

Servicios sociales comunitarios ante un caso de persona mayor semiabandonada con demencia

Community Social Services facing a case of partially abandoned eldest person with dementia

AGUSTÍN QUÍLEZ CLAVERO¹

Trabajador Social. Comarca de Andorra Sierra de Arcos

Recibido: 14/12/2015

Aceptado: 09/06/2016

Resumen: Los Servicios Sociales Comunitarios están en la primera línea de atención de los problemas sociales emergentes. Su definición como servicios integrados en la comunidad de carácter polivalente provoca que traten de afrontar casos especialmente complejos que ningún otro estamento afronta de modo global. El aumento de casos de exclusión social por motivo de deterioro cognitivo o enfermedad mental, motiva un previsible déficit de atención, puesto que el momento que atraviesan estos servicios es de sobrecarga, debido al aumento de demanda provocado por el aumento de situaciones económicas de dificultad que se afrontan, y por la puesta en marcha de la llamada ley de dependencia. La falta de servicios especializados en el sector de salud mental en el medio rural queda de manifiesto lo cual trata de paliarse con una coordinación adecuada entre los servicios que operan en el territorio.

Palabras clave: Servicios sociales comunitarios, reforma psiquiátrica, incapacidad judicial, demencia, trabajo social sistémico.

Abstract: Community Social Services are in the frontline for facing emergent social problems. Their definition, as services integrated in the community with polyvalent character, has as a consequence they try to manage especially complex cases. The rise of mental illness and dementia cases put these local services face to face with social problems no easy to deal. This increase of social exclusion cases causes a probable weakness in the offered support due to the moment that is crossing these services with a big amount of tasks for the increasing figure of difficulty economic situation and the arrival of the called Dependence law. The lack of specialized services for mental illness in rural areas, clearly emerges. As a consequence, community services operating in the area try to deal with a correct coordination.

Keywords: Community social services, psychiatric reform, court incapability-dementia, systemic social work.

1. INTRODUCCIÓN

Recientemente se inició una intervención social en un Servicio Social Comunitario del Norte de Teruel para atender a una persona mayor que sufría demencia. Se convirtió en un caso susceptible de acompañamiento social por el riesgo que represen-

taba una persona con una demencia incapacitante sin red informal de apoyo. Las particularidades del caso, y el intensivo trabajo que requirió motivan la descripción de unas prácticas profesionales, que podrían presentarse como un ejemplo de buenas prácticas, con los medios con los que se dispone. Se consideran buenas a pesar de que en las conclusiones se harán

1. Doctorando del Programa de Sociología de las Políticas Públicas y Sociales de la Universidad de Zaragoza.

propuestas para tratar de acometer un óptimo abordaje futuro de un caso similar.

Se quiere analizar el papel que desempeña el Servicio Social Comunitario² cuando una demanda no es abordada de manera global por ningún otro organismo. Como expone Manuel Aguilar (2014), estos servicios se configuran como una estructura de soporte cuando el resto de los sistemas de protección no alcanzan a dar una respuesta idónea. En ocasiones se recurre a este servicio como último recurso. No se traslada al SSC la demanda por la existencia de un protocolo de acción. Simplemente se observa que un determinado caso no puede ser afrontado convenientemente ni por la familia (por ausencia de ésta) ni por el resto de recursos sociales o sanitarios. Es entonces cuando se recurre al SSC.

En el caso que se presentará, la demanda la planteó el Centro de Salud de una localidad de 8000 habitantes, que pidió la intervención del SSC, mediante la trabajadora social. La complejidad del caso así lo requirió, ya que el problema no se limitaba al incumplimiento de un tratamiento médico, sino que había una serie de circunstancias sociales que ocasionaban la falta de un autocuidado mínimo. Como bien indica la trabajadora social Carmen Boillos (2012), desde otro ámbito geográfico (Soria), casos similares suelen ser denunciados a diferentes estamentos por vecinos o familiares. Esta autora se lamenta de "la falta de recursos y protocolos específicos de intervención" (2012:320). Se refiere a los casos de Síndrome de Diógenes. El que se va a presentar tiene ciertas similitudes con el Síndrome de Diógenes en lo que respecta al abandono pero la problemática principal era la demencia.

Hay que enmarcar este caso en el contexto de una tendencia de afrontar la enfermedad mental con un enfoque comunitario tras la Reforma Psiquiátrica. El cierre de los internados tiene por consecuencia la necesidad de una atención más integrada en la comunidad para estos pacientes, para la cual no siempre está preparada esta comunidad (Desviat, 2010). El artículo no sólo pretende poner de relieve la labor de los Servicios Sociales de las entidades locales sino también proponer una reflexión sobre la adecuación de los recursos de la Comunidad para personas que sufren enfermedad mental o deterioro cognitivo. Ambas cuestiones aparecen conectadas en el caso que se va a presentar.

Los SSC se configuran como una red pública que garantiza a todos los ciudadanos una atención social en primera instancia. En la Ley Aragonesa de Servicios Sociales (2009) se les denomina Servicios Sociales Generales. Si bien cada Comunidad Autónoma tiene legislación propia, el hecho de estar durante largos años bajo el paraguas común del Plan Concertado de Servicios Sociales (con la excepción de Navarra y País Vasco), ha propiciado una

cierta homogeneidad de este servicio en cualquier punto de la geografía española. Las prestaciones sociales básicas otorgan este denominador común a la mayor parte de estos servicios de atención primaria en toda la nación. En la literatura especializada se puede encontrar una caracterización de estos servicios con la alusión al logro de unas mejores condiciones de vida mediante "una atención integrada y polivalente" (Uceda et al., 2014:248).

La grave problemática de Salud Mental que presentaba la usuaria aconsejaba la intervención de un Servicio Especializado, sin embargo se contó en primera instancia con el SSC para afrontar el caso, dado su carácter de puerta de entrada al sistema. Por otra parte también se contó con el SSC por ser quien gestiona el Servicio de Ayuda a Domicilio. Estos servicios se facilitaron antes de promover un internamiento en una residencia. Es decir, se inició una intervención integrada, sin apartar de su entorno a la usuaria. Este tipo de actuaciones, previas a los internamientos, son frecuentes en el ámbito de los SSC. De hecho uno de los objetivos del Servicio de Ayuda a Domicilio es evitar internamientos prematuros.

Es importante resaltar que el trabajo de acompañamiento social no solo está contextualizado en un SSC sino también en el medio rural, lo cual representa una proximidad notoria de los servicios y, en este caso, facilitó la posibilidad de trabajar coordinadamente entre algunos servicios.

Una vez esbozado el contexto de la intervención dentro de un SSC del medio rural, se debe hablar del contexto intrínseco a la tipología de la problemática que se tenía que afrontar. La tipología del caso hay que encuadrarla teniendo en cuenta la legislación relativa a la incapacidad judicial, los ingresos involuntarios y las obligaciones de las administraciones públicas respecto de este tipo de casos, con un claro componente sociosanitario.

El marco operativo son los Servicios Sociales en el medio rural. Por otra parte, el marco jurídico al que se somete la intervención, obliga a exponer otras claves de la intervención, sin perder de vista el incremento de procedimientos de incapacidad judicial de los últimos años (OBSCAC, 2013)³. El crecimiento de este tipo de procedimientos tiene su explicación por cuestiones sociodemográficas. El envejecimiento de la población y el debilitamiento de las redes familiares provocan una mayor judicialización de casos de personas mayores que sufren demencia (Moreno, 2014). Por otra parte se contabiliza un incremento de las enfermedades mentales (algunas asociadas al consumo de drogas) que también inciden en una mayor casuística de las estadísticas nombradas. Se trata de personas que precisan una

2. En lo sucesivo se empleará la abreviatura SSC.

3. Observatorio sobre salud, autonomía, competencia y derechos humanos

figura legal de protección por su situación de indefensión, que viene dada por el nombramiento de un tutor legal. La literatura especializada en la materia (OBSCAC, 2013) señala el incremento de las discapacidades en general lo cual incide en un probable incremento de los procedimientos de incapacitación judicial. Este incremento, en algunos casos, provoca controversia. Por ejemplo, el fiscal de la Audiencia Provincial de Córdoba Fernando Santos (2009) considera que algunos expedientes de demanda de incapacidad judicial responden a una falta de recursos sociales. Otros expertos como Lázaro (2011) ven que otras legislaciones europeas (derecho comparado) resuelven de un modo más ágil el problema que presentan las personas mayores discapacitadas con la figura del guardador de hecho.

Pese al interés del debate, se constata el incremento de la casuística por los motivos nombrados y por un efecto acumulativo, puesto que es improbable la remoción de la Incapacidad Judicial por causa de una recuperación. De este aumento del número de expedientes en los juzgados, se deriva un mayor trabajo potencial de apoyo por parte de los poderes públicos. De hecho, una buena parte de los expedientes de Incapacidad Judicial terminan con la asunción de la tutela por parte de las entidades públicas. Es decir, en un alto porcentaje de los casos, el tutor que se nombra para proteger los derechos del incapacitado judicialmente no pertenece al ámbito familiar sino que es el Gobierno de Aragón quien asume esa tutela, como antes se ha apuntado. Sin embargo, desde que un caso es detectado hasta que pasa a ser tutelado o bien por la familia o bien por la Entidad pública, suele pasar un tiempo, que en la mayor parte de los casos, supera un año. En esos periodos se observa un déficit en el sistema de atención. Es evidente que no se puede generalizar. No toda la población con problemas neuropsiquiátricos tiene las mismas necesidades pero es cierto que están bajo una misma lógica de atención sociosanitaria. Desde el punto de vista del trabajo social, se puede consultar en ciertas fuentes (Garcés, 2010) cómo este tipo de pacientes han adquirido unos derechos de ciudadanía considerables que no se deben descuidar. "En la década de los 80, se produce un gran cambio en la concepción del enfermo mental, pasando a ser una persona sujeto de derechos y obligaciones" (Garcés, 2010:335).

En la misma línea, pero desde el punto de vista jurídico, se pronuncia María Fernanda Moretón (2011), la cual señala el reconocimiento de derechos de personas en situación vulnerable en la llamada *Ley de Dependencia*, como por ejemplo el derecho a no ser internados sin consentimiento. Esta cuestión ha provocado que recientemente se distribuyera una circular interna a las residencias de la Comunidad Autónoma para *regular* a

aquellas personas con deterioro cognitivo ingresadas sin consentimiento formal y sin haber sido incapacitadas judicialmente. Es decir, se plantearon los efectos prácticos de una corriente jurídica que aboga por la protección de los derechos de personas en situación de vulnerabilidad.

Recapitulando lo expuesto en este marco teórico, se puede advertir que, unos servicios sociales generales, acuciados por el aumento de la demanda, asumen un rol importante en un campo de acción (la salud mental y la exclusión) que también está experimentando un pronunciado incremento en su demanda.

2. MATERIAL Y MÉTODO

El análisis de la Historia Social (expediente administrativo de una incapacitada judicial) ha sido la principal aportación documental para elaborar este artículo. Se trata de una fuente de información fidedigna. Suelen recogerse en ella documentos oficiales, como por ejemplo las citaciones y comparencias a los juicios. Como complemento a esta fuente de información se creyó necesario contar con otros puntos de vista que enriquecieran el análisis. Era oportuno porque en el caso se intervino conjuntamente. El Centro de Salud, una ONG y la Sección de Tutelas de la Dirección Provincial del Instituto Aragonés de Servicios Sociales del Gobierno de Aragón (en adelante IASS) intervinieron en coordinación con el SSC. Por eso se creyó conveniente pedir su colaboración para este artículo. Esta colaboración consistió en la realización de tres entrevistas semiestructuradas en las que se trataba de reflejar la actuación más específica que acometieron cada uno de los actores de la intervención. Los motivos de la elección de estos entrevistados responden a su actuación directa en el abordaje del caso. Concretamente se entrevistó a la trabajadora social del Centro de Salud correspondiente, a la psicóloga de la asociación ASAPME (Asociación Pro Salud Mental Bajo Aragón) y a un trabajador del IASS.

La intervención de estos actores viene dada por los motivos que se expresan a continuación.

El concurso de la trabajadora social del Centro de Salud se basó en la detección y derivación del caso y la constante coordinación con el SSC. Esta figura profesional hace de interlocutora del Centro de Salud y es el enlace con los médicos⁴, cuyos informes son clave para posibilitar la apertura de diligencias en el Juzgado correspondiente. Como se explica, esta profesional, no solo derivó el caso al SSC sino que participó activamente en varias actuaciones (como fueron visitas a domicilio o contactos con el estamento judicial) en comunión con el resto de actores que intervenían en

4. Se reconoce el androcentrismo del lenguaje y la alta presencia femenina en el sector sanitario pero por una mayor claridad expositiva se emplea el genérico masculino.

el caso. Se le selecciona por su rol de informante clave. Se empleó la técnica de la entrevista semiestructurada.

ASAPME es una asociación sin ánimo de lucro que optó, en su momento, a un concurso público para la adjudicación de un servicio del Gobierno de Aragón. Por el periodo de dos años esta asociación adquiere el compromiso de apoyar a la Comisión de Tutelas del IASS (Gobierno de Aragón) en su labor de tutelar a personas con incapacidad judicial. En particular se ocupan de llevar a los Servicios Médicos a las personas que se les encomienda y de ir visitándolos periódicamente en sus domicilios. La asociación cuenta con un equipo profesional para este cometido, del cual se puede destacar a la psicóloga por su implicación en este caso, la cual fue entrevistada para esta investigación. Se considera que al intervenir directamente con Manuela era conveniente contar con una entrevista semiestructurada que reflejara la labor realizada por esta asociación. La entrevista, pues, se dirigió a una informante clave.

El IASS (Comisión de Tutelas del Gobierno de Aragón) fue nombrado como Defensor Judicial en el procedimiento abierto por incapacidad judicial de Manuela. Desde ese momento su intervención en el caso fue creciendo hasta que finalmente, una vez dictaminada la incapacidad judicial de Manuela, asumió su tutela, tutela que fue delegada en la Directora Provincial del IASS. Dada su posición central en este caso se creyó conveniente recoger la intervención del trabajador social del IASS, en una entrevista semiestructurada, para poder plasmar su decisiva participación en la atención de las necesidades de Manuela.

Las entrevistas se llevaron a cabo en las oficinas del Centro de Salud que correspondía, en las oficinas del IASS y en la sede de ASAPME. La duración aproximada fue de media hora y se realizaron el 3 de junio, el 17 de junio y el 26 de junio. Para poder analizar el contenido de las entrevistas, se transcribieron, lo cual posibilitó las citas textuales.

3. RESULTADOS

Gracias a la Historia Social se puede observar cómo fue el devenir de este caso desde el punto de vista cronológico. Sin embargo, ya se ha apuntado antes que esta Intervención Social no pertenece al SSC en exclusiva, por lo tanto se hará referencia a actuaciones coparticipadas por otros actores, en su mayor parte trabajadores sociales, aunque también por otros profesionales del ámbito social.

Se hará una breve descripción de los hitos más relevantes del caso en el que se verá cómo se desarrolla el Trabajo Social desde la detección hasta la resolución del caso. Se va a presentar el caso cronológicamente y no siguiendo un esquema del método de trabajo social: estudio-diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación. La idiosincrasia de la problemática no permitió una secuencia perfectamente lineal. Las fases aludidas dependían no

sólo de la lógica del caso sino también de decisiones judiciales que condicionaban el trabajo de los profesionales del trabajo social con todas sus consecuencias. El modelo que se sigue para abordar este caso tiene inspiración sistémica por pretender un enfoque integrador (Viscarret, 2007).

Manuela es una mujer de 88 años que presenta comportamientos compatibles con demencia. Vive sola en un pueblo de 8000 habitantes del Norte de Teruel, es soltera. Su conducta resulta muy extraña a juicio de sus primas, sobrinos y vecinos. En el Centro de Salud han detectado que no sigue los tratamientos que se le indican, por lo cual el SSC recibe una demanda de ayuda.

En cualquier intervención social se debe comenzar por acometer una fase exploratoria que ayude a elaborar un plan de intervención. Es clave, en este tipo de casos, obtener un diagnóstico médico preciso de la persona objeto de intervención para poder pasar a otras fases con una base sólida. El diagnóstico médico no pudo ser preciso debido al escaso Historial médico y al rechazo genérico de Manuela a la institución sanitaria. Más sencillo fue el diagnóstico social. Para posibilitar este diagnóstico social, se habían recogido datos provenientes de los testimonios de la red informal y de la observación directa. Dos trabajadores sociales fuimos testigos a través de visitas a domicilio y entrevistas de cómo vivía Manuela. Esta etapa exploratoria ya permitía trazar un plan de intervención puesto que se podía justificar la necesidad de apoyo, que dos trabajadores sociales habían detectado, a través del Programa de Ayuda a Domicilio. Era patente el deterioro de las condiciones de vida de Manuela. Más concretamente se puede hablar de varias constataciones. No había orden ni limpieza en el hogar. Manuela no cuidaba su higiene ni su aspecto personal y tampoco había garantía de que se alimentara de modo suficiente. El único vínculo que representaba una red de seguridad para Manuela, era una prima hermana que vivía a escasos metros de ella y que velaba porque todos los días saliera de su casa y no estuviera enferma. Por lo expuesto, el estudio y diagnóstico de este caso invitaba a proporcionar diferentes servicios de atención domiciliaria para Manuela. Por otra parte, Manuela rechazó este ofrecimiento pese a la reiteración de la propuesta. Admitía ingresar en una residencia "más adelante", lo cual se podía interpretar como una evasiva. El *contrato* con el usuario, que cualquier modelo de intervención propone, no iba a ser asumido por una de las partes, por lo tanto se iba a trabajar desde otros supuestos.

Inicialmente no intervinieron en el caso ni la Asociación Pro Salud Mental ni el IASS. Por lo tanto, la única coordinación que existió fue la de los trabajadores sociales del Centro de Salud y del Servicio Social Comunitario. Éstos fueron quienes acometieron una primera intervención sin la colaboración de la usuaria. Si bien la planificación del caso preveía iniciar unos servicios de atención a domicilio, la negativa de Manuela a aceptar cualquier tipo de

ayuda hizo que el caso discurriera por otros derroteros. El deterioro cognitivo de Manuela le impedía vislumbrar con claridad cuáles eran sus necesidades. Se debía lograr una posición de autoridad para proteger a Manuela de sus poco acertadas decisiones. Por lo tanto se insistió en lograr un diagnóstico para Manuela por parte de la médica de cabecera, la cual ya había comprobado en la paciente reiterados incumplimientos de indicaciones y tratamientos. Se diagnosticó a Manuela con demencia (pese a no poder contar con el criterio de Neurología), lo cual daba pie a completar un expediente susceptible de ser enviado al Juzgado para determinar, mediante un examen forense, si la presunta incapaz realmente lo era. La denuncia ante el Juzgado se emitió en el mes de diciembre de 2013. Se formuló conjuntamente por la trabajadora social del Centro de Salud y por el del SSC.

Denunciar el caso ante el Juzgado, realmente no supone una *Intervención Social* sino más bien un deber. El deber ético de poner en conocimiento de la autoridad la existencia de un presunto incapaz supuso poner en marcha unos mecanismos legales para proteger los derechos de esa persona. Se puede hablar de una intervención indirecta desde que se denuncia el caso hasta que el Juzgado otorga al IASS la Tutela de la persona incapacitada judicialmente. Se realizó un seguimiento del caso a través de la red informal de Manuela, que se ponía en contacto con los Servicios correspondientes si se producía alguna incidencia. También se fue a visitar a Manuela por si cambiaba de criterio en cuanto a recibir servicios domiciliarios o accedía a ingresar a una residencia. Tras el examen del expediente, el juzgado determinó la incapacitación judicial y el nombramiento de tutor. Se otorgó al IASS este cometido porque que ninguno de los familiares de Manuela (de tercer grado) se postuló para hacerlo. En octubre del mismo año, unos diez meses después de haber denunciado la situación, se produce una reunión a tres bandas. Tutela de Adultos, ASAPME y el Servicio Social Comunitario se reúnen para diseñar un plan de intervención previo al internamiento de Manuela en una residencia de mayores. La fase exploratoria no debía repetirse, por lo tanto el IASS pidió actuaciones concretas tanto a ASAPME como al SSC. Se planificó y se ejecutó con celeridad.

“Lo que se intenta en un primer momento es el mantenimiento de esta persona en su domicilio. No tiene las capacidades totalmente alteradas y evidentemente no hemos trabajado con ella qué aspectos de necesidades puede tener” (Ent. 3)

“Las indicaciones de Tutelas son el visitarla una vez a la semana. Me informa que va a ser un trabajo coordinado y que también van a estar implicados Servicios Sociales Comarcales (...) por Ayuda a Domicilio. Y desde la Asociación (...) también tramitarle lo que sería el Servicio de Comidas a Domicilio” (Ent 2.)

En concreto ASAPME debía vigilar el estado de salud de Manuela con visitas semanales y comenzar un Servicio de Comida a Domicilio y el SSC debía poner en marcha el Servicio de Ayuda a Domicilio.

Contra la *voluntad* de Manuela se iniciaron estos servicios a finales del mismo mes de octubre. Se hizo patente el deterioro cognitivo de Manuela al poder observarla con un trato más diario. No entendió en ningún momento qué debía hacer con la comida que se le repartía ni para qué iba una auxiliar de ayuda a domicilio a su casa.

“Nuestras visitas (...), no tuvieron mucho enganche con ella. De una visita a otra apenas nos recordaba (...) Y ha habido mucha desconfianza. (...) Era complicada de llevar (...) De los tres servicios que se iniciaron solo se vieron luces de esperanzas con uno. (...) Lo que fue un fracaso fue las Comidas a Domicilio.” (Ent 2)

Se pidió la complicidad de la prima hermana (persona de su confianza) para la aceptación de estos servicios, pero ni siquiera de esta manera se obtuvo el resultado deseado. Del análisis de lo sucedido se reforzó la idea del serio deterioro de las facultades mentales de Manuela. De hecho, en este periodo de dos meses que contó con servicios domiciliarios, Manuela sufrió un desmayo en plena calle que motivó que la ambulancia la llevara a Urgencias. En este servicio diagnosticaron deshidratación y desnutrición. También protagonizó otros incidentes con vecinos de la localidad, con extraños comportamientos, que reforzaban nuestra impresión diagnóstica inicial de la pérdida de autonomía personal. No sólo se evidenciaba la insuficiencia de los servicios domiciliarios puestos en marcha, sino que se puso de relieve un riesgo para la salud de Manuela, lo cual motivó adoptar otro criterio para modificar la intervención. Se puede hablar de una nueva exploración, un nuevo diagnóstico y un nuevo plan de intervención. Puesto que se había intentado convencerla de que ingresara en una Residencia y rechazaba la idea, se dio por terminada la vía de la persuasión. (De hecho se le propuso ir a una Residencia en la que vivían vecinas suyas y también la rechazó, incluso siguió su rechazo cuando la propuesta provenía de su prima o su sobrino). Se documentó un nuevo expediente para proponer al Juzgado el internamiento involuntario en centro geriátrico. El juzgado, a la vista de este expediente, autorizó al IASS a ejecutar ese internamiento el cual se materializó en el mes de febrero. Fue necesaria la intervención de la fuerza pública para lograrlo, dada la falta de capacidad de Manuela. Finalmente, ingresó en una Residencia, en la cual se adaptó con bastante rapidez y no trató de escaparse. En visita a la Residencia, en el mes de mayo, se pudo comprobar la mejoría de su aspecto personal, su adaptación a la vida de la residencia y la mejora de su salud. En llamadas telefónicas posteriores se comprobó

que esa adaptación se había consolidado. Había una garantía de que estaba bien nutrida y que iba a las citas con médicos especialistas de modo habitual. También participaba en algunas actividades de la residencia como la gimnasia pasiva.

4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En general, se considera que la labor del Trabajo Social con Manuela logró los objetivos marcados. Sin embargo, se quiere poner de relieve que no se trata de un caso *tipo*. Cada caso es distinto y se debe individualizar. Posiblemente otro tipo de paciente daría lugar a otro tipo de intervención por lo cual se harán ciertas consideraciones que no pretenden erigirse en una *receta de éxito*. Se cree que lo más importante es reflexionar sobre el contexto en el que se produjo la intervención más que en el caso individual.

En la introducción se habló de la inacabada reforma psiquiátrica y la falta de recursos comunitarios para este tipo de personas. Desde la detección hasta la intervención pasan los meses sin que se asuma la decisión de denunciar el caso y afrontarlo desde una posición central. Si bien asume la responsabilidad el Servicio Social Comunitario, se estima que lo hace en ausencia de otros estamentos que afronten la situación. Al tener la consideración de servicio polivalente, en ocasiones, da respuesta a situaciones no abordadas por otros organismos que las detectan. En una coyuntura de sobrecarga de trabajo debida a la crisis (Carbonero, 2012), no resulta sencillo responder ciertas labores que requieren gran intensidad de trabajo por su especial situación de exclusión. Estas reflexiones vienen dadas porque el SSC no está dotado ni formado para asumir ciertos retos, derivados por emergentes fenómenos sociales aunque también por una ausencia de recursos proveniente de la inacabada reforma psiquiátrica. Se da una tensión entre una corriente profesional cercana al comunitarismo (Casado y Fantova, 2007) y la falta de preparación de la comunidad para asumir casos complejos. Esa tensión se puede hacer extensible a la labor del trabajo social, que se multiplica para lograr paliar el déficit de recursos (y la dispersión de competencias) con un esfuerzo en coordinar los diferentes estamentos que pueden aportar bienestar al ciudadano.

En resumen, se puede hablar de un contexto de falta de medios, muy en la línea de lo que expresa Boíllos (2012) o el Defensor del Pueblo Andaluz (2013) con relación a los casos similares. Ciertas instituciones se limitan estrictamente a su cometido. No se da una visión sistémica pese a que la complejidad de las situaciones así lo requiere.

Probablemente el Juzgado se limitaba a hacer su tarea del mejor modo que podía con los medios de los que disponía. Hay que asumir que en el medio rural no existen juzgados especializados en la materia, como sí existe en la ciudad de Zaragoza. Sin embargo, el tipo de caso que se estaba abordando planteaba di-

ficultades añadidas. La falta de una persona de referencia que representara la demanda de necesidad dificultó la labor de ayuda. Ni los sobrinos ni las primas asumieron el papel de cuidadores, ni de defensores judiciales, ni quisieron asumir la tutoría. Se trataba de familia de tercer grado que se implicaba en la resolución del caso a su manera, lo cual se expresa con el máximo respeto, porque es necesario reconocer que su aportación fue importante y necesaria. Se realizó un trabajo social de redes en los que se los tuvo en cuenta como parte importante. Quizá se debía haber trabajado en atenuar el miedo que puede representar ir al Juzgado y el miedo a convertirse en tutor de una persona con demencia. Sin embargo, la distancia geográfica (sus sobrinos vivían a más de 300 km) y los vínculos previos de estos familiares con Manuela imposibilitaron una labor de ayuda más intensiva. No se querían *enfrentar* con su tía.

No fue fácil el diagnóstico. Incluso en la fase de instrucción del caso, la forense no pudo hacer su trabajo en unas condiciones óptimas. Se podía haber propuesto un internamiento involuntario para diagnóstico, pero no se llevó a la práctica a pesar de la claridad expresada en los informes sociales. Cuando se tramita la denuncia, y mientras se tramita el expediente, existe la posibilidad de pedir medidas cautelares. Esta opción se propuso, pero el Juzgado no la contempló. Una de las medidas cautelares podía haber sido ese internamiento involuntario para diagnóstico. Se pone de relieve la falta de una figura impulsora, con cierto carácter de autoridad, de ciertas intervenciones. Se concluye que los criterios expresados por quienes promovieron la denuncia del caso y su solución (trabajadores sociales), fueron tenidos en cuenta marginalmente.

Una persona vulnerable fue protegida gracias a un trabajo social conjunto y un dispositivo legal de protección que funcionó. Hubo un esfuerzo para que fluyera la comunicación y para que se diera la coordinación pese a no haber protocolos y depender, los actores implicados en la atención del caso, de varias entidades y estar situadas en diferentes puntos geográficos.

Para coordinar las intervenciones hubo pocas oportunidades para reuniones pero sí voluntad para intercambiar información. ¿Es la ética profesional equiparable a la buena voluntad? Una de las dificultades para la creación de este tipo de equipos multi-profesionales pertenecientes a distintas organizaciones fue la dispersión geográfica de sus lugares de trabajo. La localización de los distintos centros de trabajo, con distancias de más de 117 kilómetros en algunos casos, no hicieron sencillo el contacto entre profesionales, más allá de las llamadas telefónicas y del contacto vía correo electrónico. Otra dificultad fue la secuencia en la que se van produciendo las incidencias. En ocasiones, provocaron un trabajo social de acción-reacción, poco planificado pero necesario (por ejemplo, el acompañamiento a los profesionales del juzgado al lugar de residencia de la presunta incapaz). El esfuerzo por

coordinar acciones es un exponente de un trabajo social en red que contrasta con algunos apuntes hallados en la literatura especializada que constatan la falta de cooperación: "Se confirma también la carencia de cooperación interdisciplinar e interadministrativa". (Boillos, 2012:336)

Una formación específica para este tipo de contextos se hace precisa. Se crean unos espacios para la acción social donde no está claramente establecido ni quién ni cómo se debe intervenir.

Se podría comenzar por la cuestión de denunciar la existencia de presuntos incapaces. ¿Quién se preocupa y hasta dónde llega la responsabilidad de las Administraciones con personas demenciadas que viven solas? ¿Hasta qué punto obliga al entorno la legislación? Según el Fiscal de la Audiencia Provincial de Sevilla (Soto, 2011:13): "Toda persona puede y todo funcionario debe poner en conocimiento del Fiscal la existencia".

Cuando una persona tiene un problema grave de salud mental puede llegar el caso a los Servicios Sociales Comunitarios pero éstos dan respuestas muy parciales a la problemática planteada pues se ofrece lo que se tiene: las prestaciones básicas de Información, Orientación, Valoración o de Ayuda a Domicilio. Tampoco ofrece una respuesta suficiente el movimiento asociativo o las redes informales de apoyo. El SSC en ausencia de un cuidador principal, no cuenta con los medios para responder adecuadamente a las necesidades de las personas con demencia semiabandonadas. En el caso de Manuela, las carencias de los servicios (lo cual se puede conectar en cierta manera con la inacabada reforma psiquiátrica) quedaron al descubierto, provocando que durante un lapso de tiempo, que se puede cifrar en más de 10 meses (los que transcurren desde que se denuncia el caso al juzgado hasta que asume la Tutela el Gobierno de Aragón) Manuela no estuviera atendida correctamente. Los mecanismos de atención no fueron todo lo rápidos que se precisaba y la ayuda brindada por el ámbito local enseguida se vio cómo era insuficiente.

Este tipo de casos requiere un tiempo de dedicación, una atención de calidad. En gran parte de las ocasiones, hacer varias visitas a domicilio es necesario porque otorga unas evidencias con las que poder valorar el caso en su justa medida. Sin embargo, la visita supone un desplazamiento y una entrevista que también precisa de un tiempo mínimo. Y, en muchas ocasiones, las visitas son infructuosas por ausencia del usuario. Algún domicilio que ha provocado quejas de los vecinos por malos olores, comportamiento extraño o acumulación de objetos, requiere una o varias visitas. Interpretar la voluntad de una persona demenciada no es fácil. Ella comentaba que en un futuro ingresaría en una residencia. Interpretar esa interacción requiere una reflexión detenida y conjunta. Esta necesidad de tiempo, de reflexión y de valoración exhaustiva no se puede abordar desde un modelo de actuación profesional de mero gestor de recursos (Pastor y Sánchez, 2013). Hay que tener en cuenta que un expediente debe llegar en las

mejores condiciones al Juzgado para que tenga un tratamiento más rápido y ajustado a lo que se precisa (medidas cautelares, internamientos involuntarios, tratamientos ambulatorios). No sólo se requiere tiempo para la valoración sino también para la ejecución del Plan de Intervención, puesto que suelen ser casos complejos donde se requieren constantes intervenciones y coordinación. Conviene recordar que se trata con personas al borde de la exclusión social debido a su patología y a su aislamiento. En esos contextos cobra mayor relevancia el trabajo social (mucho más que en las tareas de tipo más burocrático).

La vocación de los SSC es intentar dar una respuesta a cualquier tipo de problemática. La polivalencia del SSC propicia esa atención a casuística menos común y se hace de modo integrado en la comunidad donde se produce esa demanda. Son servicios polivalentes e integrados pero la imaginación y la buena voluntad no bastan.

En cuanto a la cuestión ética del internamiento involuntario y la necesidad de la fuerza pública, se tiene la convicción de que ese internamiento se debía haber producido antes. Si bien el hecho de estar incapacitado judicialmente no conduce automáticamente al internamiento, la protección de la salud de Manuela requería esta actuación. Probablemente se deba guardar cierta precaución a aplicar automáticamente los internamientos involuntarios para no caer en una tendencia abusiva. Por ese motivo, en la introducción, se hacía mención a la necesidad de ciertos protocolos que hagan posible una comunicación más fluida entre estamentos que posibilite mayor confianza en la labor de los trabajadores sociales. Si se estima conveniente un internamiento es fruto de un diagnóstico tras un estudio y no fruto de la desesperanza ante un caso de difícil resolución.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, M. (2014). Hacia un replanteamiento de los servicios sociales en España. *Documentación Social*, 175, 45-63.
- Boillos, C.R. (2012). Más allá de la basura. Intervención con personas que padecen de Síndrome de Diógenes en la provincia de Soria. *Documentos de Trabajo Social*, 51, 317-353.
- Casado, D. y Fantova, F. (2007). *Perfeccionamiento de los Servicios Sociales*. FOESSA: Madrid.
- Carbonero, M. A., Caro, F., Mestre, J. M., Oliver, M. A. y Socías, C. (2012). Reconceptualizando los Servicios Sociales. Recuperar el Trabajo Social Comunitario como respuesta al nuevo contexto generado por la crisis *Documentos de Trabajo Social*, 51, 9-27.
- Decreto 168/1998, de 6 de octubre, del Gobierno de Aragón por el que se crea la Comisión de Tutela y Defensa Judicial de Adultos.
- Decreto 13/2004, de 27 de enero, por el que se modifica el

- Decreto 168/1998, de 6 de octubre, del Gobierno de Aragón por el que se crea la comisión de Tutela y Defensa Judicial de Adultos.
- Defensor del Pueblo Andaluz (2013). *La situación de los enfermos mentales en Andalucía*. Sevilla: Autor.
- Desviat, M. (2010). Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 253-263.
- Garcés, E. (2010). El trabajo social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 333-353.
- Lázaro, C. (2011). La innecesaria incapacitación judicial de mayores discapacitados: un supuesto de retorno a principios románticos en algunas legislaciones europeas *Studia Prawno-sjowe n° 13 (p. 181-193)*
- Ley 5/2009 de 30 de junio de Servicios Sociales de Aragón. Boletín Oficial de Aragón n° 132, de 10 de julio de 2009.
- Moreno, J. (2014). Las personas adultas bajo la Tutela Pública. Estudio comparado por Comunidades Autónomas. *Trabajo Social Hoy*, 73, 103-118
- Moretón, M.F. (2011). La inacabada reforma psiquiátrica española: cuestiones sobre internamientos psiquiátricos no voluntarios y la ausencia de control judicial en los ingresos geriátricos. *Rev. Comunitaria n° 1 (pp. 69-87)*
- OBSCAC (2013). *Memoria final 2013*. Obtenido el 23 de febrero de 2016 de <http://www.fundacioace.com/es/informaciones/memoria-de-actividad/>
- Pastor, E. y Sánchez, M (2013). Impacto de la crisis económica y los cambios en las políticas sociales en el perfil, necesidades y prestaciones de las personas usuarias de los servicios sociales municipales. Análisis de caso local en la región de Murcia (España) *Rev. Alternativas*, 3, 141-161.
- Santos, F. (2009). *Capacidad y autogobierno*. Consultado el 28 de junio de 2015 de: https://drive.google.com/file/d/0Bx4G_Xl7Eck-qOTfK2YyNTgtOTZmMi00NjQ0LWExMzctMDA4NDNkMjQ2MWNl/view
- Soto, F.J (2011). *Los procesos de incapacitación judicial*. Consultado el 22 de junio en: http://afibrose.org/index.php?view=article&catid=3%3Anoticias&id=212%3Alos-procesos-de-incapacitacion&format=pdf&option=com_content&Itemid=131
- Uceda, F., Martínez, L., Navarro, J. J. y Botija, M.M., (2014). La pérdida de garantías en los Servicios Sociales Comunitarios: la reforma local. *Rev. Azarbe*, 3, 247-251.
- Viscarret, J.J (2007). *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. Madrid, Alianza.