
APUESTA COMUNITARIA EN SALUD MENTAL Y DIVERSIDAD FUNCIONAL, DESDE EL MODELO DE RECUPERACIÓN

Dra. Carmen Vargas Vargas

Psicóloga Clínica, Coordinadora línea asistencial de Diversidad Funcional de Benito Menni CASM. Sant Boi de Llobregat.

carmen.vargas@fundacionhospitalarias.org

Resumen

Se realiza una descripción de cómo ha sido la evolución en la atención en salud mental (SM) de las personas con Diversidad Funcional (DF) del Centro Benito Menni CASM de Sant Boi, desde que son atendidas en el mismo, basándonos en el modelo de recuperación en SM, para describir de modo específico, el reciente programa comunitario especializado, puesto en marcha en diciembre de 2022 y dirigido a personas con DF que

presentan problemas de SM. Se trata de un Servicio de atención ambulatoria denominado (SESM-DI: Servicio especializado en SM y DF), donde se detallan datos descriptivos de la población atendida, las intervenciones profesionales realizadas; así como la experiencia profesional del equipo en su primer año de implementación.

Palabras clave: Diversidad Funcional, Discapacidad intelectual, atención comunitaria, SESM-DI. Sant Boi, Barcelona.

COMMUNITY APPROACH IN MENTAL HEALTH AND FUNCTIONAL DIVERSITY (DF), FROM THE RECOVERY MODEL

Abstract

The article describes how the evolution has been in the mental health care (SM) of people with Functional Diversity (FD) at the Benito Menni CASM Center in Sant Boi, since they are treated there, based on the SM recovery model, to specifically describe the recent specialized community program, launched in December 2022 and aimed at people with FD who present with SM problems. It is an outpatient care service called (SESM-DI: Specialized Service in SM and FD), where descriptive data of the population served, the professional interventions carried out are detailed; as well as the professional experience of the team in its first year of implementation.

Key words: Functional diversity, intellectual disability, community care, SESM-DI. Sant Boi, Barcelona.

Introducción

La apuesta comunitaria se concreta en la reciente apertura de un nuevo servicio de atención en SM y DF denominado (SESM-DI), de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, el cual se fue gestando desde un equipamiento existente en Benito Menni CASM de Sant Boi, Barcelona ⁽¹⁾. Este se corresponde con un servicio de hospitalización que cuenta con una larga trayectoria, de la que realizaremos una breve descripción, para posteriormente centrarnos en el nuevo programa de atención comunitaria (SESM-DI): motivo de esta publicación.

Hemos de explicar en primer lugar por qué empleamos el término DF en lugar de Discapacidad Intelectual (DI). Ambos son términos que a menudo se utilizan para describir las limitaciones o diferencias en las habilidades de las personas. Pese a que algunas personas los consideran sinónimos, hay matices importantes entre ellos, al utilizar el término “discapacidad”, se enfatiza la limitación de la persona, lo que puede tener connotaciones negativas, ya que implica que alguien es incapaz de realizar ciertas acciones. Mientras que el término de DF surge de las propias personas afectadas, reconoce la variedad de habilidades y destrezas que posee el ser humano. De este modo, las bases de la DF parten de una visión positiva de la discapacidad. Permiten la inclusión social y comunitaria, promocionan el enfoque de apoyo y ajustes razonables eliminando términos despectivos y de prejuicios. Por tanto, la DF es entendida como parte constitutiva de la persona y no como una característica única ⁽²⁾.

La apuesta comunitaria surge de un servicio existente en Sant Boi, de años de trayectoria en la atención a personas con DF, el cual ha ido siguiendo los cambios en cuanto a modelos de atención emergentes al uso, que han tenido lugar en el transcurso de la historia. De este modo hemos pasado por los 3 de los modelos que han ido imperando a lo largo del tiempo y a la vez coexistiendo. El primero ha sido el *Médico-rehabilitador*, donde se entendía que las personas deben ser curadas por la ciencia y rehabilitadas para incluirlas en la sociedad.

Le ha seguido el *modelo de Vida social-Independiente*, donde se conceptualiza, que las personas están discapacitadas por la sociedad, pero que con las herramientas adecuadas, pueden participar plenamente en ella, desarrollando modos de vida independientes y adaptados a vivir en sociedad. Hasta llegar al *modelo de la DF*, donde ésta es considerada como parte de la diversidad humana, debiéndose proporcionar plena dignidad a todas las personas, lo que implica darles el mismo valor, los mismos derechos y oportunidades a todas las personas. Es un modelo que adopta un papel central en los apoyos a fin de promover el funcionamiento de la persona en todas sus dimensiones. Constituye, por tanto, un enfoque social y ecológico de la DF hoy en día compartido por la mayoría de las organizaciones.

En este modelo se contemplan las distintas dimensiones que tienen que ver con las capacidades intelectuales, la conducta adaptativa (habilidades conceptuales, sociales y prácticas), la salud (física y mental) y la participación y el contexto (cultura, ambiente).

Al mismo tiempo se han desarrollado 4 etapas, que marcan un cambio significativo de mejora en la calidad de la atención a estas personas, lo que confiere al servicio una experiencia y un grado madurez, que lo hacen idóneo para la puesta en marcha y desarrollo de servicios que apoyen a las personas con DF y en especial con clínica dual de SM.

De esta manera, la atención en el Centro de Sant Boi se ha ido transformando hacia una vertiente más social y comunitaria, culminando en la creación del SESM-DI, recurso de carácter comunitario. Ha habido una progresión de la atención hospitalaria hacia la comunidad.

En una primera etapa, entre 1989 y 1992, se evaluaron las capacidades y habilidades de la totalidad de las personas atendidas, diferenciando a los pacientes de SM estrictos, de los que presentaban DF, para formar unidades únicamente con pacientes que cumplieran estos últimos criterios. Por aquel entonces, ambos tipos de pacientes eran atendidos en las mismas unidades y en muchas ocasiones tratados por sus problemas de salud mental sin tener en cuenta su DF. Además estas personas presentaban, algún trastorno psicopatológico asociado, motivo por el que, en ese momento, ingresaban en Instituciones psiquiátricas. Este primer paso permitió desmasificar las unidades e iniciar la especialización en su atención.

Para su evaluación se empleó, siguiendo de la definición de la AAMR⁽³⁾, distintas escalas que median el coeficiente intelectual y la conducta adaptativa, con el objetivo de