiento**. Están fuera de la red sociosanitaria y precisan la **atención domiciliaria** y el trabajo terapéutico en su propia vivienda como paso previo a su incorporación a los servicios sanitarios y sociales. **ESTA ATENCIÓN (imprescindible para las personas con enfermedad mental por sus síntomas) NO LA CUBRE LA LEY DE AUTONOMÍA PERSONAL Y DEPENDENCIA.**
2. Personas con una enfermedad mental pero con un **alto grado de autonomía** que, por lo tanto, no han sido reconocidos como dependientes o no han querido pasar ese proceso, pero que si precisan para continuar con esa autonomía disponer de un espacio de unión y reunión, lúdico y terapéutico, en el que realizar actividades, fomentar sus relaciones interpersonales e incrementar y enriquecer las actividades de ocio y tiempo libre.
3. Personas que si han sido reconocidas como dependientes con un **Grado 1**, el cual no les da derecho a acceder a ningún servicio hasta 2015 (en principio...). Y que, si llegan a tener derecho a los servicios, estos actualmente no se ajustan a su perfil y necesidades específicas.

## Servicio de Promoción de la Autonomía Personal

Con el objetivo de cubrir todas estas carencias y poder atender a aquellos que en principio se encuentran “fuera del sistema”, nace, en el mes de Marzo de 2013 el **“SERVICIO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL”** entendido como un espacio dirigido por un equipo de profesionales que tiene como misión que la Persona con Enfermedad Mental pueda alcanzar el máximo grado de autonomía para llevar una vida totalmente normalizada dentro de su propio contexto socio-comunitario de modo que, con el seguimiento individualizado adecuado, pueda mantener y desarrollar las relaciones sociales propias de su entorno, tanto con su familia como con la comunidad en la que vive.

Es decir, este proyecto ha surgido y se está desarrollando con éxito por la inmensa demanda existente, el vacío dejado por la Administración y la filosofía de la entidad **AFESMO**, donde se ha creado y se lleva a cabo, de

## prevención, recuperación y promoción de la independencia en las Personas con enfermedad Mental.

### “Recovery”

**La Recuperación** (citado usualmente en la literatura científica como *Recovery*). Este concepto, desarrollado por Anthony y Farkasy, plantea la recuperación del proyecto de vida una vez han aparecido las consecuencias de la enfermedad. **Supone apoyarse en las capacidades y fortalezas de la persona y de su entorno**, para conseguir un proyecto rehabilitador que cuente con la participación del afectado y construya un proyecto de vida que no esté definido sólo por los estándares de salud de los profesionales.

### Modelo de Intervención Comunitaria

La recuperación de las personas con una enfermedad mental depende de la coordinación e intervención de una serie de recursos de distinta naturaleza, unas veces son sanitarios, otras sociales y otras psicosociales. Cada uno de los diferentes recursos se presenta como el adecuado en función del grado de autonomía de la persona, y todos ellos en su conjunto constituyen lo que conocemos como el **Modelo de Intervención Comunitaria**, a través del cual se atiende de una forma coordinada a toda la población con enfermedad mental de una comunidad. De este modo, según las necesidades que presente el individuo acudirá a uno o a otro servicio.

### El Servicio

El **Servicio de Promoción de la Autonomía Personal** surge con esta filosofía y manera de actuar, para adecuarse a las necesidades específicas de cada persona y, ante todo, las de aquellas que no son atendidas cuenta con los siguientes Programas:

#### 1. Programa de Atención Domiciliaria: “Tratamiento Asertivo Social”.

Dirigido a atender a las personas que están en situación de aislamiento llevan a cabo actuaciones en el domicilio a nivel preventivo, informativo, educativo y rehabilitador con el fin de que los

beneficiarios se mantengan en su entorno comunitario reduciendo y evitando ingresos hospitalarios o residenciales, -“y que puedan lograr un funcionamiento lo más adecuado posible, utilizando al máximo sus recursos y capacidades, las que mantienen y las que puedan construir habilitándoles para ello, en un contexto social normal y llegar a desenvolverse de tal forma que las intervenciones y la organización de los servicios tengan como objetivo fundamental activar y no invalidar las capacidades del sujeto-“ (Juan José Martínez Jambrina, Psiquiatra y Coordinador del Servicio de Salud Mental de Avilés, Asturias).

#### 2. Programa “Club Social”.

Habiendo detectado la situación de necesidad de las personas con enfermedad mental que se quedaban fuera del derecho a recibir atención desde la implantación de la Ley de Dependencia (grado I), y siendo también el perfil que presentan diferente al atendido en la red de recursos existente (mayor autonomía, menos deterioro, más conciencia de enfermedad, etc.), decidimos impulsar y poner en marcha este programa.

Dicho programa ha pretendido fomentar y potenciar el empoderamiento de las personas atendidas fomentando mayor independencia, mejor ajuste social y mayor bienestar al percibirse capaces de autogestionar mejor sus vidas.

#### 3. Programa de Promoción de la Vida Independiente: “Pisos Compartidos”.

Uno de los principales ámbitos de necesidad social de este colectivo de personas con enfermedad mental es el que tiene que ver con el apoyo al alojamiento y promoción de vida independiente. En efecto, muchas de las personas con trastorno mental grave y persistente tienen dificultades para cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y autonomía. Por esto, una de las áreas de intervención de Servicio de Promoción de la Autonomía Personal es la de fomentar, ayudar y orientar en la promoción de vida independiente a través de los Pisos Compartidos. De este modo las personas que desean y están preparadas para

compartir piso, pero que no son plenamente autónomas, pueden ver cumplida su meta de autonomía contando con el apoyo externo necesario que le permita potenciar y perfilar sus habilidades personales, tan necesarias para una normalización real y efectiva en la vida social y laboral de cualquier individuo.

Los usuarios del programa viven de forma independiente en pisos compartidos de entre 2 a 4 personas, con supervisiones periódicas (2-3 semanales) dirigidas al cumplimiento de los objetivos marcados dentro de su proceso de rehabilitación, integración y autonomía, de forma conjunta entre el Usuario y el Equipo de profesionales del Servicio de Promoción de Autonomía Personal.

Este tipo de alternativa residencial es un elemento clave dentro del proceso de rehabilitación de la persona con enfermedad mental y meta del proceso de integración.

**¡Y ya se ha hecho realidad!** Hasta ahora, 4 personas han entrado en este Programa alcanzando la meta de plena integración y normalización ya disfrutan de una vida independiente como deseaban con un apoyo puntual y específico.

### Reflexión final

Tener la oportunidad de impulsar, desarrollar y afianzar este Proyecto durante los últimos 9 meses, ha sido un gran reto a la vez que una inmensa satisfacción profesional y personal, de la cual me llevo más de lo que yo he podido ofrecer, a nivel de conocimientos, experiencias, calor y valor humano.

Agradezco a las personas que me han dado esta oportunidad, así como a aquellas con las que he trabajado, me he coordinado y todos aquellos que han ayudado a que este precioso y necesario Proyecto se haya convertido en realidad. Seguimos adelante.

### Bibliografía

**IMERSO.** Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2007.

**Martínez Jambrina JJ, Peñuelas Carnicero E.** Tratamiento asertivo comunitario: el modelo Avilés. Archivos de psiquiatría. 2007;70(2):77-82.

**WHO Regional Office for Europe.** Empoderamiento del usuario de salud mental - declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS 2010.