

LAS EDUCADORAS Y EDUCADORES SOCIALES EN EL ÁMBITO DE SALUD MENTAL EN GALICIA

Sara Alba Gómez, *Educadora Social*

M. Carmen Morán de Castro, *Universidad de Santiago de Compostela*

219

Resumen

Décadas después de iniciados los procesos de desinstitucionalización, se viene constatando, aunque muy lentamente, la evolución en las intervenciones psicosocioeducativas con las personas con trastornos mentales y comienzan a desarrollarse acciones, en las que son imprescindibles profesionales de la educación social que trabajen desde una perspectiva holística y comunitaria.

No obstante la realidad de su incorporación en el ámbito de salud mental en Galicia es limitada, proponiéndose este texto denunciar la escasa incidencia de la profesión en el contexto gallego y reivindicar la relevancia de este rol dentro los equipos multidisciplinares.

Para responder al fin propuesto, se muestran los resultados de un estudio cuantitativo sobre la presencia de educadores y educadoras en la totalidad de equipamientos, dispositivos y asociaciones de salud mental gallegas; por otra parte se analizan las condiciones laborales y funciones que asumen, tomando como referencia los datos obtenidos en una aproximación cualitativa a través de entrevistas semiestructuradas a siete profesionales en este ámbito.

A través del análisis de la información, podemos afirmar la necesidad de incrementar la presencia de los y las educadoras sociales en salud mental, para contribuir, mediante la acción socioeducativa, a avanzar en el logro de mayores niveles de autonomía e inclusión social de este colectivo, e incrementar las posibilidades de participación en una sociedad diversa como ciudadanía con plenos derechos.

Palabras clave: salud mental, educador o educadora social, funciones y acciones socioeducativas, asociacionismo familiar.

Fecha de recepción: 04/05/2017

Fecha de aceptación: 27/07/2017



1. Introducción.

La vorágine que vivimos en la sociedad actual, las presiones a que nos someten las diversas esferas entre las que transcurren la vida cotidiana (económica, laboral, personal, familiar...), el cambio social a escenarios progresivamente más individualistas e insolidarios, la observación de la diferencia como un peligro en vez de una riqueza, el aislamiento social,... son detonantes que inciden en que cada vez sean más las personas que a lo largo de su vida sufran algún trastorno mental. Trastornos que muy pocas veces responden a modelos simplistas de análisis tipo causa-efecto, como la práctica totalidad de los problemas sociales. Las causas pueden ser múltiples, y en algunos casos desconocidas, destacando entre los factores de vulnerabilidad el género femenino; estado civil de separación, divorcio o viudez; situación laboral de desempleo, baja o incapacidad y adicciones (Haro et al., 2006).

Contando con esta inquietante realidad, se vuelve complejo definir lo que es la salud mental. Fernández Santiago (2012) alude a este concepto como el bienestar emocional y psicológico necesario para que el ser humano pueda utilizar sus capacidades cognitivas y emocionales, desenvolviéndose en sociedad y resolviendo las demandas cotidianas de la vida diaria. La salud mental suele ser entendida como el estado de equilibrio entre una persona y su entorno sociocultural. Con el fin de alcanzar dicho equilibrio se hace necesario que las personas tengan garantizadas su participación en el mundo laboral, intelectual y social, para así alcanzar su bienestar y una adecuada calidad de vida que las hagan sentirse y estar integradas en la sociedad.

En contraposición al concepto anterior, nos encontramos con el de trastorno mental; síndrome caracterizado por una alteración significativa del estado cognitivo, regulación emocional o del comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

A pesar de que cada trastorno mental aglutina patologías de diversa índole que afectan de manera diferente a la persona que las sufre, Marcos del Cano (2012) señala entre las características de este colectivo: el disfrutar de una esperanza de vida diez años inferior al conjunto de la población, tener una mayor tendencia al consumo de sustancias psicoactivas y presentar una elevada tasa de suicidio (10%).

A mayores, por motivo de su enfermedad, suelen encontrar dificultades en aspectos referidos al auto-cuidado, la autonomía personal, el control de su conducta, las relaciones sociales y su



motivación. También se enfrentan a limitaciones a la hora de acceder a los servicios, gestionar su tiempo libre o conseguir y mantener un trabajo, convirtiéndose de esta forma en personas social y económicamente dependientes. Incluso, en los casos más graves se puede llegar a requerir una protección jurídica especial. A los obstáculos derivados de su estado de salud, hay que añadir los impuestos por el fuerte estigma social que, todavía hoy, pesan sobre estas personas.

Por todo ello, su atención precisa la constitución de equipos multidisciplinares integrados por profesionales de la psiquiatría, la psicología, el trabajo social, la enfermería, la terapia ocupacional, etc. E incuestionablemente, los y las educadoras sociales. Máxime cuando en la atención a las personas con enfermedad mental se trabaja por superar el abordaje exclusivamente médico, para incorporar la perspectiva holística e integral que requieren estas situaciones; debe contarse, sin duda, con profesionales de la educación social.

El Estudio Europeo de la epidemiología de los trastornos mentales en España, ESEMED-España (Haro et al., 2006), demuestra que en los países occidentales, una de cada cuatro personas cumple criterios diagnósticos de una enfermedad mental y alrededor de un 40% llega a presentarla en algún momento de la vida.

Centrándonos en la Comunidad Autónoma de referencia para este texto, Galicia, en el censo realizado en 2016 por la Consejería de Trabajo y Bienestar (FEAFES-Galicia, 2017) se indicaba un total de 55.124 personas con enfermedad mental, situándose en esta Comunidad como la segunda causa de discapacidad después de la física. En lo que respecta a la edad, y aunque los intervalos de edad son excesivamente amplios en nuestra opinión, se ven más afectados los que se encuentran en el rango de 19 a 59 años (52.8%), seguidos de más de 59 (45,7%) y menos de 19 años (0.5%); y en relación a las provincias, la incidencia es mayor en Pontevedra, seguida de Ourense, A Coruña y Lugo, como se puede observar en las siguientes representaciones.

Tabla 1. Galicia. Población total por provincias y % de personas afectadas de trastornos mentales

Provincia	A Coruña	Lugo	Ourense	Pontevedra
Población total	1.132.735	342.748	322.293	950.919
Población afectada	1,82%	1,60%	2,05%	2.34%

Elaboración propia a partir de la *Memoria Anual de FEAFES-Galicia* (2017)



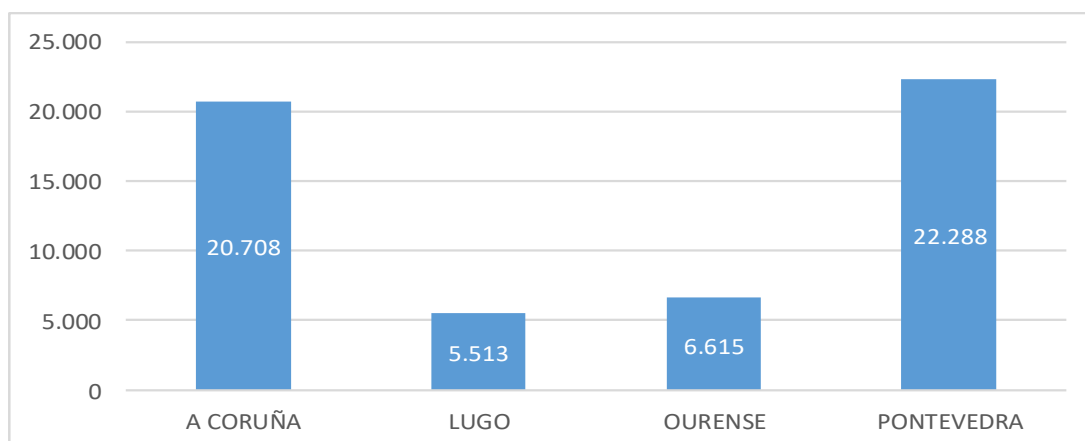


Figura 1. Galicia. Afectación de trastornos mentales por provincias.
Elaboración propia a partir de la Memoria Anual de FEAFES-Galicia (2017).

Cabe destacar, que las personas con enfermedad mental presentan problemas que no se reducen a la sintomatología psicopatológica, sino que afectan a otros aspectos como el funcionamiento psicosocial y la integración en la comunidad (Larreina, 2012). Aspectos donde el perfil profesional de los educadores y educadoras sociales, son relevantes.

La incorporación de este rol profesional en el ámbito en cuestión, debería verse reforzada con la filosofía de atención socio-comunitaria presente en Europa desde la Declaración de Helsinki de 2005 y en España a través de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud de 2007 y su revisión en 2011, ambas prácticamente desaparecidas como consecuencia de la actual crisis financiera y social. Una situación que conduce a un incremento de necesidades sociales relacionadas con el empleo, la vivienda, la renta y la alimentación que afecta especialmente a las personas que se encuentran en peor situación de pobreza y exclusión social, como por lo general las personas con enfermedad mental. Según Pérez Yruela y Navarro (2013), frente a esta realidad, la Administración Pública ha dejado a un lado su responsabilidad depositándola en las entidades asociativas y ha desmantelado la Ley de Promoción de la Autonomía y de Atención a las Personas en Situación de Dependencia, de la que salvando sus ambigüedades, se beneficiaban muchas personas con problemas de salud mental.

García-Pérez, Peña y Torío (2016) destacan la urgencia de una política pública de acción social que promueva la justicia social y la ciudadanía inclusiva del colectivo en cuestión. De esta manera, junto con la pedagogía social se podrá dotar a las personas con trastornos mentales de los recursos necesarios para mejorar su calidad de vida.

2. Dispositivos y profesionales en Galicia.

Con la desinstitucionalización psiquiátrica que tuvo lugar en los años 80 del siglo pasado, se asumió el modelo de atención comunitaria como estrategia de actuación y la rehabilitación psicosocial como filosofía de intervención. El objetivo, según Rodríguez y Bravo (2003) era articular la atención a los problemas psiquiátricos y sociales de estas personas en su entorno socio-comunitario, potenciando el mantenimiento e integración en el contexto familiar y social de la forma más normalizada posible. De este modo, se fueron definiendo los Dispositivos de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.

La nomenclatura de estos centros del sector público varía según las Comunidades Autónomas. En Galicia se encuentran hasta once tipologías diferentes (Instituto de Información Sanitaria, 2009) que se muestran en la tabla 2.

Tabla 2. Dispositivos públicos de Salud Mental en Galicia

DENOMINACIÓN	DESCRIPCIÓN
Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPL)	Buscan mantener en el entorno comunitario a las personas con enfermedad mental grave y persistente, fomentar su autonomía, apoyar a las familias y cuidadores/as y prestar servicios de rehabilitación psiquiátrica y psicosocial.
Equipo de Continuidad de Cuidados (ECC)	Integrados en los hospitales de día, realizan el Programa de trastorno mental y supervisan el Programa de seguimiento comunitario activo, los Programas alternativos a la hospitalización psiquiatría a domicilio y la supervisión de personas con trastornos mental en pisos protegidos y residencias específicas.
Hospital Psiquiátrico de Día (HPD)	Centros de hospitalización parcial con la misión de desarrollar funciones intermedias entre las unidades de salud mental y las unidades de hospitalización.
Unidad de Alcoholismo (UA)	Dependencias orientadas a conductas adictivas que comprendan tanto el alcohol, como el tabaco y dependencias sin sustancias.
Unidad de Cuidados Especiales de Rehabilitación (UCER)	Destinadas para personas con severos trastornos psíquicos y conductas disruptivas, psicopatologías graves de alta intensidad y larga duración, alta expresividad emocional y baja tolerancia al estrés, así como personas que requieran medidas de supervisión y contención.
Unidad de Cuidados de Rehabilitación (UCR)	Destinadas para programas activos de rehabilitación de duración intermedia.
Unidad de Cuidados Residenciales de Rehabilitación (UCRR)	Destinadas al tratamiento de personas con trastornos psiquiátricos con dependencia relevante de larga evolución pero estabilizados psicopatológica y conductualmente.



DENOMINACIÓN	DESCRIPCIÓN
Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP)	de Tratamiento de los pacientes internados e investigación sanitaria en esta materia.
Unidad de Psicogeriatría	de Dan respuestas asistenciales específicas a la población de la tercera edad, necesarias por la evolución demográfica y el incremento de las patologías psiquiátricas asociadas al envejecimiento.
Unidad de Salud Mental de Adultos (USM)	de Se encargan de atender a los pacientes remitidos a través de los servicios competentes, participan (cuando es posible) en las decisiones de ingreso psiquiátrico y en la rehabilitación e integración comunitaria, así como en el seguimiento de los casos. También se encargan de apoyar y asesorar a los profesionales y dispositivos sociales y educativos relacionados con la salud mental. Por último, desarrollan programas de promoción de la salud mental, prevención de la enfermedad y educación sanitaria.
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIX)	de Realizan las mismas actividades que el USM pero limitando la franja de edad hasta los 16 años.

Elaboración propia a partir del *Instituto de Información Sanitaria* (2009)

Estos dispositivos cuentan con una composición básica de recursos humanos integrada por profesionales de la psiquiatría, psicología clínica, enfermería, auxiliares de enfermería, trabajo social y terapia ocupacional. El número total de profesionales en Galicia era de 904, según los últimos datos disponibles (*Instituto de Información Sanitaria*, 2009). En la tabla 3 se puede observar su distribución según categorías profesionales, apreciándose la ausencia total de la figura del educador y educadora social en el ámbito público como profesional de la salud mental.

Tabla 3. Profesionales en los Dispositivos de Salud Mental en Galicia

Psiquiatría	Psicología	Enfermería	Trabajo Social	Auxiliar de Enfermería	de Terapia Ocupacional
168	86	196	37	409	8

Elaboración propia a partir del *Instituto de Información Sanitaria* (2009)

Cabe destacar, que la mayoría de estos profesionales proceden de la rama de conocimiento de ciencias de la salud, siendo una necesidad la incorporación de perfiles de índole educativa y social. Es obvio, como señalan García-Pérez y Torío (2013), que los problemas y necesidades de la población con trastornos mentales desbordan el ámbito sanitario-psiquiátrico. Las dimensiones de índole social, caracterizadas por discapacidades y déficits para el funcionamiento psicosocial autónomo, se ven también afectadas.



En cuanto a los dispositivos propios del sector privado o iniciativa social, varían en función de la entidad de referencia. En la Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Galicia (FEAFES-Galicia), entidad de iniciativa social que analizamos detalladamente en el apartado cuatro de este artículo, se contemplan los siguientes dispositivos:

- Centros de rehabilitación psicosocial y laboral
- Centros ocupacionales
- Centros Especiales de Empleo
- Vivienda y servicios residenciales
- Atención a domicilio

La atención que corresponde en estos dispositivos desde el modelo comunitario, no es la rotación por los distintos centros; consiste en un trabajo en red, dentro del cual se deben dar interacciones entre el territorio, los ciudadanos y las organizaciones (García-Pérez, Peña y Torío, 2016).

3. Los educadores y las educadoras sociales en el colectivo de salud mental.

Ya hemos señalado como la incorporación de la figura del educador y educadora social como profesional en el ámbito de la salud mental, es muy reciente. Esta incorporación tardía es consecuencia, según De Dios y Rigol (2004), del modelo hospitalario tradicional donde todavía se potencian profesionales de tipo asistencial médico caracterizados por realizar, generalmente, funciones de control y contención.

Hace más de treinta años, la reforma psiquiátrica cambió el modelo de atención a este colectivo, abriendo las puertas a alternativas socioeducativas y de apoyo en la comunidad. La realidad, es que es solo desde hace una década cuando, de una manera tímida, se comienza a dar relevancia al entorno comunitario y al conjunto de profesionales que en él intervienen, entre los que se encuentran los de la educación social. Sin embargo, no es inusual que se les siga observando como meros ejecutores de las indicaciones de otros profesionales (Pié, 2000). Esta situación, subraya la necesidad de fomentar y ubicar las funciones y el marco de intervención del educador y educadora social para que sus actuaciones profesionales sean respetadas. De Dios y Rigol (2004), señalan que podrán/deberán desarrollar todo el conjunto



de funciones generales y específicas descritas para la profesión, que hemos sintetizado en la tabla 4.

Tabla 4. Funciones del educador y educadora social en el ámbito de la salud mental

DENOMINACIÓN	DESCRIPCIÓN
Funciones generales	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar las dificultades desde un punto de vista educativo. - Contribuir a la superación de las dificultades con métodos psicopedagógicos. <p>En nuestra opinión sería más preciso aludir a métodos socioeducativos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acompañar en el proceso. - Actuar como mediador/a entre la persona con enfermedad mental y los servicios. - Fomentar el cumplimiento de los objetivos generales formulados.
Funciones específicas	<p><u>Atención directa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar entrevistas de acogida, seguimiento y valoración. - Dinamizar actividades y talleres constituyéndose como referente. - Reforzar la autonomía personal, dinamizar el fomento de la relación social y la inserción comunitaria. - Observar e intervenir dando prioridad a las necesidades de cada persona en cada momento. <p><u>Tareas de relación con el equipo interdisciplinario:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aportar e intercambiar la observación obtenida en la atención directa. - Participar en la elaboración, seguimiento, revisión y evaluación del PIRR y de los diferentes espacios de intervención. - Intervenir en todo el trabajo de equipo: reuniones, supervisiones clínicas y del propio equipo, docencia, investigación, etc. - Coordinación con otros servicios, trabajo en red. <p><u>De preparación al marco donde desarrolla la acción:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pensar, programar y evaluar las actividades individuales o grupales y los objetivos que se plantean en el proyecto psicoeducativo del centro de manera dinámica. - Realizar las gestiones precisas para organizar y llevar a cabo las actividades. - Transcribir de cada espacio de intervención lo que ha sido significativo para hacer un seguimiento del proceso de la persona y el grupo, y que se pueda utilizar para realizar las evaluaciones pertinentes. - Transcribir las diferentes entrevistas con la persona o la familia. - Controlar la asistencia de los participantes en las actividades. - Participar en las reuniones de coordinación con servicios colaboradores en diferentes espacios. - Tareas de acompañamiento o de ayuda domiciliaria. - Llevar o tutelar pisos asistidos.

Elaboración propia a partir de *Dios y Rigol* (2004)

Para el desempeño de estas funciones, la educación social promueve estrategias didácticas que fomentan la autonomía personal, dando lugar a que las relaciones de la vida cotidiana, sean



vehículos, contextos y contenidos de las acciones socioeducativas (García-Pérez, Peña y Torío, 2016). Siguiendo a Sánchez (2013), es importante acoger la singularidad de cada persona y la diversidad de disciplinas y saberes fragmentados que actúan en este ámbito, para producir un trabajo cuidadoso en el marco de problemáticas emergentes contemporáneas.

Otra cuestión son las capacidades y características específicas que deberían disponer los y las educadoras sociales especializadas en el ámbito de salud mental. Hernanz (2012) señala las siguientes: capacidad de interacción con la persona afectada y su familia; manejo de la angustia personal, delirios, alucinaciones y otros síntomas que pudieran presentar; equilibrio entre la rigidez y el pasotismo en las intervenciones; flexibilidad y tolerancia; no desanimarse ante las dificultades. Además, debe tener una actitud ante la persona y la intervención respetuosa, positiva, vocacional y de implicación en el trabajo. Por último, destacar la capacidad de trabajo en equipo y facultad de visión integral y a largo plazo.

Una herramienta clave que ayuda al educador y educadora social en el ejercicio de su profesión, es el código deontológico (ASEDES, 2007). Éste, proporciona el conjunto de principios y normas que orientan la acción y la conducta profesional, y que son de gran utilidad en este ámbito de intervención ante el sinnúmero de preguntas que pueden surgir en el ejercicio de la profesión (modo de mantener la confidencialidad en situaciones de conflictos de lealtades, respeto a las decisiones de la persona/necesidad de consentimiento para las intervenciones, etc.). No obstante, en este sentido es relevante la afirmación de Sánchez (2014) cuando destaca la necesidad de huir de protocolos o manuales, que describan soluciones universales y uniformes. Lo imprescindible, es considerar el siguiente principio ético: acoger la singularidad de cada caso.

4. Las educadoras los y educadores sociales en el ámbito de salud mental en Galicia: análisis de la realidad.

Con el objetivo principal de analizar la presencia y situación de las y los profesionales de la educación social en este ámbito en Galicia (equipamientos, dispositivos y asociacionismo de salud mental), se desarrolló un estudio mixto cuantitativo y cualitativo.

Como hemos señalado en el sector público en Galicia no se cuenta con ningún educador o educadora social en plantilla. Para conocer la realidad en el sector de la iniciativa social se realizó una investigación con la totalidad de entidades que trabajan en este ámbito en la

Comunidad Autónoma. Para ello, se ha tomado como referencia la Federación que las agrupa: la Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Galicia (FEAFES-Galicia). La indagación cuantitativa nos permitió obtener el número total de profesionales contratados, así como, su distribución por la geografía gallega, apreciándose notables diferencias interprovinciales, como se puede apreciar en la tabla 5.

Tabla 5. Educadores y educadoras sociales en las asociaciones de FEAFES-Galicia.

INSTITUCIÓN	NÚMERO DE EDUCADORES Y EDUCADORAS SOCIALES
A CORUÑA	
Apem-Betanzos	1
Apem-Cambre	1
Apem-Carballo	0
Apem-Cee	1
Apem-A Coruña	4
Portanova-Ferrol	1
Portanova-Cercido	0
Fonte da Virxe-Santiago	2
Andaina-Dodro	0
A Creba-Noia	0
A Creba-Ribeira	0
Federación de Santiago	1
Federación A Coruña	2
LUGO	
Alume-Lugo y Guitiriz	1
A Mariña-Burela, Ribadeo y Cervo	5 (3 con contrato de Monitora)
Albores-Chantada y Monforte	0
Federación Lugo	1
OURENSE	
Morea-Ourense	0
Morea-O Barco	0
Morea-Verín	0
Federación Ourense	0
PONTEVEDRA	
Lar-Vilagarcía	0
Alba-Pontevedra	0
Doa-Vigo	0
Doa-Cangas	0
Avelaiña-A Guarda y Baiona	3
Lenda-Redondela	1
Morea-Lalín	0
Federación Vigo	0
TOTAL	24

Elaboración propia

Como se observa en el conjunto de Galicia se contabilizan 24 profesionales en un total de 29 entidades, pero en 16 de las mismas (55,2%) no se contrata a ningún educador o educadora social. Por otra parte algunas de las profesionales, aunque realizan las funciones propias de la profesión están contratadas en calidad de monitoras. Otro hecho destacable es que en ninguna



asociación de tres de las principales ciudades gallegas (Ourense, Pontevedra y Vigo) existe esta figura profesional.

La segunda fase del estudio se orientó a conocer y valorar las responsabilidades, funciones y tareas que las y los educadores desenvuelven en este ámbito. Para ello se realizó una investigación cualitativa mediante entrevistas semiestructuradas a siete educadores y educadoras sociales de diversas entidades gallegas. En su selección se atendió a que hubiese representación de todas las provincias, y que la formación inicial se hubiese realizado en distintas universidades. Se trataba con ambos criterios de recoger la diversidad territorial y formativa para aportar mayor riqueza a la valoración realizada.

El perfil del conjunto de entrevistadas y entrevistados se corresponde con las siguientes características:

- *Género*: Mujeres (5), hombres (2)
- *Titulación en Educación Social*: Diplomadas/os (6); Graduada (1).
- *Universidad de formación*: Santiago de Compost. (2); Vigo (3); A Coruña (1); UNED (1). Otras titulaciones: Títulos de Master (3); Titulación en Psicopedagogía y postgrado en Orientación Laboral (1). TASOC y Monitora de Tiempo Libre (1)
- *Especialización en salud mental*: Cursos finalizados o en proceso de formación (7)
- *Categoría profesional en contrato*: Educadores y Educadoras Sociales (5); Orientadora Laboral (1); Técnica de Inserción (1)
- *Antigüedad laboral en el ámbito*: 1 año (2), 3 años (2), 6 años (1), 7 años (1), 9 años (1)
- *Provincia de trabajo*: A Coruña (5), Lugo (1), Pontevedra (1).

La entrevista siguió un guion con dos bloques o apartados centrados en los siguientes aspectos:

- *Formación y motivación*: referencias a la formación inicial recibida en el ámbito de salud mental, a la formación complementaria seguida posteriormente y a la motivación para dedicarse a este campo de trabajo.
- *Desempeño del trabajo*.
 - Funciones desempeñadas y correspondencia con las propias de la profesión.
 - Inserción del educador/a en los equipos interdisciplinares: integración, aportaciones, respeto al trabajo realizado.
 - Relaciones educativas y principales necesidades de las personas con quien trabajan.
 - Potencialidades, limitaciones y perspectivas de futuro de las educadoras/es sociales en el campo de salud mental.

Los resultados obtenidos se sintetizan en los siguientes datos:



Formación. Respecto a la formación, todas manifiestan que el colectivo de personas con trastornos mentales no fue abordado en las diferentes materias de la titulación y que ninguno de ellos poseía formación específica sobre este colectivo hasta que comenzó a desempeñar con él y a realizar cursos. Las entrevistadas señalan esta situación como una deficiencia que debería subsanarse:

“la falta de formación universitaria en salud mental, me ha llevado a tener que aumentar mis estudios para conseguir una especialización”.

“mi desconocimiento sobre este colectivo era tal, que en la entrevista de trabajo pensé en una película que había visto hacía unas semanas y que poco tenía que ver con la realidad”.

Funciones. En cuanto a las funciones que desempeñan, destacan que son profesionales polivalentes, con un perfil abierto. Una de las entrevistadas manifiesta que en la entidad que trabaja, aunque de forma adaptada, el educador o educadora puede realizar la mayoría de actividades que se llevan a cabo enfocándolas desde una perspectiva socioeducativa. Este hecho provoca intrusismo laboral, para evitarlo es importante que cada profesional tenga delimitada las funciones que debe realizar según su perfil, tratando que de esta manera no se produzcan situaciones como las recogidas:

“todas realizamos las mismas funciones sin importar la formación inicial” o “en ocasiones tenemos que realizar funciones propias de otras profesiones”.

Otro aspecto que cabe destacar es la larga trayectoria de algunos de estos profesionales en la institución en que desempeñan su labor. Dos de las educadoras entrevistadas en un principio fueron contratadas inicialmente como monitoras. Con el paso de los años, fueron ganando terreno dentro de la asociación pasando a una contratación como educadoras sociales y realizando actualmente funciones propias de profesionales socio-educativos. Pero también nos encontramos con entrevistadas que, a pesar de realizar funciones propias de la educación social, no están contratadas como tal. Ejemplos de estos hechos son:

“en un primer momento mis funciones se limitaron como monitora en un curso de cerámica, fue con el paso del tiempo cuando conseguí reconocimiento y empecé a realizar intervenciones socioeducativas”.

“comencé mi labor en esta asociación como monitora, dando clases de cocina y fútbol sala, con el paso de los años, fui ganando un mayor número de funciones y también responsabilidades”.

Entre las funciones señaladas destacan las siguientes: formación y acompañamiento en la búsqueda de empleo; formación en manejo de habilidades sociales; relación e interacción con

otros servicios y el equipo interdisciplinar; planificación, desarrollo y evaluación de actividades del centro e intervenciones con las familias; sensibilización de la sociedad.

Equipos interdisciplinares. Los y las profesionales entrevistadas, forman parte de equipos interdisciplinares que en el sector de iniciativa social suelen estar constituidos por psicólogos y psicólogas, terapeutas ocupacionales y trabajadores y trabajadoras sociales. Las relaciones entre ellos suelen ser buenas y de apoyo continuo, considerando la interdisciplinariedad como clave en este ámbito. Aunque en ocasiones, encuentran dificultades a la hora de argumentar y justificar las características de acción educativa que tienen muchas de las actividades previstas para incrementar la autonomía en la vida cotidiana (por ejemplo, enseñar a acudir a una cafetería y ser correctamente atendido), y que el equipo las ponga en valor. Uno de los entrevistados indica al respecto:

“nuestras intervenciones producen cierta incertidumbre en el resto de los y las profesionales que consideran que no se trata de una actividad profesional sino de lo que podría hacer un amigo o amiga”.

Relación educativa. Las interacciones de estos y estas educadoras sociales con las personas con las que trabajan, suelen estar basadas en la confianza, lo que facilita la detección de ciertos cambios en su vida diaria o mejoras que hacen posible la reducción de las medicaciones por parte de los y las psiquiatras. Además, señalan que el hecho de realizar actividades más relajadas como pueden ser de ocio en ambientes más distendidos y espacios comunitarios, hacen que las personas se encuentren cómodas y cuenten aspectos de su vida que en una terapia o en un despacho no se animan a decir.

Una de las entrevistadas destaca:

“mi relación con ellos es bastante buena, tienen confianza en mí y al hacer actividades más relajadas, como los paseos o actividades de ocio, me cuentan aspectos de su vida que a la psicóloga en las terapias en grupo no se animan a contar”.

Otra afirma que:

“en mi caso no soy una profesional que esté realizando actividades continuamente con ellos y al encontrarme dentro de un despacho las relaciones se vuelven más frías, así que en numerosas ocasiones salgo fuera e intento hablar con ellos para ganarme su confianza”.

Potencialidades, limitaciones y perspectivas de futuro. En consonancia con la época actual, las limitaciones que se suelen destacar en el ámbito investigado, están relacionadas con los factores tiempo y dinero. A las personas entrevistadas las entidades en las que trabajan les dan



libertad para poder desarrollar las actividades que consideren pertinentes, siempre teniendo en cuenta estos dos factores. Esta limitación es destacada como un obstáculo, pues no les permite trabajar con programas individualizados en el propio entorno de la persona, debido a su elevado coste:

“evaluamos constantemente, necesitamos justificar en dirección las acciones que realizamos en un programa individualizado, mucho más costoso que llenar una clase de personas y hacer una actividad”.

Otras de las limitaciones que señalan son: la crisis económica actual con la consiguiente reducción de las ayudas tanto para las entidades como para las personas atendidas; las dificultades de éstas en el acceso a certificados de discapacidad; los inconvenientes para poder encontrar un empleo, muchas veces derivado de los procesos de medicación; y por último, el estigma y el auto-estigma presente en este colectivo. En referencia a esto último, una de las entrevistadas destaca:

“si me encuentran por la calle, muestran cierta vergüenza al saludarme porque soy la educadora social de un centro de rehabilitación y ellos mismos suelen estar avergonzados de tener que acudir a estas entidades”.

Como perspectivas de futuro destacan la necesidad de ampliar las actuaciones en el marco del modelo comunitario, aumentar los dispositivos para personas de tercera edad con problemas de salud mental y reivindicar la figura de los y las educadoras sociales como relevantes en este ámbito. En una de las entrevistas se señala:

“son necesarios programas asertivo-comunitarios donde los y las educadoras sociales se convierten en profesionales clave para desarrollar las actividades”.

Para finalizar este apartado se recogen aspectos que los y las entrevistadas consideran clave de los y las educadoras sociales para tener mayor cabida en el ámbito de la salud mental: son profesionales capacitados para realizar intervenciones socioeducativas; para trabajar colaborativamente en equipos multidisciplinares compartiendo tareas comunes; y para realizar acciones de una manera integral teniendo en cuenta el marco de la comunidad.

Conclusiones.

En cuanto al papel que llevan a cabo los educadores y educadoras sociales en el ámbito de salud mental en Galicia, se puede destacar que aunque todavía queda un largo camino, se está comenzando a valorar a los y las profesionales socioeducativos. A pesar de que existen



grandes diferencias entre lo que ocurre en el sector público, y los sectores privados y de iniciativa social.

Comparando Galicia con otros contextos, cabe destacar que aunque siguiendo tanto la Ley General de Sanidad, como la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional se empiezan a incluir más intervenciones a nivel comunitario, pero en pocas ocasiones son realizadas por educadores y educadoras sociales, máxime cuando se realizan desde entidades públicas.

En la actualidad, desde el sector público gallego es una gran necesidad que se produzca un cambio en las intervenciones planteadas, combinando las acciones clínico-asistenciales con las propias de un modelo comunitario. Este déficit del ámbito público, junto a un proceso de desinstitucionalización sin previsión de atención externa, hace que se convierta en una necesidad el movimiento asociativo de personas con enfermedad mental y sus familias. Se ha comprobado en la investigación realizada que es en este espacio donde, a lo largo de la última década y cada vez más, se incorpora el perfil de los y las educadoras sociales por el tipo de intervenciones que realizan.

A pesar de que las posibilidades de inserción laboral son mayores en el sector de iniciativa social, no podemos olvidar que hablamos de un total de 24 profesionales en toda Galicia y que se registran un total de 16 delegaciones de asociaciones que no cuentan con ninguno. Así como una provincia gallega, Ourense, donde en ninguna de las entidades se contempla este perfil.

A mayores de la necesidad de incluir más profesionales socioeducativos, mediante las entrevistas realizadas hemos podido detectar que es necesario delimitar las funciones de los y las educadoras sociales dentro de este ámbito; es preciso concretar el significado del término polivalencia: estar capacitado para realizar diversas funciones no quiere decir asumir las que corresponden a otras profesiones. Será a partir de esta delimitación cuando se empiece a respetar este perfil profesional.

Otro aspecto que hemos recogido y que cabe destacar, es la necesidad de incidir en que los y las profesionales socioeducativos, sean contratados como tal, y no tengan que comenzar a desempeñar sus funciones como monitores, u otras denominaciones. Profesionales que se ven obligados, a tener que ganarse con el paso del tiempo la contratación laboral que merecen



desde un principio, pues desde que finalizan sus estudios universitarios están cualificados para ser educadores y educadoras sociales.

Es indispensable denunciar y avanzar en las deficiencias señaladas para poder llevar a cabo acciones socioeducativas que, señalan los y las entrevistadas, son propias del modelo comunitario. El modelo que se asienta en la capacidad de las personas para ser las protagonistas de la propia acción, independientemente de las etiquetas: todas las personas de la comunidad de referencia con o sin trastornos atribuidos se implican directamente en la planificación y desarrollo de las iniciativas que transformarán su contexto, sus relaciones, su vida.

Pero no son exclusivamente las acciones comunitarias donde los profesionales de la educación social por su perfil y capacidades tienen relevancia, sino que también debe contemplarse en los ámbitos asistencial-sanitario y laboral, pues están cualificados para desempeñar su labor en ellos.

En definitiva, los y las educadoras sociales son parte fundamental en los equipos interdisciplinarios de salud mental para seguir evolucionando en la atención y acompañamiento a este colectivo reafirmando procesos educativos para la transformación, en los que se potencia a todas las personas como ciudadanas, miembros activos de una comunidad en la que participan.

Bibliografía

- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asociación Estatal de Educación Social (2007). *Documentos profesionalizadores*. Recuperado de <http://www.eduso.net/archivo/docdow.php?id=143>
- De Dios, J. y Rigol, M. (Diciembre, 2004). El Educador Social en el proceso de Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental. *Revista de Educación Social*, 3. Recuperado de <http://www.eduso.net/res/?b=5&c=42&n=124>
- Feafes-Galicia. (2017). *Memoria Anual 2016*. Recuperado de <http://feafesgalicia.org/img/documentacion/memorias-anuales/MEMORIA%202014%20esp.pdf>
- Fernández Santiago, P. (2012). Familia y sociedad ante la salud mental. En A. M^a. Marcos del Cano y G. Topa (Eds.), *Salud mental comunitaria*, 511-530. Madrid, España: UNED.
- García-Pérez, O. y Torío, S. (2013). Funcionamiento básico y social de los usuarios de las viviendas supervisadas para personas con trastorno mental severo en Asturias: necesidad de una



- intervención pedagógica. *Revista Complutense de Educación*, 25(2), 411-431. https://doi.org/10.5209/rev_RCED.2014.v25.n2.41659
- García-Pérez, O., Peña, J. V. y Torío, S. (2016). Atención socioeducativa y trastorno mental severo: la vivienda como base de intervención. *Convergencia*, 23(72), 171-197. Recuperado a partir de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1405-14352016000300171&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Haro, J.M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M. Bernal, M. Luque, I., Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESE MeD-España. *Medicina clínica*, 126 (12), 445-451. <https://doi.org/10.1157/13086324>
- Hernanz, M^a. M. (2012). *Modelos de rehabilitación*. En A. M^a. Marcos del Cano y G.Topa (Eds.), *Salud mental comunitaria*, 319-350. Madrid, España: UNED.
- Instituto de Información Sanitaria. (2009). *Atención a la salud mental*. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/Salud_Mental_2009.pdf
- Larreina, M. (2012). Psicoeducación y entrenamiento en habilidades sociales. En A. M^a. Marcos del Cano y G. Topa (Eds.), *Salud mental comunitaria*, 351-370. Madrid, España: UNED.
- Marcos del Cano, A. M^a. (2012). Salud mental y bioética. En A. M^a. Marcos del Cano y G.Topa (Eds.), *Salud mental comunitaria*, 453-484. Madrid, España: UNED.
- Pérez Yruela, M. y Navarro Ardoy, L. (2013). El Tercer Sector de acción social en España. Situación y retos en un contexto de crisis. *Revista Tercer Sector*, 23, 41-58. Recuperado de <http://www.fundacionluisvives.org/rets/23/articulos/101406/index.html>
- Pié, A. (2000). Intervención educativa y salud mental. *Educación Social: revista de intervención socioeducativa*, 16, pp. 91-104. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/EducacionSocial/article/view/171830/241889>
- Rodríguez González, A. y Bravo, M^a.F. (2003). Marco general y conceptualización. En C. Gisbert (Eds.), *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del Trastorno Mental Severo*, 15-53. Madrid, España: AEN.
- Sánchez, C. (2013). La figura del Educador Social en el campo de la Salud Mental Comunitaria: el amor por la pregunta y la construcción del caso en red. *Norte de Salud Mental*, 11 (45), 33-39. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4222085.pdf>
- Sánchez, C. (2014). Grupo de trabajo e investigación sobre la práctica de los educadores sociales en el campo de la Salud Mental. *Norte de Salud Mental*, 12 (49), 85-90. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4830461.pdf>

