



REBUT

994

EL TRABAJO SOCIAL EN LOS
CENTROS DE ATENCION PRIMARIA
EN SALUD MENTAL DE LA RED
PSIQUIATRICA DEL "SERVEI
CATALA DE LA SALUT" DE LA
PROVINCIA DE BARCELONA.
1994-1995.

NURIA PELLEGERO ANSO

MONTSERRAT MESTRES BERTRAN

I N D I C E :

1.- PRESENTACION	1
2.- OBJETIVO DE LA INVESTIGACION	3
3.- METODOLOGIA	5
4.- RESULTADOS RESPECTO AL OBJETO DE ESTUDIO:	
LOS CENTROS DE SALUD MENTAL	
Titularidad	11
Año de creación	14
Horario de atención al público	16
Dedicación del equipo asistencial	17
Plantilla profesional	17
Marco teórico	22
Relaciones con otros dispositivos	23
LOS TRABAJADORES SOCIALES	
Edad	30
Sexo	31
Formación	32
Experiencia profesional	40
Contratación y dedicación	42
Antigüedad	44
Funciones asistenciales	46
Funciones relacionadas con el trabajo	
interdisciplinar	59
Funciones relacionadas con la formación . .	66
Funciones relacionadas con la investigación	69
Publicaciones	72
Satisfacción profesional	74
5.- CONCLUSIONES	80
6.- ANEXO	91

1 . - PRESENTACION

El trabajo social en el ámbito de la salud mental ha sido un elemento impulsor del desarrollo del trabajo social en Catalunya, al tiempo que ha contribuido a la reforma de la asistencia psiquiátrica en nuestro país iniciada a finales de los años 70. Destacados profesionales de trabajo social han desarrollado su práctica psicosocial en este campo, al tiempo que realizaban un trabajo interdisciplinar reflexivo y de investigación, elementos que han contribuido a potenciar una práctica globalizadora, más humanizada y científica en el campo de la salud mental. Cabe también destacar la influencia que ha tenido el trabajo psicosocial desarrollado por aquellos profesionales en los programas y contenidos de los estudios de trabajo social en Catalunya. El reconocimiento de su importancia queda también reflejado en el trabajo de la Comisión de Especialidades en Ciencias de la Salud del Departamento de Sanidad de la Generalitat de Catalunya, quien en el año 1995, promovió el reconocimiento y regularización del trabajo social en salud mental como una especialidad, de forma similar al que ya existe en medicina con los MIR (Médicos Internos Residentes) o en psicología con los PIR.

Desde una práctica todavía minoritaria en los años 70 se ha llegado a la situación actual en la que se puede afirmar que el trabajo social en el ámbito de la salud mental goza de suficiente entidad y reconocimiento como para que las plantillas de los centros de la red pública catalana, en sus diversos niveles asistenciales, deban contar con la presencia y práctica de los trabajadores sociales.

Sin embargo, trascurridos ya varios años desde el inicio de la reforma psiquiátrica, diversos profesionales, especialmente de trabajo social advierten cierta reafirmación de "lo social"

frente a lo psicosocial, cierta tendencia a prácticas más multidisciplinarias que interdisciplinarias, así como un cierto retorno a antiguos enfoques psiquiátricos, centrados en el modelo médico y no tanto en el impulso de elementos alternativos que incorporen a lo asistencial, aspectos comunitarios, preventivos y rehabilitadores.

La diversidad de orientaciones y enfoques preventivos, asistenciales y rehabilitadores existentes en el marco de la atención a la salud mental, unidos a los diversos modelos de intervención del trabajo social, configuran actualmente prácticas sociales y psicosociales diversificadas en los diferentes dispositivos asistenciales.

Es precisamente el deseo de conocer la diversidad de modelos y prácticas existentes en la realidad inmediata hoy en día, el que motiva este trabajo, que pretende conocer las características profesionales de los trabajadores sociales en los centros de asistencia primaria en salud mental de la provincia de Barcelona (territorio en el que se concentran la mayoría de los dispositivos de la red pública catalana y donde históricamente se ha desarrollado), y más concretamente en los dispositivos de atención primaria en salud mental para adultos (o mayores de 18 años).

2 . - OBJETIVO DE LA INVESTIGACION

El objetivo principal consiste en analizar las funciones y actividades que llevan a cabo los trabajadores sociales de los Centros de Salud Mental (CSM) y Unidades de Salud Mental (USM) de atención primaria para mayores de 18 años, de la red psiquiátrica de la provincia de Barcelona, dependientes del "Servei Català de la Salut".

Para ello se estudiarán diversas dimensiones, algunas referidas a los dispositivos en que desarrollan sus actividades los trabajadores sociales y otras referidas a ellos mismos.

- Respecto a los centros o dispositivos, las dimensiones estudiadas han sido las siguientes:

- . Titularidad
- . Año de creación del centro
- . Horario de atención al público
- . Composición del equipo asistencial
- . Dedicación horaria de sus miembros
- . Orientación y marco teórico principal del equipo
- . Relaciones del equipo con otros dispositivos y profesionales sanitarios.

- Respecto a los trabajadores sociales, las dimensiones estudiadas han sido las siguientes:

- . Edad y sexo.
- . Formación del profesional.
- . Experiencia laboral y profesional.
- . Antigüedad, dedicación y tipo de contratación en el dispositivo de salud mental.
- . Funciones y actividades en las siguientes áreas:
 - . Asistencial

- . Trabajo en equipo
- . Coordinación con otros dispositivos y profesionales
- . Reciclaje formativo
- . Investigación
- . Publicaciones
- . Grado de satisfacción respecto a la labor profesional

3 . - METODOLOGIA

La metodología ha sido cuantitativa y cualitativa. Cuantitativa en cuanto se pretendía considerar elementos agrupables en categorías y poder estudiar sus dimensiones a través de comparaciones porcentuales. Los aspectos cualitativos, recogidos a través de entrevistas, permiten un mayor conocimiento y análisis de la realidad estudiada.

PROCEDIMIENTO:

Como ya se ha dicho, el objetivo del presente trabajo se centra en el conocimiento de las funciones y actividades de los trabajadores sociales. Ya que este, sin embargo se realiza en el marco de un centro y dispositivo específico, se ha considerado imprescindible conocer las características principales de dichos centros de salud mental (CSM) o unidades de salud mental (USM). Para ello se preparó un cuestionario que permitiera recoger información sobre los CSM y USM relativos a las dimensiones antes mencionadas (apartado 2).

Este cuestionario, junto con una hoja explicativa que facilitaba su cumplimentación y una carta de presentación dirigida al Trabajador Social de cada dispositivo, se envió por correo (Anexo 1). Pasados quince días se intentó concertar por teléfono, una entrevista con el trabajador social.

La entrevista, planteada de forma abierta y semidirigida, pretendía explorar las dimensiones presentadas en el apartado 2. Posteriormente la información recogida se registraba por un lado en una plantilla, a fin de facilitar la labor cuantitativa y por otro lado se registraba, mediante un procesador de textos, el

contenido de la entrevista a fin de poder analizar aspectos cualitativos del trabajo social de los profesionales entrevistados. La plantilla está basada, aunque con diversas modificaciones en la elaborada por Teresa Rossell, Manel Salamero y Nuria Pellegero en 1991.

DESCRIPCION DEL CUESTIONARIO PARA LOS CENTROS DE SALUD MENTAL

- Datos de identificación (variables 1-7)

Incluye la denominación del dispositivo así como la dirección y teléfono. Esta información permite organizar la investigación y establecer también criterios territoriales, variable de la que puede estudiarse su correlación con otras del estudio.

- Titularidad (variable 8)

Permite considerar diferencias o semejanzas entre centros y equipos, influidos por la orientación y experiencia de las instituciones que ostentan la titularidad de los dispositivos.

- Año de creación del centro (variable 9)

Se ha considerado tres periodos en función de la evolución política del país y también de la de la propia red psiquiátrica estudiada. Se pretende estudiar la posible influencia del proceso histórico de los dispositivos respecto al de otras variables de la investigación.

- Horario de atención al público (variable 10)

Con esta variable se pretende conocer la cobertura temporal de atención a los usuarios de los distintos centros de salud mental.

- Tiempo de dedicación del equipo (variable 11)

Se estudia si la dedicación del equipo se centra

exclusivamente en el propio centro de salud mental o bien si comparte sus actividades con las de otro centro o dispositivo.

- **Plantilla profesional (variables 12 y 13)**

Permite estudiar la composición y número de profesionales de los distintos equipos de salud mental así como si la cobertura profesional es la adecuada en función de los ratios asistenciales existentes.

- **Evolución en la composición de los equipos (variable 14)**

Intenta conocer los cambios producidos respecto a la composición de los equipos así como la evolución respecto al incremento o disminución en el número y tipo de profesionales.

- **Orientación principal de los miembros del equipo (variable 15)**

Con esta pregunta se pretende conocer el marco teórico preferente al cual se adscribe la mayoría de los miembros del equipo, así como su posible influencia en el tipo de trabajo desarrollado por los profesionales.

- **Relaciones con otros dispositivos sanitarios (variables 16-23)**

Estas variables pretenden conocer el tipo de relaciones y contactos que, desde el centro de salud mental, se mantienen tanto con los psiquiatras de zona de la seguridad social, como con los equipos y profesionales de las áreas básicas de salud y los de los hospitales generales de referencia. Se pretende conocer también el tipo de profesionales con quienes se mantiene el contacto.

TEMPORIZACION:

El proyecto de investigación se elaboró en septiembre de 1994. El trabajo de campo se llevó a cabo entre los meses de noviembre del mismo año y junio de 1995. La explotación de resultados se ha realizado durante el curso 1995-1996.

LA MUESTRA:

En septiembre de 1994 existían 39 dispositivos de atención primaria en salud mental en la provincia de Barcelona (Centros de Salud Mental y Unidades de Salud Mental), en los que desarrollaban sus actividades un total de 42 trabajadores sociales.

El planteamiento inicial fue poder entrevistar a la totalidad de estos profesionales, sin embargo, debido a dificultades de conexión con los diversos trabajadores sociales, así como de organización y coordinación de agendas entre las investigadoras y profesionales de los dispositivos de salud mental, se ha logrado entrevistar a 35 trabajadores sociales, lo cual supone el 83,3% de la población.

- Los Centros o Unidades de Salud Mental que conforman la muestra:

n = 32 (el 82 % de la población)

Sectorización:

- 8 de la Región Sanitaria Costa de Ponent, que incluye para la atención primaria en salud mental los siguientes dispositivos:

- . CSM de Igualada
- . CSM del Alt Penedés
- . CSM del Garraf
- . CSM del Prat
- . CSM de Sant Boi
- . CSM de l'Hospitalet
- . USM de L'Hospitalet
- . CSM de Martorell

- 3 de la Región Sanitaria Barcelones Nord i Maresma, con los siguientes dispositivos:

- . CSM de Mataró
- . CSM del Maresme Mord
- . CSM de Santa Coloma de Gramanet

- 9 de la Región Sanitaria Centre, con los siguientes dispositivos:

- . CSM del Bergadà
- . CSM de Cerdanyola
- . USM de Ciutat Badia (Barberà del Vallès)
- . CSM del Valles Oriental
- . CSM de Osona
- . CSM de Rubí
- . 2 CSM de Sabadell (I i II)
- . CSM de Terrassa

- 12 de la Región Sanitaria de Barcelona, con los siguientes dispositivos:

- . CSM de Ciutat Vella
- . CSM de l'Esquerra de l'Eixample
- . CSM de la Dereta de l'Eixample
- . CSM de Sants Montjuic
- . CSM Les Corts

- . CSM de Sarrià-St. Gervasi
- . CSM de Horta-Guinardó
- . CSM de Nou Barris
- . CSM de Sant Andreu
- . CSM de Sant Martí
- . USM La Verneda-La Pau
- . USM La Mina

- Los Trabajadores Sociales que conforman la muestra:

n = 35 (el 83,3 % de la población).

La relación de asistentes sociales entrevistadas es la siguiente:

- . Acosta, Nora (CSM Rubí)
- . Alegre, Rosa M^a (CSM Sarrià-Sant Gervasi)
- . Benito, Assumpta (CSM Cerdanyola-Ripollet)
- . Biarnés, Victoria (CSM Bergadà)
- . Brisé, Elena (USM La Verneda-La Pau)
- . Caba, Roser (CSM Sant Martí)
- . Casacuberta, Pilar (CSM Ciutat Vella)
- . Clariana, Elvira (CSM Garraf)
- . Cué, Paz (CSM Martorell)
- . Felipe, Teresa (CSM Igualada)
- . Fernández, María Jesús (CSM Alt Penedes)
- . Fernández, Maria (CSM Mataró)
- . Ferreiro, Joana (CSM Sabadell I i II)
- . García, Teresa (USM La Mina)
- . García, Marisa (CSM Sants-Montjuic)
- . Gelpí, Agata (CSM Vallès Oriental)
- . Gonzalo, Nel.la (CSM Osona)
- . Guillén, Angels (CSM Horta-Guinardó)
- . Martín, José Antonio (CSM Sant Andreu)
- . Martínez, Francesc (CSM El Prat)
- . Mirones, Isabel (CSM Nou Barris)
- . Moyés, Elena (CSM Maresme Nord)

- . Moreno, Susana (USM Badia)
- . Navarro, Carme (CSM Esquerra de l'Eixample)
- . Olivas, Adolfina (CSM Santa Coloma de Gramanet)
- . Ollé, Cristina (CSM Horta-Guinardó)
- . Paez, Cristina (CSM Sants-Montjuic)
- . Parra, Belén (CSM Les Corts)
- . Pérez, Gloria (CSM Sant Boi)
- . Salvador, Pilar (CSM de Terrassa)
- . Serrano, Carme (CSM l'Hospitalet)
- . Sucarrats, Rosa (CSM de Terrassa)
- . Ureña, Tina (CSM Dereta de l'Eixample)
- . Valero, Angels (CSM Sant Andreu)
- . Zouain, Ivonne (USM l'Hospitalet)

4 . - RESULTADOS RESPECTO AL OBJETO DE ESTUDIO

LOS CENTROS DE SALUD MENTAL

TITULARIDAD

Tal como puede observarse en la tabla n° 1, 18 centros (el 56,3%) dependen de la iniciativa privada, 10 centros (31,3%) son de titularidad pública (6 dependen de diversos ayuntamientos y 4 del Institut Català de la Salut) y finalmente otros 4 centros (el 12,5%) dependen de entidades mixtas (Patronato o Consorcio).

Tabla 1. Titularidad

TITULARIDAD	N°	%
Municipal	6	18,8
I.C.S.	4	12,5
Patronato o Consorcio	4	12,5
Privada	18	56,3
TOTAL	32	100,0

La tabla n° 2 presenta la relación de Centros de Salud Mental (CSM) y Unidades de Salud Mental (USM) según la titularidad de los mismos. Respecto a las entidades privadas, la Orden Hospitalaria del Sagrado Corazón de Jesús es la que ostenta un mayor número de centros (4), seguida por la Obra Hospitalaria de San Juan de Dios, el Instituto Pere Mata de Reus y la Asociación Centro de Higiene Mental de Les Corts, cada una de ellas con dos centros. Respecto a las entidades de titularidad mixta, tan sólo el Consorcio Hospitalario del Parc Taulí en Sabadell, dispone de dos centros de salud mental. Respecto a la titularidad pública,

el máximo propietario es el Instituto Catalán de la Salud con 4 dispositivos; otros 5 ayuntamientos ostentan la titularidad de otros tantos CSM.

Tabla 2. Entidades que ostentan la titularidad de los CSM y USM

TITULARIDAD	ENTIDAD	CSM, USM
Privada	- Fundación Sanitaria de Igualada, Hospital General	- CSM de Igualada
	- Institut Pere Mata	- CSM Alt Penedes - CSM del Garraf
	- Hnas. Hospitalarias del Sdo. Corazón de Jesús	- CSM de St. Boi - CSM de l'Hospitalet del Ll. - CSM de Martorell - CSM del Bergadà
	- Comunidad Terapeutica de Malgrat, Sdad. Cooperativa	- CSM Maresme Nord
	- Fundación Privada Centre Mèdic	- CSM de Osona
	- Fundació Hospital St. Pere Claver:	- CSM Sants-Montjuic
	- Sant Joan de Deu, Serveis de Salut Mental (Obra Hospitalaria de San Juan de Dios):	- CSM Ciutat Vella - CSM Cerdanyola
	- Centre Psicoterapia Barcelona, Servei Salut Mental, S.A.	- CSM Dreta de l'Eixample
	- Associació Centre d'Higiene Mental Les Corts:	- CSM Les Corts - CSM Sarrià/St. Gervasi
	- Associació de Salut Mental:	- CSM Horta/Guinardó
	- Associació Centre d'Higiene Mental Nou Barris	- CSM Nou Barris
	- Fundació Vidal i Barraquer:	- CSM Sant Andreu



Mixta (Patronato o Consorcio)	<ul style="list-style-type: none"> - Serveis de Prevenció, Assistencials i Socio-Sanitaris (PASS) - Consorci Hospitalari del Parc Taulí - Consorci Hospitalari Hospital Clínic de Barcelona 	<ul style="list-style-type: none"> - CSM de Mataró - CSM Sabadell I. - CSM Sabadell II. - CSM Esquerra de l'Eixample
Pública	<ul style="list-style-type: none"> - Institut Català de la Salut (ICS) - Ayuntamiento del Prat del Llobregat - Ayuntamiento de Sta. Coloma de Gramanet - Ayuntamiento de Granollers - Ayuntamiento de Rubí - Ayuntamiento de Terrassa, IMSAV - Ayuntamiento de Barcelona, IMASS 	<ul style="list-style-type: none"> - USM de l'Hospitalet del Ll. - USM Badia - USM Vermeda-La Pau - USM La Mina - CSM Baix Sud - CSM Sta. Coloma - CSM del Vallés Oriental - CSM Rubí - CSM Terrassa - CSM Sant Martí

AÑO DE CREACION DE LOS CSM-USM

Algunos de los actuales CSM inician su existencia con anterioridad a la creación de la red psiquiátrica de la Diputación Provincial. Durante el largo periodo franquista que se caracterizó por la asunción de competencias en materia psiquiátrica por parte de las diputaciones provinciales y la existencia de la neuropsiquiatras de zona de la seguridad social, la asistencia psiquiátrica se centraba fundamentalmente en los hospitales psiquiátricos, desde una perspectiva claramente manicomial. La muerte del dictador y los movimientos de reforma sanitaria desarrollados durante el último periodo de la vida de aquel, permitieron la creación de nuevos dispositivos de tipo

ambulatorio, algunos de los cuales, como el Centro de Higiene Mental de Les Corts (actual CSM) inicia su andadura el mismo año 1975.

Como se observa en la tabla nº 3, 9 centros (el 28,1%) se crean en el periodo inmediatamente posterior a la muerte de Franco. La titularidad de los mismos es muy diversa (Instituto Pere Mata, Ordenes religiosas, Ayuntamientos y Asociaciones de profesionales). Cabe suponer por tanto que también debían existir perspectivas e intereses socio-económicos y asistenciales distintos. En cualquier caso, son los pioneros en la línea de la creación de centros ambulatorios para la atención a la salud mental, que rompen el modelo hospitalario-manicomial, practicamente el único existente hasta entonces, si exceptuamos como ya se ha dicho, las consultas del neuropsiquiatría de zona de la seguridad social.

Tabla 3. Año de creación

AÑO	Nº	%
1975-1981	9	28,1
1981-1991	19	59,4
Posterior a 1991	4	12,5
TOTAL	32	100,0

Otros 19 centros (el 59,4%) se crearon entre 1981 y 1991, periodo de implantación y desarrollo, en sus diversas fases de la red psiquiátrica de la Diputación Provincial de Barcelona.

Otros 4 centros (el 12,5%) se crean después de 1991 y antes de junio de 1995, época en que se realizó el presente estudio de campo. No puede afirmarse que el periodo de implantación y desarrollo de los CSM estuviera terminado en aquella fecha, ya que con posterioridad se han abierto otros centros (por ejemplo en la ciudad de Barcelona, en los barrios de Sants, Nou Barris y Horta). El periodo entre 1991-1995 corresponde al de la

asunción de competencias en salud mental por parte del Servei Català de la Salut que con diversas medidas se plantea implementar la antigua red psiquiátrica de las Diputaciones.

HORARIO DE ATENCION AL PUBLICO

La totalidad de CSM y USM atienden al público de lunes a viernes. La mayoría de ellos lo hacen en horario de mañana y tarde, aunque 6 centros (el 18,8%) manifiestan ofrecer tan sólo horario de mañana para la atención al público general, aunque algunos clínicos realicen entrevistas concertadas en horario de tarde. La tabla nº 4 muestra como 26 centros (el 81,3%) atienden al público en horario de mañana y tarde. 14 centros (el 43,8%) trabajan cada día hasta las 5 y media de la tarde; 7 centros (el 21,9%) trabajan hasta las 6 de la tarde aunque uno de ellos lo hace tan sólo dos días por semana; 2 centros (el 6,3%) trabajan hasta las 19 horas y 3 (el 9,4%) hasta las 20 horas, aunque uno de ellos trabaja 2 días hasta las 18 horas y tres días hasta las 20 horas.

Tabla 4. Horario de atención al público

HORARIO	Nº	%
Unicamente por la mañana	6	18,8
Mañana y tarde hasta las 17,30	14	43,8
Mañana y tarde hasta las 18 h.	7	21,9
Mañana y tarde hasta las 19 h.	2	6,3
Mañana y tarde hasta las 20 h.	3	9,4
TOTAL	32	100,0

DEDICACION DEL EQUIPO ASISTENCIAL

La mayoría de los equipos trabajan de forma exclusiva para los CSM y USM. La tabla n° 5 muestra como 25 equipos (el 78,1%), se encuentran en esta situación. Debe tenerse en cuenta sin embargo, que en cinco de ellos, uno o dos profesionales (asistente social y enfermero) comparten actividades con otros dispositivos de la propia red asistencial. En tres de estos servicios los profesionales trabajan también en el Centro de Día que depende del propio C.S.M. (CSM Dreta de l'Eixample, CSM del Vallés Oriental y CSM de Terrassa). En dos dispositivos asistente social y enfermera trabajan también en otros servicios de la misma institución (CSM Rubí la asistente social y CSM de Igualada, la asistente social y la enfermera).

Otros 6 Equipos (el 18,8%) comparten actividades con otros dispositivos de la red psiquiátrica, debido a que el Centro de Salud Mental depende de entidades que tienen otros servicios y dispositivos sanitarios y psiquiátricos.

Tabla 5. Dedicación del Equipo asistencial

TIPO DE DEDICACION	N°	%
Completa al Centro S.M.	25	78,1
Comparte actividades con otro dispositivo	6	18,8
No contesta	1	3,1
TOTAL	32	100,0

PLANTILLA PROFESIONAL

El equipo básico de salud mental de los CSM y USM está compuesto por médicos-psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales y enfermeros, además del soporte administrativo. Las tablas siguientes (tablas n° 6-10) reflejan la relación total de profesionales en los distintos centros, así como la relación de profesionales de las distintas disciplinas. Como puede

observarse, su número varía considerablemente según dispositivos. Ello sin duda tiene que ver con la dedicación total o parcial de los profesionales y también posiblemente con las características de la población asistida.

La tabla nº 6 muestra la diversidad en cuanto al número de profesionales. 24 Centros (el 75,0%) tienen entre 5 y 9 profesionales, mientras que los 7 restantes (el 21,9%) tienen entre 10 y 14 profesionales. De estos 7 centros, 5 tienen titularidad privada (CSM d'Osona, CSM St. Andreu, CSM Nou Barris, CSM d'Horta-Guinardó y CSM de l'Hospitalet) y dos titularidad pública del Institut Català de la Salut (USM de l'Hospitalet y USM La Verneda-La Pau).

Debe advertirse que en el caso de los dos Centros de SM de Sabadell, al no estar todavía diferenciados los dos equipos en el momento de realizar el estudio de campo, tan sólo disponíamos de un número global de profesionales que hemos distribuido al 50% en todos los casos.

Tabla 6. Plantilla profesional

Nº TOTAL PROFESIONALES	Nº CENTROS	%
5	4	12,5
6	8	25,0
7	5	15,6
8	4	12,5
9	3	9,4
10	1	3,1
11	2	6,3
12	1	3,1
13	2	6,3
14	1	3,1
No Contesta	1	3,1
TOTAL	32	100,0

La tabla n° 7 presenta el número de trabajadores sociales por centro. 28 de ellos (el 87,5%) tienen 1 trabajador social, mientras que 4 centros (el 12,5%) tienen dos. Debe advertirse que la dedicación horaria de estos profesionales es diferente según centros, oscilando entre las 20 y las 40 horas semanales.

Tabla 7. Trabajadores sociales por centro

PROFESIONALES	N° CENTROS	%
1 Asistente Social	28	87,5
2 Asistentes Sociales	4	12,5
TOTAL	32	100,0

Respecto a los médicos psiquiatras, la tabla n° 8 presenta la relación de psiquiatras por centro. Como puede observarse, 23 Centros (el 71,9%) tienen un mínimo de 2 y un máximo de 4 psiquiatras. 2 centros (el 6,3%) tienen tan sólo un psiquiatra (Ciutat Badía y la Mina), 3 centros (el 9,4%) 5 psiquiatras (CSM Sabadell, USM de l'Hospitalet y CSM Sant Andreu) y otros 3 centros (el 9,4%) 6 psiquiatras (CSM de l'Hospitalet, CSM Nou Barris y CSM Horta-Guinardó). De nuevo debe recordarse que las dedicaciones horarias de estos profesionales suelen ser muy diversas, oscilando entre unas pocas horas a la semana hasta dedicaciones completas.

Tabla 8. Psiquiatras por centro

PROFESIONALES	N° CENTROS	%
1 Psiquiatra	2	6,3
2 Psiquiatras	6	18,8
3 Psiquiatras	12	37,5
4 Psiquiatras	5	15,6
5 Psiquiatras	3	9,4
6 Psiquiatras	3	9,4
No contesta	1	3,1
TOTAL	32	100,0

La tabla n° 9 presenta el número de psicólogos por centro. El mínimo se sitúa en un psicólogo por equipo, lo que ocurre en 14 centros (el 43,8%), siendo el máximo de 3 psicólogos en 4 centros (el 9,4%). Al igual que en casos anteriores, las dedicaciones horarias de estos profesionales suelen ser muy diversas y en algunos casos, aún teniendo dedicación completa a la institución comparten sus actividades con las de otro dispositivo.

Tabla 9. Psicólogos por centro

PROFESIONALES	N° CENTROS	%
1 Psicólogo	14	43,8
2 Psicólogos	13	40,6
3 Psicólogos	4	9,4
No contesta	1	3,1
TOTAL	32	100,0

Respecto a los enfermeros y tal como muestra la tabla n° 10, destaca la existencia de 8 centros (25,0%) que no disponen de personal de enfermería; 6 de estos centros son de titularidad privada (Sants- Monjuich, Les Corts, St. Andreu, Alt Penedés, Garraf y Martorell) y 2 de dependencia pública (Rubí y Esquerra de l'Eixample-Hospital Clínic). La mayoría de centros (el 62,5%) tienen un profesional de enfermería. El CSM de l'Hospitalet (dependencia privada) y la USM La Verneda-La Pau (dependiente del ICS) cuentan con dos profesionales. El máximo número de enfermeros se sitúa en 3 en el caso de la Unidad de Salud Mental de l'Hospitalet, dependiente del ICS. La dedicación horaria de estos profesionales oscila entre las 30 y las 40 horas semanales.

Tabla 10. Enfermeros por centro.

PROFESIONALES	Nº CENTROS	%
Sin Enfermero	8	25,0
1 Enfermero	20	62,5
2 Enfermeros	2	6,3
3 Enfermeros	1	3,1
No contesta	1	3,1
TOTAL	32	100,0

En el presente apartado, además del número y tipología de profesionales, se preguntaba en el cuestionario enviado a los centros a través del trabajador social, respecto a las necesidades profesionales no cubiertas de acuerdo con los ratios. Sin embargo, algunas respuestas parecen expresar necesidades más acordes con criterios del propio centro o equipo que con las de los ratios existentes. Esto parece especialmente evidente en el caso del personal de enfermería ya que de los 8 centros que no disponen de enfermero (ver tabla 10), 5 de ellos no expresan en este ítem la necesidad del mismo. A ello debe añadirse que siendo los enfermeros los que tienen un promedio de personal por centro más bajo (0,87), su necesidad es expresada en menor proporción que la de los otros profesionales, tan sólo en 10 ocasiones: tabla nº 11.

La carencia de psiquiatras y psicólogos se deja sentir por igual, en 13 ocasiones (el 40,6% de los centros) se expresa la necesidad de ampliación horaria de estos profesionales.

7 centros (el 21,9%) señalan carencias en cada uno de los grupos profesionales: Les Corts, Sarrià-St.Gervasi, St. Martí, Horta-Guinardó, Vallés Oriental, Igualada y Martorell. Por el contrario, 10 centros (el 31,3%) expresan tener cubiertas las necesidades profesionales de forma adecuada.

Tabla 11. Dedicaciones profesionales no cubiertas.

HORAS / PROFESIONAL	Nº CENTROS	% s/32
Faltan horas de Psiquiatra	13	40,6
Faltan horas de Psicólogo	13	40,6
Faltan horas de As. Social	12	37,5
Faltan horas de Enfermero	10	31,3
Faltan horas de Administrat.	14	43,8
Dedicación prof. adecuada	10	31,3
No contesta	4	12,5

PRINCIPAL MARCO TEORICO DEL EQUIPO.

Esta variable presenta el marco teórico preferente al cual se adscribe la mayoría de los miembros del equipo. No excluye la existencia de profesionales con otros marcos teóricos. En algunos casos se advierte la existencia de modificaciones en función de los cambios de personal.

Tabla 12. Principal marco teórico del equipo asistencial.

MARCO TEORICO	Nº CENTROS	%
Médico	4	12,5
Cognitivo-Conductual	1	3,1
Psicoanalítico	15	46,9
Ecléctico	12	37,5
TOTAL	32	100,0

La tabla nº 12 muestra como el mayor número de centros, 15 (el 46,9%) se adscriben a un marco teórico psicoanalítico, en sus diferentes modalidades; el segundo lugar lo ocupa una orientación

ecléctica (12 centros: 37,5%). Los 5 centros restantes se distribuyen entre el modelo médico (4: el 12,5%) y el cognitivo-conductual (1: 3,1%).

Respecto a los 15 centros cuyo marco teórico dominante es el psicoanalítico, 8 (el 25,0%) están en la ciudad de Barcelona, lo que representa el 66,7% del total de CSM en la ciudad, mientras que los 7 restantes (el 21,9%) están fuera de la ciudad (L'Hospitalet, St. Adrià, Sta. Coloma, Rubí, Sabadell I y II y Granollers. Respecto a la dependencia pública o privada de estos centros la distribución es homogénea: 7 son de dependencia privada y 8 pública.

RELACIONES CON OTROS DISPOSITIVOS SANITARIOS

Se presenta a continuación el tipo de relaciones y contactos que mantienen los equipos de los CSM y USM con distintos dispositivos sanitarios como son los psiquiatras de zona de la seguridad social, los servicios médicos generalistas de las áreas básicas de salud y los de los hospitales generales de referencia.

En la mayoría de zonas de actuación de los CSM coexiste una doble red de atención psiquiátrica ambulatoria: la propia y tradicional de la seguridad social (en Catalunya, dependiente del I.C.S.) cubierta por los antiguos neuropsiquiatras de zona (recientemente psiquiatría y neurología se han configurado como dos especialidades diferentes en la seguridad social) y la antigua red de la Diputación Provincial.

Tabla 13. ¿Existe el psiquiatra de zona de la seguridad social?

NEUROPSIQUIATRIA DE ZONA	Nº CENTROS	%
Sí	26	81,3
No	5	15,6
No contesta	1	3,1
TOTAL	32	100,0

Como puede apreciarse en la tabla nº 13, en tan sólo cinco ámbitos de actuación de los CSM la psiquiatría de zona ya ha desaparecido, integrando sus funciones los CSM correspondientes. Ello ocurre en el caso del CSM de l'Hospitalet, Ciutat Vella y Nou Barris, mientras que por las propias características de los CSM dependientes del ICS: La Verneda-La Pau y la Mina han venido asumiendo las funciones de la antigua neuropsiquiatría de zona desde sus orígenes, e igual ocurre aunque de forma parcial en el caso de la Unidad de Salud Mental de l'Hospitalet. En algunos CSM en el momento de realizar el estudio de campo (por ejemplo en el caso de Les Corts), se estaba produciendo parcialmente la incorporación de funciones tradicionalmente asumidas por la psiquiatría de zona: recetas, partes de incapacidad laboral, etc. así como la incorporación de profesionales provenientes de ambulatorios de la seguridad social. En el caso de Cerdanyola, la absorción de funciones por parte del CSM respecto a la psiquiatría de zona debía producirse en el periodo inmediatamente posterior al del actual estudio de campo, por lo que en estos momentos debe suponerse que la integración ya se ha realizado.

Respecto al tipo de contacto que se mantiene con el psiquiatra de zona, la tabla nº 14 muestra como tan solo un centro afirma no mantener contacto alguno, mientras que 12 centros (el 37,5%) realizan interconsultas de forma regular o esporádica.

Tabla 14. Relaciones del CSM/USM con el Psiquiatra de Zona del Institut Català de la Salut.

RELACION	Nº CENTROS	% s/32
No mantienen contacto	1	3,1
Interconsulta periódica	3	9,4
Interconsulta esporádica	9	28,1
Derivac. del NPQ al CSM	20	62,5
Derivac. del CSM al NPQ	11	34,4
Trámites del CSM al NPQ	12	37,5
Otras posibilidades	2	6,3
No contesta	1	3,1

La derivación de pacientes del psiquiatra de zona al centro de salud mental se manifiesta prácticamente el doble de veces que en la situación inversa (del 62,5% al 34,4%). Destaca sin embargo que tan sólo 12 centros de salud mental afirman mantener relación con el psiquiatra de zona por razones de trámites obligados en relación a las tareas asistenciales y por las que explícitamente se preguntaba en el cuestionario: recetas, altas y bajas, petición de exploraciones médicas complementarias (analíticas, TAC, EEG...). El reducido número de respuestas puede sugerir un error de exposición e interpretación del cuestionario, pero también puede indicar la dificultad de asumir de forma integrada aspectos de una relación asistencial, históricamente disociada, en la que los aspectos más burocráticos o administrativos no forman parte de la conciencia asistencial: el centro de salud mental como tal no mantiene relación con el psiquiatra de zona y el equipo casi disocia esta actividad que correrá a cargo del paciente: este con las recetas del psiquiatra del CSM en la mano irá al ambulatorio a pedir las recetas al especialista, pero ello, dado su valor burocrático-administrativo, no se integrará como una "relación asistencial".

Las relaciones con los equipos básicos de salud y los médicos generalistas del modelo tradicional ambulatorio de la seguridad

social queda condicionada por la existencia y tradición de unos y otros, además de las propias características de los equipos de los CSM y USM.

En la mayoría de áreas de actuación de los CSM (el 84,4%) ya existen los Equipos Básicos de Salud que desarrollan sus funciones de acuerdo con el modelo de reforma de la atención primaria sanitaria (ver tabla n° 15). Hay que advertir sin embargo que en diversas zonas, la reforma es tan sólo parcial por lo que coexisten las formas tradicionales de atención ambulatoria (con dedicación parcial de los médicos) con los nuevos equipos de salud.

Tabla 15. Existencia del Equipo Básico de Salud

EQUIPO BASICO DE SALUD	N°	%
Existe en la zona	27	84,4
No existe en la zona	4	12,5
No contesta	1	3,1
TOTAL	32	100,0

Respecto al tipo de relaciones que se mantiene tanto con los equipos básicos de salud como con los médicos de cabecera de los ambulatorios tradicionales, la tabla n° 16 presenta dichas relaciones.

Tabla 16. Relaciones del CSM/USM con la atención primaria sanitaria (modelo tradicional y reformado)

TIPO DE RELACION	Nº	% s/32
No mantienen relación	1	3,1
Interconsulta periódica	19	59,4
Interconsulta esporádica	11	34,4
Derivaciones de APS al CSM	28	87,5
Derivaciones del CSM al APS	24	75,0
Trámites del CSM al APS	19	59,4
Formación conjunta	19	59,4
Otras posibilidades	6	18,8
No contesta	1	3,1

Como puede observarse, tan sólo un CSM dice no mantener contacto alguno con la atención primaria sanitaria. De los 30 centros que dicen mantener relaciones periódicas o esporádicas, 25 (el 78,1%) lo hacen de forma esporádica, mientras que otros 5 (el 15,6%) manifiestan mantener ambos tipos de relación: periódica y también esporádica, en función de las necesidades asistenciales.

En el apartado de "Otras Posibilidades" de relación las respuestas especifican que se trata de reuniones de coordinación. Estos resultados pudieran sumarse a los de interconsulta según fuera el contenido de estas reuniones.

La mayoría de CSM reciben pacientes de la APS (el 87,5%) y también derivan a ella (el 75,0%). 19 CSM (el 59,4%) responden afirmativamente al apartado de trámites, en el que se preguntaba respecto al envío de pacientes del CSM al CAP sanitario por motivo de recetas, altas y bajas, analíticas, etc. Posiblemente esta respuesta matiza la de la tabla 17 respecto a las relaciones con la psiquiatría de zona.

Casi un 60 por ciento de los CSM realizan algún tipo de formación conjunta con profesionales de la atención primaria sanitaria.

Respecto a los profesionales de la atención primaria sanitaria con quienes se mantiene contacto, la tabla n° 17 presenta el grupo profesional al que pertenecen. Para valorar adecuadamente las respuestas obtenidas, debe advertirse que dada la coexistencia de los dos modelos de atención primaria sanitaria (reformada y tradicional) en el ámbito territorial de actuación de los CSM/USM, las respuestas resultan ambiguas. No puede afirmarse que el tipo de relaciones de los profesionales del CSM sea igual o similar con los distintos dispositivos sanitarios que existen en su ámbito territorial.

Tabla 17. Profesionales de la atención primaria sanitaria (APS) con quienes se mantiene relación.

PROFESIONALES	N° CENTROS	% s/32
Conjunto del Equipo	16	50,0
Sólo con los médicos	6	18,8
Médicos y enfermería	1	3,1
Médicos y asistente soc.	4	12,5
Sólo con asistente soc.	1	3,1
No contesta	4	12,5
TOTAL	32	100,0

El 50% de los CSM mantienen relación con el conjunto del equipo de la atención primaria en salud. Ello suele coincidir con las zonas en las que ya se ha iniciado la reforma de la atención primaria sanitaria. Donde no existen todavía Equipos Básicos de Salud, las relaciones suelen darse preferentemente sólo con los médicos (en el 18,8% de los casos).

La relación del CSM con médicos y asistentes sociales de los EBS se da en el 12,5% de los casos, mientras que tan sólo en un caso la relación es exclusivamente de asistente social a asistente social. Ello es debido fundamentalmente a la reciente creación del equipo del CSM (Cerdanyola) que todavía no ha iniciado la coordinación como equipo con su homólogo generalista.

La tabla nº 18 presenta las relaciones del CSM/USM con los respectivos hospitales generales de referencia.

Tabla 18. Relaciones del CSM/USM con el Hospital General de referencia.

TIPO DE RELACION	Nº CENTROS	%
No mantienen relación	17	53,1
Mantienen relaciones	15	46,9
TOTAL	32	100,0

Se observa que casi el 50% de los CSM mantienen algún tipo de relación con el o los Hospitales Generales de referencia. El tipo de relación varía sustancialmente según sea la ubicación del CSM. En aquellos casos en que están situados en las propias instalaciones hospitalarias, la relación es más continuada y fluida. Este hecho se da prácticamente en el 50% de los casos y suele coincidir con un ámbito territorial comarcal del CSM (excepto en el caso del CSM de l'Esquerra de l'Eixample- Hospital Clínico de Barcelona).

LOS TRABAJADORES SOCIALES

En esta segunda parte de resultados, se presentan en primer lugar las dimensiones de las variables Edad, Sexo, Formación, Experiencia, Contratación, Dedicación y Antigüedad de los trabajadores sociales en los CSM y USM. En segundo lugar se presentan las funciones y actividades desarrolladas por aquellos, agrupadas en las siguientes categorías:

- asistenciales
- de trabajo en equipo
- coordinación
- formación
- investigación
- publicaciones.

Finalmente se presenta el grado de satisfacción, expresado en una escala de Licker, respecto a las diversas dimensiones del quehacer profesional.

EDAD

La media de edad de los asistentes sociales se sitúa en los 37 años. La persona más joven tiene 24 años y la de mayor edad 64. Por grupos de edad (tabla n° 19), el mayor número, 10 (28,6%), corresponde a las edades comprendidas entre los 26 y 30 años y el menor número, con un miembro, se sitúa en los grupos de entre 46-50 años y 61-65 años.

Del total de asistentes sociales, 22 (el 63%) tienen menos de 40 años, mientras que las 13 restantes (el 37%) superan esta edad.

Tabla 19. Edad.

AÑOS	AS. SOCIALES	%
20 - 25	3	8,6
26 - 30	10	28,6
31 - 35	5	14,3
36 - 40	4	11,4
41 - 45	7	20,0
46 - 50	1	2,9
51 - 55	4	11,4
56 - 60	--	--
61 - 65	1	2,9
TOTAL	35	100,0

SEXO

Tal como puede apreciarse en la tabla n° 20, la mayoría absoluta de los asistentes sociales de los CSM son mujeres: 33 (el 94,3%), mientras que tan sólo 2 son hombres lo que representan el 5,7% del total.

Tabla 20. Sexo.

	AS. SOCIALES	%
Hombre	2	5,7
Mujer	33	94,3
TOTAL	35	100,0

FORMACION

- Titulaciones académicas y orden de obtención

Permite conocer la trayectoria académica seguida por los trabajadores sociales de los CSM y USM. Como se observa en la tabla n° 21, la totalidad de los profesionales entrevistados

Tabla 21. Titulaciones académicas y orden de obtención.

TITULO	AS.SOC	%
Diplomado en Trabajo Soc.	21	60,0
1° As.Soc., 2° Dipl.T.Soc.	8	22,9
1° Otros, 2° Dipl.T. Soc.	3	8,6
1° Otros, 2° As.Soc., 3° Dipl.T.Soc.	1	2,9
1° Otros, 2° As.Soc., 3° D.T.S., 4° Licenc.	1	2,9
1° Licenciado, 2° As.Soc., 3° Dipl.T.Soc.	1	2,9
TOTAL	35	100,0

son Diplomados en Trabajo Social, aunque el recorrido hasta alcanzar esta titulación ha sido diverso. 8 profesionales (el 22,9%) realizaron en primer lugar los estudios de Asistente Social. 3 profesionales (el 8,6%), antes que los estudios de Asistente Social realizaron otros estudios: Maestría Industrial Química, Magisterio y Licenciatura en Trabajo Social en Uruguay. Finalmente otros 3 profesionales acceden a la Diplomatura en Trabajo Social tras otros estudios previos: Auxiliar de Clínica, Técnico en Radiología y 2 cursos completos de Licenciatura en Psicología.

Tan solo dos profesionales han alcanzado el grado de licenciados. Uno de ellos el antes citado de Licenciado en Trabajo Social en Uruguay, el otro profesional es Licenciado en Antropología por la Universidad de Barcelona.

Respecto a la antigüedad en la profesión (tabla n° 22), 11 trabajadores sociales (el 31,4%), terminaron sus estudios antes de 1986, número que se corresponde con los 11 profesionales que antes de la diplomatura en trabajo social obtuvieron el título de asistentes sociales. Los 24 restantes (el 68,6%) obtuvieron el título en los años posteriores. La distribución según años de finalización de los estudios es bimodal, situándose el mayor número en 1988 y 1991. Teniendo en cuenta la agrupación por décadas, la moda estadística se sitúa en los años 80 con 17 profesionales (el 48,6%), mientras que 11 profesionales (el 31,4%) terminan sus estudios en el periodo reciente de la década de los 90.

Tabla 22. Año de finalización de los estudios de trabajo social.

AÑO	AS. SOCIALES	%
1963	1	2,9
1967	1	2,9
1976	2	5,7
1978	2	5,7
1980	1	2,9
1982	1	2,9
1984	1	2,9
1985	2	5,7
1987	4	11,4
1988	5	14,3
1989	3	8,6
1990	2	5,7
1991	5	14,3
1992	4	11,4
No contesta	1	2,9
TOTAL	35	100,0

- Formación específica en salud mental

De las respuestas obtenidas a través de las entrevistas realizadas, no se puede afirmar que la formación específica en salud mental fuera previa al inicio de la práctica profesional. En numerosas ocasiones la mayor parte de la formación se ha realizado compaginando esta actividad con el ejercicio profesional en el CSM. Tan sólo dos asistentes sociales manifiestan haber realizado diversa y variada formación, al tiempo que colaboraban en diversas instituciones psiquiátricas, previamente a su entrada como profesionales en el CSM.

La tabla n° 23 muestra como casi la totalidad de los profesionales entrevistados: 33 (el 94,3%) han realizado algún tipo de formación específica en salud mental. Tan sólo 2 profesionales (el 5,7%) dicen no haber realizado ninguna formación, uno de ellos debido a la situación de provisionalidad y eventualidad en su trabajo (para cubrir la ausencia de otro profesional) y otro debido a razones personales.

Tabla 23. Formación específica en salud mental.

TIPO	AS.SOC	%s/35
No ha realizado formación específica	2	5,7
Cursos diversos breves	33	94,3
Cursos de Posgrado o Masters	15	42,9
Psicoterapia personal	3	8,6
Psicoanálisis personal	7	20,0

De aquellos que han realizado algún tipo de formación, cabe decir que todos han asistido a cursos, seminarios, jornadas, congresos, etc. de distinta duración y contenidos. La mayoría de ellos han participado también en diversos cursos y seminarios organizados desde el propio servicio o institución para el que actualmente

trabajan. Durante el periodo de realización de las entrevistas del trabajo de campo, 26 trabajadores sociales (el 74,3%) habían seguido algún tipo de curso o seminario.

*** Formación a través de seminarios, cursos, jornadas, etc. de breve duración:**

La temática es muy diversa, destacando en algunos casos el interés hacia aspectos relacionados con dinámica de grupos, familias, supervisión del trabajo social, etc. Estos cursos han sido mayoritariamente facilitados por la Diputación Provincial de Barcelona, la Coordinadora de Centros de Salud Mental, Escuelas de Verano, Colegio Profesional de Diplomados en Trabajo Social, Escuela Universitaria de Trabajo Social de Barcelona (EUTS), Instituto Católico de Estudios Sociales de Barcelona (ICESB), Colegio de Psicólogos y otras entidades.

*** Cursos de posgrado o masters:**

De mayor duración que los anteriores (entre 1 y seis años). Los temas de interés se focalizan fundamentalmente en dos: uno respecto a familias y terapia familiar y el otro respecto a conceptos psicoanalíticos y de análisis transaccional.

De entre ellos, y por lo que respecta a la temática familiar, se han referido a los siguientes cursos e instituciones:

- Cursos de Terapia Familiar (dos años) del Hospital de San Pablo de Barcelona: 1 asistente social.
- Curso (33 horas) de Terapia Familiar del Dr. Cabrero: 1 asistente social.
- Curso de Terapia Familiar (2 años) de José M^a Franco: 2 asistentes sociales.
- Curso de Terapia Familiar (2 años) del Instituto Kine: 2 asistentes sociales.

- Terapia Familiar y Relacional (2 cursos) de Tarragona: 1 asistente social.
- Terapia Familiar y Relacional (250 horas) del INTRESS: 1 asistente social.
- Master sobre Terapia Familiar Sistémica en una institución privada no especificada: 1 asistente social.
- Curso de Intervención con Familias y Terapia Familiar (dos cursos) de J. Thomas, en el Centro Emili Mira de Barcelona: 2 asistentes sociales.

Cursos sobre conceptos psicoanalíticos y de análisis transaccional. Los contenidos e instituciones son los siguientes:

- Cursos de Orientación Psicoanalítica en el CEP ????? (entre uno y 6 años): 2 asistentes sociales.
- Curso sobre Teoría Psicoanalítica (1 año) de la Fundación Espasa del C.P.B. (Centro Psicoterapia Barcelona): 1 asistente social.
- Seminario de Lecturas de Freud (varios años), de organización particular: 1 asistente social
- Seminario de Lecturas de Freud (1 curso): 1 asistente social.
- Psicología Fundamental (3 cursos) de la Fundación Vidal y Barraquer de Barcelona: 1 asistente social.
- Master sobre Salud Mental (2 cursos) de la Fundación Vidal y Barraquer de Barcelona: 2 asistentes sociales que realizaron tan sólo uno de los cursos.
- Psicoterapia Grupal (4 cursos) en la Universidad de Deusto: 1 asistente social.
- Curso de Posgrado sobre Análisis y Conducción de Grupos Terapéuticos en la Universidad de Barcelona: 1 asistente social.
- Análisis Transaccional (2 cursos) del Colegio Profesional de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Catalunya: 4 asistentes sociales.

Debe advertirse que estos cursos de posgrado o masters han sido realizados por 15 asistentes sociales (el 42,9% respecto al

total) ya que en varias ocasiones un mismo profesional ha realizado dos cursos distintos.

*** Psicoterapia o psicoanálisis personal:**

Considerados también como elemento formativo, se observa como casi una tercera parte de los profesionales: 10 trabajadoras sociales (el 28,6%) están implicadas en algún proceso terapéutico propio. De ellas, una realizó y terminó en su día una psicoterapia; otras dos la están realizando actualmente; cuatro completaron un psicoanálisis y otras tres están todavía en este proceso.

*** Otras modalidades formativas:**

No debe olvidarse otro tipo de formación realizada en algunos casos por diversos asistentes sociales en el seno de la propia institución o por cuenta propia. Algunos se han referido por ejemplo a la formación que se deriva de supervisar la práctica profesional por medio de supervisores privados (en dos ocasiones), también la realización de cursos sobre epidemiología, SIDA, drogodependencias, informática, etc., así como la lectura de forma periódica o esporádica de bibliografía especializada.

- Valoración de la propia formación

En las entrevistas realizadas, se preguntó a los trabajadores sociales (respecto a los tres indicadores que recoge la tabla nº 24), la valoración personal de su formación en el ámbito de la salud mental.

Tabla 24. Valoración de la propia formación.

	ASS. SOCIAL	%
Suficiente	8	22,9
Adecuada pero necesita reciclaje	23	65,7
Insuficiente	4	11,4
TOTAL	35	100,0

La mayoría de ellos: 23 (el 65,7%) consideraron su formación adecuada, aunque con necesidades de reciclaje en en distintos aspectos. De los restantes profesionales, 8 (el 22,9%) la consideraron suficiente, sin excluir la mayoría de ellos la posibilidad de profundizar en algunos aspectos, si la oferta educativa, tiempo necesario y recursos económicos fueran adecuados a sus posibilidades. Finalmente, 4 trabajadores sociales (el 11,4%) consideraron su formación insuficiente.

Respecto a las posibles mejoras en la preparación profesional y formación, 11 trabajadores sociales (el 31,4%) consideran necesaria la supervisión específica del trabajo social que realizan, además de algún tipo de tratamiento psicoterapéutico personal. Respecto a este último, un total de 6 asistentes sociales (el 17,1%) expresan su conveniencia o necesidad.

Los temas de interés formativo se expresan mayoritariamente en dos aspectos, la teoría y conducción de grupos y la demanda de cursos de especialización en el ámbito del trabajo social en salud mental. Los temas relacionados con familias y tratamientos familiares, así como la necesidad de formación respecto a metodología de investigación e informática, ocupan el tercer lugar en orden de necesidades expresadas. Otros temas de interés manifestados se refieren a diagnósticos clínicos y psicopatología, profundización en conceptos y técnicas psicoanalíticos, así como su aplicación al trabajo social y la atención primaria en salud mental.

- Recursos formativos que brinda la institución de quien depende el CSM/USM.

Si bien esta pregunta se formuló específicamente a los trabajadores sociales entrevistados, su contenido es aplicable al conjunto de profesionales del equipo. Se complementa por tanto con lo recogido respecto al trabajo interdisciplinar (tablas 34-38).

La tabla 25 presenta como prácticamente la totalidad de los trabajadores sociales entrevistados: 34 (el 97,1%) disponen de tiempo, dentro de la jornada laboral, para realizar actividades

Tabla 25. Recursos formativos que brinda la institución.

RECURSOS FORMATIVOS	AS.SOC.	% s./35
Formación específica interna	26	74,3
Tiempo	34	97,1
Medios económicos	22	62,9
Material bibliográfico	20	57,1

formativas. Un menor número de ellos: 26 (el 74,3%) disponen también de la posibilidad de algún tipo de formación específica organizada por el propio equipo o institución para los que trabajan. Las instituciones facilitan también el pago total o parcial de cursos, seminarios, asistencia a congresos, etc. a un menor número de profesionales: 22 (el 62,9%). Finalmente, 20 trabajadores sociales (el 57,1%) manifiestan disponer de algún tipo de material bibliográfico facilitado por otros miembros del equipo o bien desde el marco institucional.

EXPERIENCIA PROFESIONAL

Se preguntaba por la experiencia profesional en ámbitos distintos al de la salud mental y en los que se hubiera trabajado con anterioridad al inicio de las actividades en el CSM/USM.

Las respuestas, tal como muestra la tabla n° 26, se distribuyen de forma bastante homogénea, ya que 15 asistentes sociales de la muestra (el 42,9%) manifiestan haberlo hecho con anterioridad en ámbitos diferentes al de la salud mental, mientras que para 20 asistentes sociales (el 57,1%) la salud mental es su primer ámbito de trabajo.

Tabla 26. ¿Ha trabajado anteriormente como asistente social en ámbitos diferentes al de la salud mental?

OTROS AMBITOS	AS.SOCIALES	%
Sí	15	42,9
No	20	57,1
TOTAL	35	100,0

Respecto a los 16 profesionales que han trabajado anteriormente, lo han hecho en 10 ámbitos distintos y en 23 ocasiones. De ello se deduce que algunas asistentes sociales han trabajado en diversos campos anteriormente. La tabla n° 27 muestra como sanidad y atención polivalente en servicios sociales son ámbitos en los que un mayor número de veces se ha ejercido profesionalmente.

Tabla 27. Ambitos en los que se ha trabajado anteriormente.

AMBITO	Nº	%s/23	%s/15
Disminuidos	2	8,7	13,3
Menores	1	4,3	6,7
Mujer	2	8,7	13,3
Drogodependencias	1	4,3	6,7
Sanidad (general)	8	34,8	53,3
Atención polival. en S.S.	4	17,4	26,7
Enseñanza	1	4,3	6,7
Justicia (penal)	2	8,7	13,3
Vivienda	1	4,3	6,7
Empresa	1	4,3	6,7
TOTAL	23	100,0	

En 8 ocasiones se ha trabajado en el ámbito sanitario, lo que representa el 34,8% respecto al total y el 53,3% respecto a las asistentes sociales que habían trabajado. En 4 ocasiones se ha trabajado en la atención polivalente en servicios sociales, lo que representa respecto al total el 17,4% y respecto a las asistentes sociales con experiencia laboral anterior el 26,7%. Respecto a los restantes ámbitos los resultados se distribuyen homogéneamente y de forma poco significativa.

Si se considera el cruce de variables entre el año de finalización de los estudios, por un lado, y por otro la experiencia laboral anterior a la incorporación al centro de salud mental (tabla nº 28), se advierte que del total de los 9 trabajadores sociales con más antigüedad en la profesión, 7 (el 20%), han trabajado anteriormente, mientras que 2 (el 5,7%), no lo han hecho. En cambio, entre los 26 profesionales de más reciente graduación (el 74,3%), tan sólo 9 (el 25,7%), han trabajado anteriormente y lo han hecho en ámbitos distintos al de la salud mental, mientras que para los restantes 17 (el

48,6%), el centro de salud mental es su primera experiencia laboral

Tabla 28. Finalización de los estudios de T.S. y experiencia laboral.

AÑO FINALIZACION	EXPERIENCIA LABORAL	SIN EXPERIENC. LABORAL	TOTAL
1963-1982	7 (20,0%)	2 (5,7 %)	9 (25,7%)
1983-1992	9 (25,7%)	17 (48,6%)	26 (74,3%)
TOTAL	16 (45,7%)	19 (54,3%)	35 (100%)

Si se consideran las prácticas de los estudios de trabajo social como una modalidadseudoprofesional, de las 35 personas estudiadas, 14 (el 40%) realizaron sus prácticas en el ámbito de la salud mental y otras dos en otro tan cercano como el de las toxicomanías. De estas 16 personas (el 45,7%), 12 (el 34,3%), accedieron inmediatamente después de finalizar sus prácticas a un puesto de trabajo como profesionales en el ámbito de la salud mental (la mayoría de ellos se quedaron en el propio servicio o se las llamó poco después). Las 4 restantes obtuvieron plaza en el CSM tras un breve paso por otros ámbitos.

CONTRATACION Y DEDICACION

Tal como muestra la tabla nº 30, la mayoría de profesionales: 16 (el 45,7%) tienen contrato laboral indefinido con dedicación plena. En segundo lugar, 9 profesionales (el 25,7%) tienen contrato temporal, también con plena dedicación. En tercer lugar, 5 profesionales (el 14,3%) tienen contrato laboral indefinido con dedicación parcial. El cuarto lugar lo ocupan 3 profesionales (el 8,6%) con contrato laboral temporal y dedicación parcial. Finalmente 1 asistente social (el 2,9%) es funcionaria interina cubriendo una plaza de vacante en el Institut Català de la Salut

(ICS) y otra tiene un contrato de prácticas que ha renovado en diversas ocasiones.

Tabla 30. Tipo de contrato y dedicación

CONTRATO	AS.SOC.	%
Funcionario interino para cubrir vacante	1	2,9
Laboral indefinido, dedicación plena	16	45,7
Laboral indefinido, dedicación parcial	5	14,3
Laboral temporal, dedicación plena	9	25,7
Laboral temporal, dedicación parcial	3	8,6
De prácticas	1	2,9
TOTAL	35	100,0

Una mayoría de profesionales, 21 (el 60%) disponen de contrato indefinido aunque con dedicaciones diversas mientras que el 40% restante se encuentran en situación de temporalidad.

Respecto a si los trabajadores sociales comparten sus actividades en el CSM/USM con las de otro centro o servicio, la tabla n° 31 muestra como la mayoría de asistentes sociales, 26 (el 74,3%) trabajan exclusivamente para el CSM. Los 9 restantes (el 25,7%) comparten la dedicación con el trabajo en otros equipamientos o servicios.

Tabla 31. Dedicación respecto al CSM/USM.

DEDICACION	AS.SOC.	%
Trabaja exclusivamente en el CSM	26	74,3
Trabaja también en otro Centro o Servicio	9	25,7
TOTAL	35	100,0

De los 9 profesionales que trabajan también en otro centro o servicio, 5 (el 14,3%) dedican una parte de su jornada laboral (en su mayoría 5 horas semanales) al Centro de Día correspondiente al CSM. Sus funciones en el Centro de Día son diversas y oscilan entre la asistencia mensual a un grupo de familiares de pacientes, en una ocasión, y la coordinación asistencial del Centro de Día en otra.

De los 4 restantes, las situaciones son diversas: 1 profesional (el 2,9%) trabaja en dos instituciones psiquiátricas distintas, por un lado en un CSM y por otro en un Centro de Día de otra zona. Otro reparte su dedicación en tres dispositivos de la misma institución: CSM (15 horas), drogodependencias (15 horas) y atención psiquiátrica infantil (CAPIP, 6 horas). Un tercer profesional dedica 15 horas al CSM y otras 15 al Centro de Atención y Seguimiento (CAS) de drogodependencias, aportando además tiempo de forma voluntaria y desinteresada al Centro de Día. Finalmente, otro profesional comparte la dedicación parcial al CSM (10 horas semanales) con la de una residencia geriátrica dependiente de la propia institución y a la que dedica 15 horas semanales. Este mismo profesional trabaja otras 10 horas semanales en un centro privado para complementar su salario.

ANTIGÜEDAD

La media de antigüedad de los profesionales en los CSM se sitúa en los 4,7 años. Ello se corresponde con la distribución trianual de la tabla n° 32, en la que se observa que el mayor número de profesionales, 11 (el 31,4%) tienen una antigüedad entre tres y cinco años. Si se considera sin embargo, un periodo de permanencia superior a los 5 años, la mayoría de profesionales supera esta antigüedad: 13 (el 37,1%). El número de profesionales con menos de un año de permanencia en los CSM: 5 (el 14,3%) es prácticamente similar al de aquellos con antigüedad superior a los 11 años: 4 asistente sociales (el 11,4%). No existe correspondencia entre la menor antigüedad de los profesionales

con el año de creación de los CSM. De los 5 asistentes sociales con menos de un año de antigüedad, tan sólo uno trabaja en un centro inaugurado en 1994, mientras que los restantes iniciaron sus actividades a principios de la década de los 80.

Tabla 32. Antigüedad en el CSM/USM.

AÑOS	AS.SOCIALES	%
< 1	5	14,3
1 - 3	6	17,1
> 3 - 5	11	31,4
> 5 - 7	4	11,4
> 7 - 9	2	5,7
> 9 - 11	3	8,6
> 11	4	11,4
TOTAL	35	100,0

FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE LOS TRABAJADORES SOCIALES

La información recogida a través de las entrevistas respecto a las actividades desarrolladas por los trabajadores sociales, se ha agrupado en una serie de funciones genéricas: asistenciales, de trabajo en equipo, funciones relacionadas con la formación, con la investigación y finalmente las publicaciones.

- Funciones asistenciales

La tabla n° 33 muestra el conjunto de las funciones asistenciales, a través de una serie de dimensiones. Las tablas posteriores 33.A-33.G presentan los distintos subapartados en que se han agrupado las distintas categorías y que son los siguientes:

- Acogida y primeras visitas en el CSM
- Diagnóstico psicosocial y evaluación
- Intervención psicosocial individual y familiar
- Intervención grupal
- Trabajo social comunitario
- Programación
- Documentación

El comentario se va a realizar de forma pormenorizada en cada uno de los subapartados.

Tabla 33. Funciones asistenciales.

FUNCIONES	AS.SOC.	% s/35
Recepción y análisis de demandas (acogida)	24	68,6
Primeras visitas	7	20,0
Diagnóstico o valoración psicosocial	27	77,1
Evaluación de la intervención	27	77,1
Información, orientación y asesoramiento (interv.concretas)	34	97,1
Contención, soporte y tratamiento individual	32	91,4
Contención, soporte y tratamiento familiar	31	88,6
Búsqueda de servicios o recursos para inserción socio-laboral	32	91,4
Interviene con pacientes para la inserción socio-laboral	32	91,4
Interviene con familias para la inserción socio-laboral	29	82,9
Intercambio de pacientes en la red psiquiátrica	30	85,7
Supervisión y soporte a trabajadoras familiares	11	31,4
Contención, soporte y tratamiento grupal	19	54,3
Sensibilización y participación comunitarias	4	11,4
Participa en la coordinación con dispositivos o instituciones	31	88,6
Relación con el voluntariado social y grupos de acción social	5	14,3
Participa en la programación y evaluación de proyectos soc.	16	45,7
Documentación	35	100,0
Elaboración de informes sociales	25	71,4

Acogida y primeras visitas:

Tal como muestra la tabla n° 33.A, se observa una diferencia considerable entre los profesionales que realizan entrevistas de recepción y análisis de las demandas (entrevistas de acogida), y lo que se considera primeras visitas. En el primer caso, 24 profesionales (el 68,6%) realizan las entrevistas de acogida, en el segundo caso tan sólo 7 asistentes sociales (el 20%)

manifiestan realizar las primeras visitas de los pacientes en el CSM.

Tabla 33.A. Funciones asistenciales: Acogida y Primeras Visitas.

FUNCIONES	AS.SOC.	% s/35
Recepción y análisis demanda (acogida)	24	68,6
Primeras visitas	7	20,0

Las diferencias entre entrevistas de acogida y primeras visitas se refieren básicamente no tanto a su contenido sino a la responsabilidad que se confiere a los profesionales que las realizan. En ambos tipos de entrevistas y con diferencias según los equipos y la experiencia y preparación del trabajador social, éste estudia la demanda, explora los motivos de consulta, estudia la historia y situación social, antecedentes psicopatológicos, situación actual, motivación para el inicio de un tratamiento en el servicio, expectativas, etc. etc. En el caso de la entrevista de acogida, su actividad debe limitarse a la correcta anotación en la documentación de la historia y situación actual del paciente, a realizar un trabajo de contención con el mismo y a su envío al clínico correspondiente. En las primeras visitas, el trabajador social como un clínico más, debe además elaborar el diagnóstico psiquiátrico y psicosocial e indicar el tratamiento para el paciente, que puede incluir o no, su envío a otro clínico del equipo.

El escaso número de trabajadores sociales que realiza primeras visitas parece tener que ver con las recientes disposiciones por las que se rigen los CSM a partir de los convenios con el Servei Català de la Salut. En ellos se especifica que las primeras visitas corresponden exclusivamente a los profesionales clínicos, psiquiatras y psicólogos excluyendo a los asistentes sociales.

Conviene destacar que 11 trabajadores sociales (el 31,4%) no realizan ni entrevistas de acogida ni primeras visitas con

regularidad y que si ocasionalmente lo hacen es en situaciones excepcionales.

Respecto a los 24 profesionales que realizan entrevistas de acogida:

- 6 trabajadores sociales (el 17,1%) de 5 CSM, entrevistan regularmente a todo nuevo paciente que acude al servicio. De estos trabajadores sociales, algunos expresaban su deseo de dejar de realizar las entrevistas de acogida, aduciendo razones de cansancio y sobresaturación en parte debidas al incremento de la demanda y también por razón del tiempo que consideraban excesivo entre la entrevista de acogida y la primera visita con el psiquiatra o psicólogo.

- 7 trabajadores sociales (el 20%) de otros tantos CSM entrevistan tan sólo a un pequeño número de los pacientes que acuden a los mismos, bien en situaciones de urgencia o sobresaturación de psiquiatras y psicólogos, bien por ser pacientes procedentes de los servicios sociales, o bien debido a especiales características del paciente, de su demanda o de la procedencia del mismo (a través de vecinos, del teléfono de la esperanza, de medios judiciales, cuerpos de policía...).

- Otros 11 trabajadores sociales (el 31,4%), de 10 CSM, realizan algunas de las entrevistas de acogida, actividad que también es llevada a cabo por otro (u otros) profesionales del servicio, generalmente el enfermero.

De los 7 profesionales que realizan primeras visitas, 6 tienen una larga experiencia y años de práctica en el ámbito de la salud mental. El otro profesional, con menor experiencia, realiza este tipo de entrevistas por motivos de presión asistencial del servicio. En algunos casos los trabajadores sociales atienden en primera visita a los pacientes sin que prácticamente exista ningún criterio discriminativo respecto a los mismos. En otros casos, sin embargo, suelen asignarse los pacientes al trabajador

social en función de determinados criterios como son por ejemplo: personas enviadas por servicios sociales o por algún vecino o conocido del centro, personas con implicaciones policiales o judiciales, personas con planteamientos confusos en el momento de solicitar la visita y también personas en situación de urgencia psiquiátrico-social.

Diagnósticos psicosocial y evaluación:

En la tabla 33.B se observa como 27 profesionales (el 77,1%) manifiestan realizar diagnósticos o valoraciones psicosociales y formalizarlos por escrito. Los restantes (el 23%), aún afirmando elaborar su idea diagnóstica, la expresan únicamente de forma verbal si es necesario.

Tabla 33.B. Funciones asistenciales: Diagnóstico psicosocial y Evaluación.

FUNCIONES	AS.SOC.	% s/35
Diagnóstico o valoración psicosocial	27	77,1
Evaluación de la intervención	27	77,1

Respecto a la evaluación de la intervención psicosocial, nuevamente 27 profesionales (el 77,1%) manifiestan realizarla de forma regular. Lo hacen de forma individual en unos casos mientras que en otros comparten esta actividad con los restantes miembros del equipo asistencial. En algunas ocasiones (las menos) los asistentes sociales ponen el acento casi exclusivamente en la valoración del equipo. No se da una correspondencia exacta entre los 27 profesionales que formalizan diagnósticos y aquellos que manifiestan participara en la evaluación del proceso asistencial. En cuatro ocasiones, otros tantos profesionales diagnostican pero no evalúan. Ello es debido a que formalizan el diagnóstico a partir de la primera visita o de la entrevista de

acogida, pero posteriormente no tienen responsabilidad en los procesos de intervención y seguimiento de los pacientes con quienes, si intervienen, lo hacen de forma complementaria al trabajo de un terapeuta.

Intervención psicosocial individual y familiar:

Estas funciones son asumidas y llevadas a cabo por la gran mayoría de los trabajadores sociales entrevistados, con un índice ligeramente superior al 90% de la muestra: tabla nº 33.C. El 10% restante, entre 3 y 4 profesionales, no realizan intervenciones o tratamientos psicosociales. Ello es debido en unos casos a las características del propio profesional mientras que en otros destaca la reciente incorporación del profesional al CSM.

Tabla 33.C. Funciones asistenciales: Intervención psicosocial individual y familiar.

FUNCIONES	AS.SOC.	% s/35
Información, orientación y asesoramiento (interv. concretas)	34	97,1
Contención, soporte y tratamiento individual	32	91,4
Contención, soporte y tratamiento familiar	31	88,6
Búsqueda recursos inserción socio-laboral	32	91,4
Intervenc. con pacientes para inserción socio-laboral	32	91,4
Intervenc. con familias para inserción socio-laboral	29	82,9
Intercambio de pacientes en la red psiquiátrica	30	85,7
Supervisión y soporte a trabajadoras familiares	11	31,4

Por lo que respecta al indicador de "Información, orientación y asesoramiento" se considera en él las intervenciones concretas que no requieren un largo proceso de seguimiento. La totalidad de los profesionales entrevistados menos uno: 34 (el 97,1%) manifiestan realizar este tipo de actividades.

Respecto a las intervenciones de contención, soporte y tratamiento individual y/o familiar, entre el 90% y el 91,5% de los profesionales realizan este tipo de intervenciones: 32 asistentes sociales (el 91,4%) en el caso de las intervenciones con individuos y 31 (el 88,6%) en el caso de las intervenciones con familias.

Respecto a los procesos de inserción socio-laboral de los pacientes, se ha preguntado a los profesionales entrevistados si dedican una parte de su tiempo a la búsqueda de servicios o recursos y si por otro lado intervienen directamente con los pacientes y familiares para favorecer estos procesos. Como puede apreciarse en la tabla 33.C, 32 profesionales (el 91,4%) busca recursos e interviene directamente con los pacientes, existiendo una correspondencia exacta entre los profesionales de uno y otro apartado. Respecto a la intervención con familiares el número desciende ligeramente: 29 profesionales (el 82,9%).

Respecto a la intervención en los procesos de derivación de los pacientes a otros dispositivos de la red psiquiátrica, la tabla muestra que 30 profesionales (el 85,7%) participan en este proceso. La mayoría de ellos intervienen directamente en las derivaciones al Centro de Día y en menor proporción al Hospital Psiquiátrico.

26 trabajadores sociales (el 74,3%), asisten a las reuniones de coordinación del circuito psiquiátrico de su zona, en las que se intercambia información y se toman decisiones respecto a los procesos terapéuticos.

Respecto al seguimiento, supervisión y soporte de trabajadores familiares, 11 asistentes sociales (el 31,4%) la llevan a cabo según dos modalidades. La primera modalidad, en la que participan 8 asistentes sociales (el 22,9%) consiste en el apoyo, orientación y seguimiento de trabajadoras familiares (generalmente dependientes de servicios sociales municipales) que están implicadas en el cuidado de pacientes del CSM. La segunda

modalidad, llevada a cabo por 3 asistentes sociales (el 8,6%) en dos grupos diferentes, consiste en la supervisión de trabajadoras familiares de los servicios del Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS) de la zona, grupos formados por entre 17 y 20 trabajadoras familiares.

Intervención grupal:

Respecto a la contención, soporte y tratamiento llevados a cabo a partir de la intervención grupal, la tabla 33.D recuerda que 19 profesionales (el 54,3%) participaban en actividades grupales en el momento de realizar las entrevistas. Este ítem no recoge por tanto la actividad grupal desarrollada anteriormente por 3 asistentes sociales y que finalizó antes del estudio de campo. Algunos profesionales participan en actividades grupales en el Centro de Día pero estas respuestas tampoco se han recogido al centrarse el estudio en los CSM.

Tabla 33.D. Funciones asistenciales: Intervención grupal.

FUNCIÓNES	AS. SOC.	% S/35
Contención, soporte y tratamiento grupal	19	54,3

Los 31 grupos terapéuticos en los que participaban los asistentes sociales en el momento de realizarse el estudio de campo, se han agrupado en 6 categorías que son las siguientes:

- 1.- Grupos de pacientes con trastornos psicóticos (contención, socialización y ayuda mútua): 8 grupos.
- 2.- Grupos de pacientes con trastornos distímicos, mayoritariamente mujeres (contención, socialización, elaboración de duelos, reducción de medicación y ayuda mútua): 8 grupos.

3.- Grupos de pacientes con dependencia alcohólica (contención, refuerzo, socialización y ayuda mutua): 2 grupos.

4.- Grupos terapéuticos de pacientes con trastornos psicóticos (tratamiento de orientación psicoanalítica y tratamiento ocupacional): 2 grupos.

5.- Grupos de familiares de pacientes con trastornos psicóticos (contención, orientación y ayuda mutua): 10 grupos.

6.- Grupos de familiares de pacientes con drogodependencias (contención, orientación y ayuda mutua): 1 grupo.

Trabajo social comunitario:

Respecto a lo se denomina trabajo social comunitario, las cifras disminuyen considerablemente respecto a otras dimensiones. Ocurre especialmente al preguntar a los asistentes sociales si participan en actividades de sensibilización y participación comunitaria. En este caso, tan sólo 4 profesionales (el 11,4%) responden afirmativamente. Sin embargo, cuando se pregunta a los 35 trabajadores sociales entrevistados, respecto a si participan en la coordinación con profesionales de otros servicios o dispositivos del territorio, responden positivamente 31 (el 88,6%). De los 4 restantes, dos trabajadores sociales afirman no realizar ningún tipo de coordinación específica exterior; en otro caso la asistente social debido al poco tiempo que lleva en el centro, no ha iniciado todavía esta actividad, mientras que en el último caso, al existir dos asistentes sociales en un mismo CSM, las actividades de coordinación corren a cargo de uno de ellos.

Tabla 33.E. Funciones asistenciales: Trabajo social comunitario.

FUNCIONES	AS. SOCIALES	% S./35
Sensibilización y participación comunitarias	4	11,4
Participa en la coordinación con dispositivos e instituciones	31	88,6
Relación con el voluntariado soc. y grupos de acción soc.	5	14,3

Respecto al tipo de reuniones de coordinación en las que participan los trabajadores sociales, ocupa el primer lugar la antes mencionada reunión de coordinación con los dispositivos de la propia red psiquiátrica, a partir de la reunión mensual de circuito que suele celebrarse. Participan en estas reuniones 26 asistentes sociales (el 74,3%).

En segundo lugar se encuentran las reuniones de coordinación con los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP) o Unidades Básicas de Atención Social Primária (UBASP) en las que participan 22 asistente sociales (el 62,9%). Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que prácticamente la totalidad de los profesionales de trabajo social de los CSM realizan contactos con sus homólogos de SSAP o UBASP, aunque en ocasiones no lo hagan de forma regular sino cuando resulte preciso.

Existen otras reuniones de coordinación de tipo diverso y que se dan en un menor número de veces. Este es el caso de la participación en reuniones con los Equipos Básicos de Salud, con asistentes sociales de diversos equipamientos del territorio, así como la participación en las reuniones de trabajo del Grupo de Salud Mental del Colegio Profesional de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Catalunya.

El trabajo con voluntarios sociales y grupos de acción social es también reducido. 5 profesionales (el 14,3%) mantienen relaciones con grupos de voluntarios básicamente de Cruz Roja, aunque también en una ocasión con grupos parroquiales y del barrio. Un

asistente social impulsa un grupo de pacientes voluntarios desde el propio servicio que ayudan a ancianos de un centro geriátrico. En la línea de impulso de grupos de acción social se ha favorecido la creación de dos Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales.

En este apartado cabe destacar la labor de una trabajadora social que ha formado parte del "Consell Assessor de Salut Mental del Servei Català de la Salut", constituido en el año 1994 y que también formó parte del Grupo de Trabajo "Salud Mental y Trabajo Social" constituido en el Instituto de Estudios de la Salud, que elaboró una propuesta para la constitución de los estudios TSIR (trabajadores sociales internos residentes para la creación de la especialización en salud mental).

Programación:

Respecto a aquellas funciones relacionadas con la programación, la tabla 33.F presenta los resultados obtenidos.

13 trabajadores sociales (el 37,1%) han desarrollado actividades de elaboración y evaluación de proyectos sociales de índole diversa: asistenciales, de detección y prevención, organizativos, de creación de recursos, etc. Algunos de estos proyectos han sido diseñados exclusivamente por el trabajador social; en otros la actividad se ha compartido con profesionales del propio servicio o de dispositivos exteriores (servicios sociales de atención primaria, servicios de inserción socio laboral, residencia geriátrica, etc.). La mayor parte de los proyectos diseñados se han llevado a la práctica y en algunos casos, el trabajador social ha asumido la responsabilidad de su puesta en marcha y desarrollo.

Tabla 33.F. Funciones asistenciales: Programación.

FUNCIONES	AS. SOCIALES	% s/. 35
Participa en la programación y evaluación de proyectos soc.	13	37,1

Sin pretender presentar una relación exhaustiva de los distintos proyectos explicados por los trabajadores sociales en las entrevistas del estudio de campo, se presenta a continuación una relación de proyectos que se han agrupado en cuatro categorías:

- Proyectos organizativos y asistenciales en el CSM.
- Proyectos organizativos y asistenciales en otros servicios.
- Proyectos para la creación de recursos.
- Proyectos de coordinación externa.

1.- Proyectos organizativos y asistenciales en el CSM.

Se plantean la organización y mejora asistencial, de acuerdo con las necesidades detectadas en los distintos servicios así como con las posibilidades institucionales y profesionales:

- Proyecto de creación de un grupo de voluntarios con pacientes del CSM.
- Diversos proyectos de atención y socialización de pacientes con trastornos psicóticos.
- Proyectos de configuración de la lista de espera
- Proyectos de atención a las primeras visitas
- Proyectos de atención a personas mayores (ancianos)
- Proyectos de atención a familiares de pacientes con trastornos esquizofrénicos.
- Diseño de documentación social de la historia clínica.

2.- Proyectos organizativos y asistenciales en otros dispositivos.

Normalmente se han planteado a partir del contacto del asistente

social con profesionales de otros dispositivos con los que mantiene contacto y/o se coordina con regularidad:

- Proyecto de atención domiciliaria (de las UBASP)
- Proyectos de detección y seguimiento de pacientes de alto riesgo social.
- Proyecto de atención a pacientes del Centro de Día
- Proyecto de creación de grupos de familiares de pacientes del Centro de Día.
- Proyecto para la asistencia, rehabilitación e inserción social (PARIS).

3.- Proyectos para la creación de recursos.

Dada la escasez de recursos terciarios, se han desarrollado algunos proyectos en este sentido, entre los que cabe destacar:

- Proyectos para la creación de un Casal y un Club para personas con trastornos mentales graves.
- Proyectos para la inserción laboral y la formación ocupacional de pacientes de los CSM (creación de un vivero de plantas, de un huerto, rehabilitación de una casa de campo...)
- Proyecto de comedor para los pacientes del CSM (mejora de la alimentación).

4.- Proyectos de coordinación externa.

Según la diversidad y complejidad de los dispositivos así como del territorio en el que desarrolla su actividad el CSM, se han realizado diversos proyectos. La mayoría de ellos se han referido a:

- Coordinación con los Servicios Sociales de Atención Primaria
- Atención y soporte a la Atención Primaria en Salud

Documentación:

Respecto a las funciones y actividades relacionadas con la documentación, la tabla n° 33.G muestra como la totalidad de los 35 profesionales entrevistados cumplimenta la documentación del CSM y en algún caso se ha mejorado y complementado dicha documentación. Respecto a la realización de informes sociales, el número disminuye, ya que sólo 25 asistentes sociales (el 71,4%) los elaboran y en algunos dispositivos de forma muy ocasional.

Tabla 33.G. Funciones asistenciales: Documentación.

FUNCIONES	AS. SOCIALES	% s./35
Documentación	35	100,00
Elaboración de informes sociales	25	71,4

- Funciones relacionadas con el trabajo interdisciplinar

Respecto a las funciones profesionales relacionadas con la coordinación interna o trabajo interdisciplinar, se preguntó a los trabajadores sociales respecto a la existencia y grado de consolidación del equipo asistencial, así como de las actividades conjuntas que como tal realizaban. Las respuestas se exponen a continuación en forma de tablas y comentarios a las mismas.

Tabla 34. Trabajo interdisciplinar

	AS. SOC.	%
Trabaja en Equipo interdisciplinar	30	85,7
No trabaja en Epo. interdisciplinar	5	14,3
TOTAL	35	100,0

La tabla 34 muestra que la mayoría de los profesionales: 30 (el 85,7%) responden afirmativamente respecto a la existencia de un trabajo de equipo, aunque algunos cuestionen que sea interdisciplinar ya que lo consideran más multidisciplinar. En varias ocasiones el asistente social puntualiza que se da trabajo de equipo con unos profesionales mientras que con otros resulta más difícil cuando no imposible. Un asistente social habla de "dos bloques" opuestos más que de un equipo. Otra explica que el trabajo interdisciplinar en el CSM está comenzando ya que el servicio ha estado sin coordinador durante 4 años, periodo en el cual no se había realizado ningún tipo de reunión de equipo ni actividad común entre los profesionales. En algunas ocasiones la posibilidad de trabajo coordinado se ve dificultada en gran medida debido a la diversidad de horarios y dedicaciones de los profesionales que prácticamente imposibilitan el encuentro entre ellos.

Además de estas respuestas afirmativas matizadas, 5 profesionales (el 14,3%) niegan la existencia de equipo interdisciplinar, a pesar de que en algún caso estén desarrollando actividades conjuntas entre los profesionales. Para ellos prevalece el criterio de la falta de conexión interprofesional por encima de la formalidad de si están o no realizando reuniones conjuntas.

Respecto a la concreción del trabajo interdisciplinar (tabla n° 35), la mayoría de profesionales: 22 (el 62,9%) participan periódicamente en reuniones de discusión de casos, mientras que otros 7 (el 20,0%) lo hacen de forma esporádica.

Tabla 35. Concreción del trabajo interdisciplinar: discusión de casos.

REGULARIDAD	ASS. SOCIALES	%
Periódicamente	22	62,9
Esporádicamente	7	20,0
Nunca	1	2,9
No contesta	5	14,3
TOTAL	35	100,0

La periodicidad y duración de estas reuniones es muy variada, siendo la máxima expresada de dos horas semanales y el mínimo los encuentros ocasionales entre profesionales, sin formalización previa la mayoría de las veces, para comentar aspectos asistenciales relativos a algún paciente.

Respecto a si los trabajadores sociales asumen y comparten la responsabilidad de los tratamientos con otros profesionales del equipo, la tabla n° 36 muestra que la mayoría de trabajadores sociales: 30 (el 85,7%) comparten con otros clínicos la responsabilidad de los pacientes. La mayoría de ellos, 17 (el 48,6%) de forma esporádica, mientras que 13 (el 37,1%) lo hacen de forma periódica. El hecho de compartir la responsabilidad de los pacientes supone la posibilidad de que el trabajador social sea el clínico referente del paciente o bien que lo sea otro profesional del equipo.

Tabla 36. Concreción del trabajo interdisciplinar: comparten responsabilidad de casos.

REGULARIDAD	ASS. SOCIALES	%
Periódicamente	13	37,1
Esporádicamente	17	48,6
Nunca	0	0,0
No contesta	5	14,3
TOTAL	35	100,0

La supervisión de la práctica asistencial de los miembros del equipo se considera tanto un elemento formativo como de cohesión interna, por lo que se ha preguntado a los trabajadores sociales respecto a su participación en esta actividad. Las respuestas se presentan en la tabla n° 37.

Tabla 37. Concreción del trabajo interdisciplinar: comparten supervisión.

REGULARIDAD	ASS. SOCIALES	%
Periódicamente	21	60,0
Esporádicamente	0	0,0
Nunca	9	25,7
No contesta	5	14,3
TOTAL	35	100,0

La mayoría de profesionales: 21 (el 60,0%) asisten con los restantes miembros del equipo a algún tipo de supervisión. La mayoría de ellas están dirigidas por un profesional exterior al equipo, generalmente un psicoanalista. Dos profesionales, junto con los restantes miembros del equipo realizan la supervisión junto con otros equipos de la institución a la que pertenecen. Si bien el contenido de las reuniones de supervisión se centra mayoritariamente en el análisis respecto a la situación de los pacientes, la relación asistencial y las perspectivas de los tratamientos individuales y familiares, en algunas ocasiones, se está realizando supervisión de tratamientos grupales, a los que también asisten los trabajadores sociales.

4 asistentes sociales (el 11,4%) de otros tantos CSM cuya titularidad corresponde a dos instituciones distintas realizan una supervisión específica de trabajo social que corre a cargo de otro trabajador social ajeno a cada una de las dos instituciones. En ambos casos la institución titular facilita el

tiempo y dinero necesarios para la supervisión de los asistentes sociales.

Respecto a otras modalidades formativas conjuntas, además de la supervisión, la tabla n° 38 presenta los resultados.

Tabla 38. Concreción del trabajo interdisciplinar: comparten formación

REGULARIDAD	ASS. SOCIALES	%
Periódicamente	18	51,4
Esporádicamente	6	17,1
Nunca	6	17,1
No contesta	5	14,3
TOTAL	35	100,0

24 asistenes sociales (el 68,6%) comparten algún tipo de formación con los restantes miembros del equipo asistencial. 19 profesionales (el 54,3%) lo hacen a partir de reuniones periódicas (quincenales hasta trimestrales), mientras que 5 profesionales (el 15,6%) se reunen de forma ocasional o esporádica.

Las modalidades de formación son variadas e incluyen en primer lugar sesiones clínicas para el conjunto del equipo así como sesiones clínicas para diversos equipos de una misma institución (por ejemplo, Pere Mata, Centro de Higiene Mental de Les Corts, Hospital Sant Pere Claver, o equipos básicos de salud del I.C.S.).

En segundo lugar por orden de importancia aparecen seminarios con temáticas diversas: sobre diagnóstico, psicopatología, familias y tratamientos familiares, grupos, aspectos técnicos del abordaje terapéutico ("grupos cassette"), etc. Estos seminarios suelen incluir a los profesionales de los dispositivos, aunque en

algunos casos están abiertos a profesionales de otros dispositivos o instituciones.

En tercer lugar con respecto a la frecuencia estadística con que aparecen, se encuentran las sesiones científicas y sesiones bibliográficas, que suelen darse de forma más espaciada que las anteriores modalidades, aunque también con regularidad.

Respecto al tipo de formación compartida por los trabajadores sociales con otros miembros de los equipos asistenciales y que se realiza de forma esporádica, destacan las sesiones clínicas, sesiones científicas, sesiones de formación abiertas a otros profesionales y sesiones bibliográficas.

En la dimensión de trabajo interdisciplinar, se ha preguntado a los trabajadores sociales respecto a si sus funciones se diferenciaban adecuadamente de las de otros profesionales del equipo. Aproximadamente la mitad de los profesionales entrevistados (el 48,6%), tal como presenta la tabla n° 39, consideran que sus funciones están adecuada o suficientemente diferenciadas, mientras que el resto (51,4%) opina lo contrario.

Tabla 39. Diferenciación de funciones del trabajador social respecto a otros profesionales del equipo.

	N°	%
Las funciones están suficientemente diferenciadas	17	48,6
Las funciones no están suficientemente diferenciadas	18	51,4
TOTAL	35	100,0

Al ser requeridos los trabajadores sociales sobre este particular, algunos matizaban respecto a cierta superposición necesaria entre los distintos profesionales de la atención primaria psicosocial y psiquiátrica.

Se ha estudiado la posible influencia de los años de permanencia en el equipo de los profesionales de ambos grupos y la diferencia no resulta significativa. La media en cuanto a años de antigüedad de quienes consideran las funciones suficientemente diferenciadas se sitúa en los 4,6 años y entre quienes opinan lo contrario en los 4,8 años .

Respecto a los profesionales con quienes suelen confundirse algunas funciones, las tablas n° 40 y 41 presentan los resultados.

La tabla n° 40 muestra como 18 trabajadores sociales (el 51,4%) manifiestan que sus funciones se confunden con uno o diversos profesionales.

Tabla 40. Superposición de funciones: profesional o conjunto de profesionales con quienes se confunden.

PROFESIONALES	AS.SOC.	% s./18	% s./35
Sólo con Medico-Psiquiatra	0	0	0
Con Psiquiatra y Psicólogo	3	16,7	8,6
Sólo con Psicólogo	5	27,8	14,3
Con Psicólogo y Enfermero	4	22,2	11,4
Sólo con Enfermero	4	22,2	11,4
Con Psiquiatra y Administrativo	1	5,6	2,9
Con Psicólogo y Administrtrtivo	1	5,6	2,9
TOTAL	18	100	51,4

La tabla n° 41 muestra las combinaciones de profesionales con quienes suelen confundirse más o menos parcialmente las funciones asistenciales.

TABLA 41. Superposición de funciones: ocasiones y profesionales con quienes se confunden las funciones

PROFESIONALES	OCASIONES	%
Médico-Psiquiatra	4	11,4
Psicólogo	13	37,1
Enfermero	8	22,9
Administrativo	2	5,7
TOTAL	27	100,0

De un total de 27 ocasiones en que se manifiesta superposición de funciones, los psicólogos aparecen citados un mayor número de veces: 13 (el 48,1%), bien de forma exclusiva, en 5 ocasiones, o combinada con otros profesionales, lo que ocurre en 8 ocasiones (con psiquiatra, enfermero y administrativo).

Los enfermeros ocupan el segundo lugar, en 8 ocasiones (el 29,6%). De estas, 4 de forma exclusiva y otras 4 compartida con el psicólogo.

El médico-psiquiatra ocupa el tercer lugar. En 4 ocasiones (el 14,8%). De estas, 3 con el psicólogo y 1 con el administrativo.

En 2 ocasiones (el 7,4%) el administrativo es nombrado como profesional con quien se confunden o superponen las funciones del trabajador social, coincidiendo en una ocasión con el psiquiatra y en la otra con el psicólogo.

- Funciones relacionadas con la formación:

La dimensión formativa abarca dos aspectos, el docente y el discente. Respecto a este último, se ha contemplado en diversos apartados de este trabajo: "Formación específica en salud

mental", reflejada en la tabla n° 23, así como en el apartado relativo al trabajo interdisciplinar, reflejado en las tablas 37 y 38. A continuación se presentan los resultados obtenidos respecto a las actividades docentes de los trabajadores sociales.

Como se observa en la tabla n° 42, algo menos de la mitad de los trabajadores sociales: 16 (el 45,7%), realizan algún tipo de actividad docente con profesionales en periodo de formación o reciclaje, o con estudiantes de distintas profesiones.

Tabla 42. Participación en programas como docente.

	ASS. SOCIALES	%
Participa en programas como docente	16	45,7
No participa	19	54,3
TOTAL	35	100,0

De los 16 trabajadores sociales (el 45,7%) implicados en algún tipo de actividad docente con estudiantes o profesionales en periodo de formación, 10 de ellos (el 28,6%) son tutores de otros tantos estudiantes de trabajo social que realizan sus prácticas en los CSM: tabla n° 43. Otros 2 profesionales (el 5,7%) colaboran además en la formación de trabajadores sociales sin ser tutores de los mismos.

Tabla 43. Actividades docentes.

ACTIVIDADES	A. SOC	%s/35
Es tutor de estudiantes de Trabajo Social	10	28,6
Colabora en la formación de trab. sociales	2	5,7
Colabora en la formación de trab. familiares	2	5,7
Colabora en la formación de médicos	4	11,4
Colabora en la formación de psicólogos	13	37,1
Colabora en la formación de enfermeros	2	5,7

Respecto a la colaboración en la formación de otros profesionales, 13 trabajadores sociales (el 37,1%) colaboran de alguna manera en la formación de psicólogos que realizan sus prácticas en los CSM. Un menor número de ellos, 4 (el 11,4%) lo hacen respecto a la formación de los médicos. Por último, 2 trabajadores sociales (el 5,7%), intervienen en la formación de trabajadores familiares y enfermeros.

La docencia que mayor dedicación y energías implica, es la de tutor de prácticas de estudiantes de trabajo social. Supone la responsabilidad y seguimiento de estudiantes de último curso, a quienes supervisan y acompañan en sus actividades educativas durante varios días a la semana.

Respecto a la colaboración en la formación de otros profesionales, resulta diversa y con mayor o menor dedicación por parte del trabajador social. En unos casos se limita a explicar los objetivos, y funcionamiento del servicio a estudiantes de distintas escuelas universitarias y facultades que, sin realizar sus prácticas en el servicio, así lo solicitan. En otros casos el trabajador social admite a psicólogos, médicos y enfermeros en formación como observadores en las entrevistas que realiza. Las sesiones informativas, mayoritariamente dirigidas a psicólogos, relativas al funcionamiento del servicio y a la especificidad del trabajo social, así como también respecto a otros dispositivos y recursos de la zona y del ámbito de la salud mental, también ocupan al trabajador social durante una o varias sesiones. Otro tipo de actividades docentes son las relativas a la colaboración en un módulo de formación para profesionales de un Área Básica de Salud, así como la colaboración en la formación del animador sociocultural de un Centro de Día.

Respecto a actividades docentes externas a las del CSM, una trabajadora social imparte un módulo sobre trabajo social en un Curso de Formación Ocupacional para trabajadoras familiares en St. Celoni, otras dos trabajadoras sociales son profesoras de

Escuelas Universitarias de Trabajo Social (de Tarragona y del ICESB de Barcelona), mientras que una de ellas lo es también del Master de Psiquiatría Social del Hospital Clínico de Barcelona.

Respecto a los medios de que disponen los trabajadores sociales implicados en actividades docentes en el CSM destaca, tal como presenta la tabla nº 44, que la mayoría de ellos: 13 (el 37,1%) disponen de algún tiempo que pueden reservar en sus respectivas agendas de trabajo. Sin embargo, 2 profesionales (el 5,7%) son tutores de estudiantes de trabajo social sin disponer de un tiempo específico para ello. Tan sólo un profesional (el 2,9%) recibe un complemento económico o "plus" por sus actividades docentes.

Tabla 44. Recursos para la docencia que brinda la institución al trabajador social.

RECURSOS	AS.SOC.	% s/35
Concede "plus" docente	1	2,9
Concede tiempo	13	37,1
Acepta estudiantes y no concede tiempo	2	5,7

- Funciones relacionadas con la investigación

Al preguntar a los trabajadores sociales respecto a sus actividades relacionadas con la investigación, casi un 70% negaban cualquier implicación en la misma. Sin embargo, estos mismos profesionales manifestaban recoger y registrar información (básicamente a partir de entrevistas), elemento imprescindible para futuros estudios epidemiológicos o de cualquier otro tipo: Tabla nº 45.

Otros plantean además implicaciones asistenciales. En alguna ocasión el estudio se extiende al ámbito territorial de actuación del CSM:

- Estudio sobre las características sociales de pacientes con trastornos psicóticos.
- Características de pacientes que no pueden beneficiarse de los recursos terciarios existentes.
- Característica de los pacientes implicados en intervenciones judiciales (Juzgado 40).
- Características de los pacientes absentistas (en proyecto).
- Estudio sobre el incremento de la demanda asistencial (en proyecto).
- Características de las visitas preferentes del trabajador social.
- Características de los pacientes crónicos provenientes del Área Básica de Salud.
- Estudio sociológico del ámbito territorial de intervención del CSM y de los pacientes atendidos.

2.- Estudios sobre necesidades de recursos:

De los cuatro estudios a los que se han referido los trabajadores sociales entrevistados, todos ellos lo eran sobre necesidades de recursos terciarios. En una ocasión el estudio se extendía al análisis de recursos existentes.

En este apartado cabe destacar el estudio realizado por un grupo de trabajadores sociales del Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Catalunya, en el que 8 de los profesionales (el 22,9%) entrevistados habían participado. Dicho estudio explora la necesidad de recursos residenciales a corto y medio plazo de pacientes con trastornos psicóticos.

3.- Estudios respecto a medidas asistenciales:

La mayor parte exploran la interrelación entre las características de los pacientes atendidos y los medios terapéuticos empleados o en proyecto:

- Estudios previos a la configuración de grupos terapéuticos.
- Análisis de las acogidas realizadas.
- Calidad de vida, sintomatología y efectos secundarios de la medicación.

Respecto a los medios de que disponen los trabajadores sociales para desarrollar actividades de investigación, cabe destacar que en ningún caso reciben (ni parece que sea previsible a corto plazo) cualquier tipo de complemento económico o "plus": tabla n° 46. La posibilidad de disponer de algún tiempo para este tipo de actividades existe para 16 trabajadores sociales (el 45,7%), mientras que 19 profesionales (el 54,3%) niegan disponer de tiempo.

Tabla 46. Recursos para la investigación que brinda la institución al trabajador social.

RECURSOS	ASS. SOCIALES	% s/35
Concede "plus"	0	0,0
Concede tiempo	16	45,7

- Publicaciones

La relación de publicaciones de los trabajadores sociales resulta reducida en relación a otras dimensiones del quehacer profesional. La tabla n° 47 muestra que 10 trabajadoras sociales (el 28,6%) han participado en un total de 12 publicaciones a lo largo de su carrera profesional. De estas, 10, se refieren al

SATISFACCION EXPRESADA RESPECTO A LA PRACTICA PROFESIONAL

Se solicitó a los trabajadores sociales entrevistados que expresaran su grado de satisfacción, en una escala de 1 a 10, respecto a las siguientes dimensiones:

- su práctica profesional considerada globalmente
- trabajo en equipo
- la propia formación
- sus actividades como docente
- la investigación
- publicaciones propias
- la remuneración que recibe.

A fin de facilitar el análisis de resultados, se ha procedido a la siguiente agrupación de las puntuaciones obtenidas, considerando cuatro grados de satisfacción:

- Bajo grado de satisfacción: puntuaciones 1 - 3
- Grado medio de satisfacción: " 4 - 6
- Buen grado de satisfacción: " 7 - 8
- Alto grado de satisfacción: " 9 -10

- Grado de satisfacción respecto a la práctica profesional

La satisfacción expresada respecto a la práctica profesional considerada globalmente, se presenta en la tabla siguiente, n° 48.

Tabla 48. Grado de satisfacción respecto a la práctica profesional considerada globalmente.

PUNTUACION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	N.C.	TOTAL
ASS. SOCIALES	--	--	--	1	4	4	11	10	4	--	1	35
‡	--	--	--	2,9	11,4	11,4	31,4	28,6	11,4	--	2,9	100,0

Se observa como la mayoría de los trabajadores sociales (el 60%) manifiesta un buen nivel de satisfacción, mientras que 4 (el 11,4%) manifiesta un grado alto de satisfacción. Ningún trabajador social manifiesta un nivel bajo de satisfacción profesional considerada globalmente.

- Grado de satisfacción respecto al trabajo interdisciplinar

La tabla n° 49 muestra como algo más de la mitad de los trabajadores sociales: 18 (el 51,4%), manifiesta un nivel de satisfacción medio respecto al trabajo en equipo interdisciplinar, mientras que otros 10 profesionales (el 28,6%) manifiestan un buen nivel de satisfacción. Entre un 5% y un 8% de los profesionales se sitúan en los niveles más bajos y más altos de la tabla respectivamente.

Tabla 49. Grado de satisfacción respecto al trabajo en equipo interdisciplinar

PUNTUACION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	N.C.	TOTAL
ASS. SOCIALES	--	1	2	3	7	8	5	5	2	--	2	35
‡	--	2,9	5,7	8,6	20,0	22,9	14,3	14,3	5,7	--	5,7	100,0

- Grado de satisfacción respecto a la propia formación

Tal como puede observarse en la tabla n° 50, algo más de la mitad de los profesionales: 18 (el 51,4%) manifiestan un buen grado de satisfacción respecto a la propia formación, mientras que 9 trabajadores sociales (el 25,7%) manifiestan un grado medio de satisfacción. Otros 6 profesionales (el 17,1%) se sitúan al 50% en los niveles alto y bajo de la tabla: 3 con bajo grado de satisfacción y 3 con alto grado.

Tabla 50. Grado de satisfacción respecto a la propia formación.

PUNTUACION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	N.C.	TOTAL
ASS.SOCIALES	--	--	3	--	6	3	9	9	3	--	2	35
‡	--	--	8,6	--	17,1	8,6	25,7	25,7	8,6	--	5,7	100,0

- Grado de satisfacción respecto a las actividades docentes

Tan sólo 17 profesionales responden en la escala de satisfacción respecto a la docencia, lo que corresponde aproximadamente con aquellos que participan en actividades docentes. Sin embargo las dos puntuaciones más bajas de la escala, corresponden a trabajadores sociales que no realizan actividades docentes. La tabla n° 51 muestra que la mayoría de los profesionales, 11 (el 64,7% respecto a los que responden), manifiestan un buen nivel de satisfacción. Los restantes se reparten en los niveles bajo, medio y alto (2 en cada uno de ellos).

Tabla 51. Grado de satisfacción respecto a las actividades docentes.

PUNTUACION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	N.C.	TOTAL
ASS.SOCIALES	1	1	--	--	2	--	7	4	2	--	18	35
‡	2,9	2,9	--	--	5,7	--	20,0	11,4	5,7	--	51,4	100,0

- Grado de satisfacción respecto a la investigación

Tal como muestra la tabla n° 52, 22 profesionales (el 62,9%) responden en la escala de satisfacción respecto a la investigación. De ellos, 8 (el 22,9% respecto a quienes responden) manifiestan un grado medio de satisfacción, 4 (el 18,2%) un buen nivel y otros 4 un nivel alto. Otros 6 trabajadores sociales (el 27,3) manifiestan un bajo nivel de satisfacción. No existe correspondencia entre el grado de satisfacción y las actividades de investigación que se desarrollaban en el momento del estudio. En algún caso, aún participando por ejemplo el profesional en un programa de investigación, su nivel de satisfacción se manifiesta bajo. En otros casos, la satisfacción manifestada se sitúa en lo alto de la escala, a pesar de desarrollar escasas actividades de investigación.

Tabla 52. Grado de satisfacción respecto a la investigación.

PUNTUACION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	N.C.	TOTAL
ASS.SOCIALES	1	2	3	2	5	1	3	1	3	1	13	35
‡	2,9	5,7	8,6	5,7	14,3	2,9	8,6	2,9	8,6	2,9	37,1	100,0

- Grado de satisfacción respecto a las propias publicaciones

Unicamente 15 profesionales (el 42,9% del total) responden en la escala de satisfacción respecto a las propias publicaciones. La tabla n° 53 muestra como 7 de ellos (casi el 50%) manifiestan un grado medio de satisfacción, mientras que otros 3 se sitúan en los niveles superiores.

Otros 5 profesionales manifiestan un bajo grado de satisfacción que suele corresponder con aquellos que responden en la escala y que sin embargo no han realizado ningún tipo de publicaciones. Otros tres trabajadores sociales, que se sitúan en los niveles superiores de la escala, están pendientes de publicar su primer trabajo.

Tabla 53. Grado de satisfacción respecto a las propias publicaciones.

PUNTUACION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	N.C.	TOTAL
ASS. SOCIALES	2	2	1	--	5	2	1	--	1	1	20	35
‡	5,7	5,7	2,9	--	14,3	5,7	2,9	--	2,9	2,9	57,1	100,0

- Grado de satisfacción respecto a la remuneración salarial

Respecto a este último indicador de satisfacción, la tabla n° 54 muestra los resultados:

Tabla 54. Grado de satisfacción respecto a la remuneración salarial.

PUNTUACION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	N.C.	TOTAL
ASS. SOCIALES	3	1	3	3	11	3	4	4	1	1	1	35
‡	8,6	2,9	8,6	8,6	31,4	8,6	11,4	11,4	2,9	2,9	2,9	100,0

Algo más del 50% de los trabajadores sociales (el 51,4%) manifiesta un grado medio de satisfacción respecto a la remuneración que reciben. 8 profesionales (el 22,9%) manifiestan un buen grado de satisfacción y otros 2 (el 5,7%) un grado alto. En los niveles más bajos de la escala se sitúan 7 trabajadores sociales (el 20%).

psiquiátrica de una serie de Ayuntamientos (en 6 CSM).

El proceso temporal respecto a la constitución de los dispositivos asistenciales queda reflejado en la tabla 3 (año de creación de los CSM/USM) y muestra el proceso histórico de constitución de la red psiquiátrica pública. El 28% de los CSM se crearon entre 1975-1981, el 59% entre 1981-1991 y el 13% restante con posterioridad a 1991. Debe advertirse que en la actualidad todavía se están creando nuevos dispositivos de atención primaria en salud mental, que no han quedado recogidos en este trabajo, al constituirse con posterioridad a la finalización del estudio de campo.

La diversidad también se manifiesta en lo relativo a los horarios de atención al público: el 19% de los centros están abiertos al público en horario de mañana, mientras que el 81% restante amplía el tiempo hasta la tarde con horarios distintos (tabla nº 4). Cabe mencionar ciertas diferencias respecto al proceso histórico; así en los primeros convenios de los actuales CSM con la Diputación de Barcelona se establecía la disponibilidad asistencial de los servicios en 12 horas diarias, de lunes a viernes. Los horarios actuales parecen tender a ajustarse a los horarios de la administración pública en general, reduciendo los tiempos de asistencia. Ello, además de a intereses propios de los dispositivos y profesionales, puede ser debido en parte a la creación de otros dispositivos (centro de día o servicios de urgencia por ejemplo), y también a cambios en las características de la población a asistir (se incrementa la atención a pacientes psicóticos y aumentan los índices de paro), lo que posibilita concentrar la atención en horarios de mañana.

Respecto a la dedicación de los equipos asistenciales y plantillas profesionales (tablas nº 5-11), existe igualmente cierta diversidad y se advierten diferencias considerables según centros, que deberían contrastarse respecto al número de población a asistir así como a las características de la misma.

El número de profesionales por dispositivo oscila entre 5 y 14, siendo la media de 7,9 profesionales.

La orientación o principal marco teórico de referencia de los dispositivos, pudiera tener también algún tipo de influencia respecto a la composición de los equipos, tendiendo a incrementar, disminuir o no valorar algunas profesiones en el ámbito de la salud mental, especialmente enfermeros y trabajadores sociales (en 8 CSM no disponen de enfermero --tabla 10).

La tendencia lógica a incrementar la dedicación horaria de los profesionales y a reducir su número no siempre parece aplicable. Esta tendencia permite por un lado la configuración de equipos asistenciales estables y con posibilidades de mayor coherencia interna, aunque tiene el inconveniente que aleja de los dispositivos a profesionales de gran valua y experiencia que no están en condiciones de ofrecer las dedicaciones exigidas por la administración pública. Sin embargo algunos de estos profesionales colaboran con los equipos de los CSM/USM a partir de aportaciones concretas relacionadas con la formación y supervisión.

El estudio realizado confirma la conocida diversidad de marcos teóricos existentes en lo relativo a los CSM/USM, lo que ayuda a relativizarlos respecto a resultados asistenciales que, por otro lado, no son objeto de estudio en este trabajo y que sin embargo sería interesante conocer. Predomina la orientación psicoanalítica (47%), seguida por la ecléctica (38%), en tercer lugar la orientación médico-psiquiátrica tradicional (13%) y finalmente la orientación cognitivo-conductual (3%).

Por lo que respecta a la importancia de las relaciones con otros dispositivos psiquiátricos, y sanitarios en general, especialmente de atención primaria, (tablas 13-16), existe cierta homogeneidad entre los diversos equipos de los CSM/USM. Las

modalidades sin embargo son diversas en función de las características de los propios equipos y también de la configuración de la red sanitaria, que por otro lado se halla en proceso de cambio: tendencia a la desaparición de la psiquiatría de zona y tendencia a la creación de equipos básicos de salud.

Respecto a las relaciones con los servicios sociales de atención primaria y especializados, aunque básicamente con los primeros, los contactos suelen darse entre trabajadores sociales y en raras ocasiones entre equipos, asumiendo los trabajadores sociales de los CSM/USM la responsabilidad de los mismos. Ello es congruente con la actual línea de contratación de servicios entre el Servei Català de la Salut y los CSM/USM, que no contrata este tipo de coordinación-apoyo de los servicios sociales de atención primaria, lo que incide en un cierto olvido o delegación en un único profesional de este tipo de contactos, por parte de algunos equipos.

LOS TRABAJADORES SOCIALES

Son personas adultas, cuya media de edad se situa en los 37 años, mayoritariamente mujeres (el 94%, tablas n° 19 y 20) y en su totalidad diplomados en trabajo social, aunque el recorrido hasta alcanzar esta titulación haya sido diverso (tabla n° 21).

En el periodo de la realización del trabajo de campo, únicamente dos de las trabajadoras sociales habían alcanzado el grado de licenciatura. Posteriormente, una tercera trabajadora social se ha licenciado en psicología. El alto interés formativo expresado por los trabajadores sociales entrevistados, no se canaliza hacia estudios universitarios superiores. El interés de los profesionales en activo se centra en el contenido de los estudios, cursos y seminarios más que en las titulaciones que ofrecen. Al no existir una formación reglada específica dirigida a los trabajadores sociales del ámbito de la salud mental, cada profesional ha diseñado su propio recorrido curricular dirigido a la formación de posgrado. Puede afirmarse que en general los trabajadores sociales entrevistados han dedicado (y continúan haciéndolo) grandes esfuerzos dirigidos al reciclaje y progreso formativo (tablas n° 23-25). Las áreas temáticas que en mayor grado han interesado a los trabajadores sociales han sido las referidas a familias y terapias familiares, así como a diferentes conceptos psicoanalíticos. La psicoterapia y psicoanálisis personales como elementos formativos de los trabajadores sociales, han implicado al 29% de los mismos.

Algunos trabajadores sociales manifiestan cierta queja hacia la escasa oferta específica de nivel medio y superior que existe en el ámbito del trabajo social y la salud mental. Resultaría conveniente que esta queja y la demanda subyacente que la acompaña, pudiera ser contemplada y satisfecha por alguna de las

diversas entidades con responsabilidades educativas que existen actualmente en Catalunya.

Respecto a los intereses formativos de futuro se expresan mayoritariamente en dos aspectos: la teoría y conducción de grupos y la demanda de cursos de especialización en el ámbito del trabajo social en salud mental. Los temas relacionados con familias y tratamientos familiares, así como la necesidad de formación respecto a metodología de investigación e informática, ocupan el tercer lugar en orden de necesidades expresadas. Otros temas de interés se refieren a diagnósticos clínicos y psicopatología, profundización en conceptos y técnicas psicoanalíticos y en su aplicación al trabajo social y a la atención primaria en salud mental.

Respecto a la antigüedad en la profesión (tabla nº 22), la diferencia en cuanto al año de finalización de los estudios entre la trabajadora social más antigua y la más reciente se sitúa en 29 años. Existe una amplia representación de las diversas promociones académicas, por lo que necesariamente los actuales trabajadores sociales han seguido planes formativos con contenidos y enfoques distintos a lo largo de estos años.

La mayoría de los trabajadores sociales han desarrollado sus actividades profesionales exclusivamente en el ámbito de la salud mental (tablas nº 26- 28). Entre las que disponen de otro tipo de experiencia, la mayoría la han desarrollado en el ámbito sanitario y en menor medida en los servicios sociales polivalentes. El elemento vocacional o de interés previo parece evidente, ya que prácticamente el 50% de los entrevistados, ya escogió el ámbito de la salud mental para realizar sus prácticas como estudiante de trabajo social. El interés personal inicial en el ámbito de la salud mental, puede verse reforzado por el posterior reciclaje continuado que han desarrollado la mayoría de trabajadores sociales. La estabilidad que se aprecia en cuanto a la permanencia en el ámbito de la salud mental y en los CSM/USM, se ve también reforzada por el tipo de relación laboral

existente con las instituciones, mayoritariamente basada en contratos laborales indefinidos (tablas n° 30-32). La media de antigüedad de los trabajadores sociales en los CSM/USM se sitúa en los 4,7 años.

En el apartado de funciones y actividades asistenciales desarrolladas por los trabajadores sociales, estas se han agrupado en una serie de categorías que se exponen y comentan de manera pormenorizada en las págs. 46-59. Las dimensiones estudiadas y los resultados obtenidos son las siguientes:

- Acogida y primeras visitas en el CSM, realizadas por el 69% y 20% de los trabajadores sociales.
- Diagnóstico psicosocial y evaluación, realizados por el 77%.
- Intervención psicosocial individual y familiar: en sus diversos apartados, los porcentajes de trabajadores sociales que llevan a cabo esta función oscilan entre el 97% y el 31%.
- Intervención grupal: el 54% de los trabajadores sociales participa en actividades grupales.
- Trabajo social comunitario: en sus diversos apartados, los porcentajes de trabajadores sociales que llevan a cabo esta función oscilan entre el 89% y el 11%.
- Programación: el 37% de los profesionales.
- Documentación: en sus diversos apartados, los porcentajes oscilan entre el 100% y el 71%.

Del estudio conjunto de las funciones desarrolladas por los trabajadores sociales (págs. 46-72), se desprenden o configuran tres tipos o modelos de intervención de carácter asistencial que denominaremos "modelo social reduccionista", "modelo psicosocial" y "modelo psicoterapéutico". La adscripción a cada uno de ellos depende principalmente de las características personales y de formación del propio trabajador social, además de las del propio equipo asistencial, sin que parezcan ejercer influencia la titularidad, ubicación territorial, antigüedad del servicio, ni tampoco el marco teórico referencial del equipo.

En el primero de los modelos, que se ha denominado social reduccionista, las autoras de la investigación sitúan a 9 de los trabajadores sociales entrevistados (el 25,7%). El modelo se caracteriza por la atención a los pacientes sobre demandas concretas de otros terapeutas del equipo, sin que prácticamente en ninguna ocasión el trabajador social llegue a ser terapeuta referente de la persona asistida. El trabajador social realiza o no entrevistas de acogida, pero si lo hace es para derivar en cualquier caso al entrevistado a otro profesional del equipo, sin que asuma la responsabilidad del tratamiento del paciente o bien el seguimiento y soporte de sus familiares, o bien sea responsable de algún tipo de tratamiento grupal, aunque puede ser coterapeuta o terapeuta de refuerzo en algún tratamiento grupal dirigido por otro profesional. El trabajador social participa en reuniones de coordinación con profesionales e instituciones exteriores al propio servicio.

En el segundo modelo asistencial (modelo psicosocial), se adscribe la mayoría de los trabajadores sociales entrevistados, 23 (el 65,7%). El trabajador social se constituye en terapeuta referente de una serie de pacientes y familiares, al tiempo que participa como coterapeuta en el tratamiento de otros clientes del CSM/USM. Interviene también, como especialista de lo social, en situaciones concretas a demanda de otros miembros del equipo y participa igualmente en reuniones de coordinación y soporte a profesionales y dispositivos exteriores a los del propio. El tipo de tratamientos individuales o grupales, llevados a cabo por los trabajadores sociales es muy diverso, abarcando aspectos de contención, socialización, rehabilitación, higienización, soporte y orientación familiar, apoyo a la inserción socio-laboral, generación de recursos y ampliación de perspectivas personales, etc. etc.

El así denominado tercer modelo asistencial, o psicoterapéutico, engloba a un menor número de trabajadoras sociales, 3 (el 8,6% de los entrevistados). En este caso, las trabajadoras sociales son un clínico más de los equipos, sin que prácticamente puedan

establecerse diferencias entre las actividades llevadas a cabo por psicólogos y trabajadores sociales. Estos se constituyen en terapeutas referentes de todo tipo de pacientes, generalmente de aquellos que atendieron en primeras visitas o bien de los que les derivan otros miembros del equipo. El tipo de tratamientos se corresponden a los del modelo psicosocial, e incorporan además otros de orientación claramente psicoanalítica.

Respecto al trabajo interdisciplinar (tablas n° 34-41), las opiniones resultan diversas y matizadas según equipos y trabajadores sociales y expresan la diversidad en cuanto a la composición de aquellos, así como a su evolución histórica. En cualquier caso cabe considerar además de estos aspectos, y de forma destacada, la importancia de las características personales y relacionales de los distintos profesionales.

El 86% de los trabajadores sociales manifiesta trabajar en equipo, aunque algunos de ellos lo consideran multidisciplinar en vez de interdisciplinar. El 14% de los entrevistados niegan la existencia de trabajo en equipo al prevalecer el criterio de la falta de conexión interprofesional por encima de la formalidad de estar realizando reuniones conjuntas. La importancia del trabajo interdisciplinar se ha considerado a partir de una serie de dimensiones como son:

- discusión acerca de pacientes: lo realizan periódicamente el 63% de los trabajadores sociales (tabla n° 35),
- compartir responsabilidad respecto a los pacientes: lo realizan periódicamente el 37% de los trabajadores sociales (tabla n° 36),
- compartir supervisión: el 60% de los trabajadores sociales lo hace periódicamente (tabla n° 37),
- compartir formación: el 51% de los trabajadores sociales lo hace periódicamente con los restantes miembros del equipo (tabla n° 38).

Respecto a la diferenciación de funciones entre los trabajadores sociales y otros miembros del CSM/USM, el 49% considera las funciones que desarrolla suficientemente diferenciadas, mientras

que el 51% restante considera que existe cierta superposición, necesaria en algunos casos, y valorada como confusión de roles profesionales en otros (tablas n° 39-41).

La docencia con estudiantes de trabajo social (tablas n° 42-44) implicaba en el momento de la realización del trabajo de campo a 12 profesionales (el 34%). No existen diferencias significativas entre profesionales con o sin estudiantes de trabajo social. El criterio fundamental para su admisión parece depender de la decisión del propio trabajador social así como del equipo en el que trabaja y no de la titularidad, orientación teórica del equipo o ubicación del servicio, por ejemplo (ver pags. 67-69)..

Las actividades y funciones relacionadas con la investigación y publicaciones (tablas n° 45-6, pags. 69-72), no destacan especialmente entre el colectivo de los trabajadores sociales entrevistados. Las presiones asistenciales y la diversidad de funciones a cubrir por los equipos, se presentan como elementos que las dificultan. Los trabajos de investigación en los que han participado los trabajadores sociales se agrupan alrededor de 3 categorías:

- estudios sobre las características de los pacientes de los CSM,
- estudios sobre necesidades de recursos,
- estudios sobre medidas asistenciales.

La relación de publicaciones de los trabajadores sociales resulta reducida en relación a otras dimensiones del quehacer profesional (tabla n° 47). Tan solo 10 trabajadores sociales (el 28,6%) han participado en un total de 12 publicaciones a lo largo de su carrera profesional. De estas, 10, se refieren al ámbito de la salud mental y 2 al de las toxicomanías.

Respecto al grado de satisfacción expresada por los trabajadores sociales, resulta diferenciada según apartados. Mientras que la práctica profesional considerada globalmente, presenta un buen grado de satisfacción (más del 60% de los profesionales así lo

6 . - ANEXO :

- Cuestionario del Centro e instrucciones para su cumplimentación.

