

Oferta complementaria de la Oferta de Empleo Público de 2011.

CUERPO/CATEGORIA: Funcionarios Superiores de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.

ESCALA/ESPECIALIDAD: Escala Facultativa Superior, Facultativos Superiores Especialistas, Psicólogos.

TURNO: Libre.

CONVOCATORIA: BOA 11/07/2014.

EJERCICIOS: Primero, tercero y cuarto.

PSICOLOGOS OEP COMPLEMENTARIA 2007-11

PRIMER EJERCICIO

TEMA COMÚN: NIVELES COMPETENCIALES EN EL ESTATUTO DE AUTONOMÍA DE ARAGÓN, CON ESPECIAL REFERENCIA A LA MATERIA SOCIAL

TEMA ESPECÍFICO: APLICABILIDAD DE LOS SISTEMAS DIAGNÓSTICOS CIE Y DSM A LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LOS SERVICIOS SOCIALES

TERCER EJERCICIO.

SUPUESTO PRÁCTICO PARA EL INGRESO EN LA FUNCIÓN PÚBLICA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN DE FACULTATIVOS SUPERIORES ESPECIALISTAS-PSICÓLOGOS/AS. CONVOCATORIA 2014.

Para el ejercicio se le aportan los datos que aparecen a continuación:

Miembros que conviven en la unidad familiar: Antonio y Elena (padres), Marcos, María y Carlos (hijos) y Mercedes (abuela paterna)

Viven en un piso en buenas condiciones higiénicas y ambientales propiedad de la pareja en el Barrio de Las Fuentes de Zaragoza. Se trata de una familia bien integrada con una vida social habitual con vecinos del barrio.

Tienen que abonar en concepto de hipoteca 600 euros mensuales quedando por amortizar 4 años del préstamo hipotecario.

Padre (Antonio): 43 años. Trabajador por cuenta ajena en una empresa de suministros relacionados con el sector del automóvil, con unos ingresos de 1800 euros/mes que incluye un porcentaje de horas extra y sueldo mensual.

En 2012, la empresa empezó a realizar una reestructuración de efectivos, la última en 2014 le afectó a él y está cobrando la prestación por desempleo.

Siempre ha estado muy unido emocionalmente a su madre Mercedes.

Desde hace seis meses presenta despertar precoz, ha incrementado la ingesta de alcohol cuando está con los amigos. Hace tiempo que se siente inútil y frecuentemente manifiesta que si pudiera se marcharía lejos o se quitaría de delante.

Madre (Elena): 39 años. Trabajadora por cuenta ajena en el sector de la hostelería, con unos ingresos de 900 euros mensuales.

Hace 4 meses solicitó una reducción del 50% de su jornada laboral en el restaurante donde trabaja para poder hacerse cargo de los cuidados de su suegra por lo que en la actualidad percibe aproximadamente, 450 euros mensuales.

En los últimos 6 meses, ha tenido dos bajas laborales intermitentes por presentar dolores musculares difusos que interfieren en sus tareas laborales.

Además presenta insomnio de conciliación, dolores de cabeza recurrentes, apatía e irritabilidad.

Las discusiones entre la pareja son frecuentes, discusiones que se han incrementado después de que a iniciativa de Elena, solicitaran en el Instituto Aragonés de Servicios Sociales una plaza de residencia para Mercedes.

Abuela paterna (Mercedes) 75 años. Viuda. Enferma de Alzheimer diagnosticada hace 2 años. Nunca ha trabajado fuera del hogar con cotización a la Seguridad Social. Percibe una pensión de viudedad de 450 euros/mes.

Hijos:

Marcos 15 años. Acude al Instituto de Enseñanza Secundaria de la zona escolar con buena integración escolar y buen rendimiento académico. Últimamente ha dejado de salir con sus amigos porque no dispone de dinero y no quiere explicar la situación familiar.

María 9 años. Acude a un Colegio Público del Barrio de Las Fuentes. La describen como una niña alegre y sociable, responsable. Hace 3 semanas su tutora escolar informó a los padres de que últimamente ha observado que se duerme en clase, en el recreo aparenta cansancio, no juega con sus compañeros, es poco cuidadosa en los deberes y muestra una irritabilidad que es absolutamente inhabitual en ella.

Carlos 5 años y 8 meses. Nació prematuro a las 28 semanas de gestación. Actualmente le han aplicado la Escala de Desarrollo Psicomotor de **Brunet-Lezine** y ha realizado las pruebas correspondientes a 32 meses, con dificultad en la percepción espacial y en la comprensión de conceptos espaciales, en coordinación viso-motora y abstracción por lo que el juego es poco creativo, muy básico. El lenguaje es simple y habitualmente ininteligible presentando además algunas dislalias funcionales.

Recibe tratamiento en Logopedia y Psicomotricidad por profesionales del Instituto Aragonés de Servicios Sociales.

Se conocen las circunstancias de la familia cuando el médico de familia del padre realiza una derivación al centro de salud mental para valoración del caso y éste pasa a la consulta de psicología.

En la primera entrevista, Elena describe la situación familiar y el padre solloza constantemente.

Por favor, siendo Vd. la psicóloga responsable de la atención de este caso, **responda a las siguientes cuestiones** a partir de la información de la que dispone:

- 1. ¿Qué actuaciones deben hacerse con respecto a la situación personal y familiar?**
- 2. ¿Es en este caso necesaria la coordinación profesional? ¿Con qué profesionales y con qué objetivos?**

CUARTO EJERCICIO. IDIOMA. INGLÉS.

Possible initiative at Community level:

Suggestions developed through the consultation process in response to this Green paper could feed into a proposal by the Commission for a **Council Recommendation on the reduction of depression and suicidal behaviour.**

6.2. Promoting the social inclusion of mentally ill or disabled people and protecting their fundamental rights and dignity

People with mental ill health or disability meet fear and prejudice from others, often based on misconceptions about mental ill health. Stigma increases personal suffering, social exclusion and can impede access to housing and employment. It may even prevent people from seeking help for fear of being labelled. Article 13 of the EC Treaty sets out a legal basis for action at Community level for combating discrimination inter alia based on disability. There is also a need for a shift in the attitudes of the public, social partners, public authorities and Governments: improving public awareness about mental ill health and treatment options, and encouraging the integration of mentally ill and disabled people into work life, can create greater acceptance and understanding across society.

A change in paradigm

The *deinstitutionalisation* of mental health services and the establishment of services in primary care, community centres and general hospitals, in line with patient and family needs, can support social inclusion. Large mental hospitals or asylums can easily contribute to stigma. Within reforms of psychiatric services, many countries are moving away from the provision of mental health services through large psychiatric institutions (in some new Member States, such institutions still account for a large share of the mental health services infrastructure) towards community-based services. This goes hand in hand with instructing patients and their families as well as the staff in active participation and empowerment strategies³⁷.

A study for the Commission, "Included in Society"³⁸, confirmed that replacement of institutions by community-based alternatives in general provides opportunities for better quality of life for disabled people. A new study will analyse and present how current financial resources could be best used to meet the needs of people with disabilities, and will provide evidence about the cost of de-institutionalisation³⁹.

Relevant activities of other international organisations:

Within the **WHO network of Health Promoting Hospitals**, a *Task Force on Health Promoting Psychiatric Services*⁴⁰ has identified models of good practice of mental health promotion in psychiatry.

The **Council of Europe** in 2006 will initiate work to develop a "European reference tool for ethics and human rights in mental health".

Some patients seek psychiatric inpatient care on a voluntary basis. *Compulsory* placement of patients in psychiatric institutions and involuntary treatment affects severely their rights. It should only be applied as a last resort, where less restrictive alternatives have failed.

The project "Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States"⁴¹ showed that legal regulations across EU countries were very heterogeneous. Cultural traditions and attitudes and the structure and quality of the mental health care systems also determine actual practice. The prevalence of compulsory admissions varies greatly between Member States.

Challenges to the mental health and dignity of persons may also exist in other residential environments, such as nursing homes for older people, children's homes or prisons.

Possible initiatives at Community level:

- Suggestions developed through the consultation process could identify **best practice for promoting the social inclusion and protecting the rights of people with mental ill health and disability**.

- People with mental ill health or disability and the situation in psychiatric institutions could be included in the activities of the **Fundamental Rights Agency** of the EU, which will become operational by 1 January 2007⁴².

6.3. Improving information and knowledge on mental health in the EU

Mental health is poorly covered by existing health monitoring systems. Major efforts are needed to harmonise existing national and international indicators on mental health and disability in populations to create a comparable dataset across the EU. More data is required on the social, demographic and economic determinants of mental health, as well as promotion and preventive infrastructures, activities and resources.

It should be identified how available Community instruments such as the Seventh Framework Programme for Research⁴³ could be used to build research capacities and to support research for mental health in the EU. Better knowledge on the relevance of mental health and the consequences of mental ill health to health, quality of life, economic and social welfare, social inclusion and fundamental rights, and to mental health services (e.g., equity, access) would allow improvement of current practice.

Possible initiative at Community level:

An **interface between policy and research** could be established convening Community and national authorities, academic institutions and stakeholders. Its role could be to give advice on relevant mental health indicators for the EU, the monitoring of mental health, and on priorities for research activities at EU-level.

7. A CONSULTATION PROCESS FOR THE DEVELOPMENT OF AN EU-STRATEGY ON MENTAL HEALTH

The crosscutting relevance of mental health makes it appropriate to develop an EU-strategy on mental health based on a broad and inclusive consultation process.

The following activities are envisaged:

7.1. Creating a Dialogue with Member States on Mental Health

This forum will enable exchange and cooperation between Member States. One objective is to identify priorities and elements for an action plan on mental health, leading to a set of core actions in health and non-health policies together with targets, benchmarks, timelines for action and a mechanism to monitor implementation. The WHO Mental Health Action Plan for Europe could serve as model, together with the Action Plan "Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: A Policy for Europe" developed under the EU-Public Health Programme⁴⁴. The Dialogue should also consider the need for the two proposed Council Recommendations on a) the promotion of mental health and b) the reduction of depression and suicidal behaviour.

CUARTO EJERCICIO. IDIOMA. FRANCÉS.

6.2. Favoriser l'insertion des malades mentaux et des personnes mentalement diminuées dans la société et défendre leurs droits fondamentaux et leur dignité

Les malades mentaux et les personnes mentalement diminuées se heurtent à des appréhensions et à des préjugés qui sont souvent le produit d'idées fausses sur la santé mentale. La stigmatisation accroît les souffrances personnelles, aggrave l'exclusion sociale et risque même d'être un obstacle au logement et à l'emploi. Il se peut aussi que les personnes concernées renoncent à demander de l'aide, par crainte d'être montrées du doigt. L'article 13 du Traité établit une base juridique pour la lutte contre la discrimination fondée, entre autres, sur un handicap. Il faut aussi que l'attitude du public, des partenaires sociaux, des pouvoirs publics et des gouvernements change : en sensibilisant mieux l'opinion aux maladies et incapacités mentales et en encourageant l'intégration des personnes qui en sont atteintes dans la vie professionnelle, il est possible d'amener la société à plus de compréhension et de tolérance.

Un changement de modèle

La *désinstitutionnalisation* des services voués à la santé mentale et leur transfert dans des services de soins primaires, des centres communautaires et des hôpitaux généraux en fonction des besoins des patients et de leurs familles peuvent aider à l'insertion sociale. Les grands asiles et hôpitaux psychiatriques risquent aisément de favoriser la stigmatisation. Dans le contexte de leur réforme des services psychiatriques, de nombreux pays renoncent progressivement au traitement dans des établissements psychiatriques de grande taille (encore que, dans certains nouveaux États membres, ces établissements constituent le gros des infrastructures réservées à cet usage), au profit de services aménagés à l'intérieur de la communauté. Cette démarche va de pair avec la formation des patients, de leurs familles et des prestataires de soins à des stratégies de participation active et de responsabilisation³⁷.

Une étude réalisée pour la Commission – *Included in Society*³⁸ – a confirmé que le remplacement des établissements psychiatriques par des services de nature communautaire permettait généralement d'améliorer la qualité de la vie des personnes atteintes d'incapacité mentale. Une nouvelle étude analysera et exposera la manière d'utiliser au mieux les ressources financières disponibles pour répondre aux besoins des personnes mentalement diminuées et fournira des données chiffrées sur le coût de la désinstitutionnalisation³⁹.

Activités d'autres organisations internationales en la matière

À l'intérieur du Réseau d'hôpitaux promoteurs de santé de l'OMS, un *Task Force on Health Promoting Psychiatric Services*⁴⁰ (groupe de travail sur les services psychiatriques promoteurs de santé) a établi des modèles de bonnes pratiques en matière de valorisation de la santé mentale en psychiatrie.

En 2006, le Conseil de l'Europe s'attellera à la création d'un « outil de référence européen pour l'éthique et les droits de l'homme dans le domaine de la santé mentale ».

Certains patients souhaitent recevoir des soins psychiatriques en milieu fermé. L'internement *obligatoire* de patients dans des établissements psychiatriques et leur traitement forcé portent gravement atteinte aux droits desdits patients. De telles méthodes ne devraient être utilisées qu'en dernier recours, en cas d'échec de solutions moins contraignantes.

Le projet intitulé *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States*⁴¹ a montré que la législation variait

grandement selon l'État membre. Les attitudes et les traditions culturelles, de même que les structures et la qualité des services de santé mentale, peuvent aussi exercer une influence. La place accordée à l'internement obligatoire est très différente d'un État membre à l'autre.

Des atteintes à la santé mentale et à la dignité des patients peuvent également être commises dans d'autres types d'établissement, dont les maisons de retraite, les foyers pour enfants et les prisons.

Initiatives communautaires envisageables

— Les suggestions formulées pendant le processus de consultation pourraient permettre de déterminer les **meilleures pratiques à suivre pour favoriser l'insertion sociale et défendre les droits des malades mentaux et des personnes frappées d'incapacité mentale**.

— Le sort des malades mentaux et des personnes frappées d'incapacité mentale et la situation dans les établissements psychiatriques pourraient être ajoutés aux attributions de l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, qui ouvrira ses portes le 1^{er} janvier 2007⁴².

6.3. Améliorer l'information et les connaissances sur la santé mentale dans l'Union européenne

Les mécanismes de suivi existant en matière de santé couvrent mal le domaine de la santé mentale. L'harmonisation des indicateurs nationaux et internationaux relatifs à la santé mentale et à l'incapacité mentale dans les populations – l'objectif visé étant la mise au point de données de référence comparables à l'échelle de l'Union européenne – exige des efforts considérables. Des renseignements supplémentaires sont nécessaires au sujet des déterminants sociaux, démographiques et économiques de la santé mentale comme des infrastructures, activités et ressources consacrées à la valorisation et à la prévention.

Il convient d'établir comment utiliser les instruments communautaires disponibles, tel le 7^e programme-cadre pour la recherche⁴³, afin de constituer des capacités susceptibles d'épauler la recherche sur la santé mentale dans l'Union européenne ; par ailleurs, une appréhension plus aigüe de l'importance de la santé mentale, mais aussi des répercussions des maladies mentales sur la santé en général, la qualité de la vie, le bien-être économique et social, l'insertion sociale et les droits fondamentaux, d'une part, et sur les services de santé mentale (équité, accès, etc.), d'autre part, améliorerait les pratiques existantes.

Initiative communautaire envisageable

Une **interface entre les milieux décisionnels et le monde de la recherche** pourrait être aménagée, qui relierait entre eux autorités communautaires et nationales, milieux scientifiques et parties prenantes et qui pourrait émettre des avis sur les indicateurs de santé mentale pertinents pour l'Union européenne, sur le suivi de la santé mentale et sur les priorités à respecter sur le plan de la recherche à l'échelon communautaire.

7. UN PROCESSUS DE CONSULTATION POUR L'ELABORATION D'UNE STRATEGIE COMMUNAUTAIRE SUR LA SANTE MENTALE

Au vu de l'importance que revêt la santé mentale dans de multiples domaines, il est légitime de proposer l'élaboration d'une stratégie communautaire sur ce thème à partir d'un processus de consultation aussi vaste qu'exhaustif.

Les activités suivantes sont envisagées.

7.1. Ouverture d'un dialogue sur la santé mentale avec les États membres

Un tel dialogue permettra aux États membres d'échanger leurs points de vue et de coopérer entre eux. L'un des objectifs poursuivis est la détermination de priorités et d'éléments destinés à un plan d'action sur la santé mentale et, plus spécifiquement, à la préparation d'une série d'activités fondamentales dans des secteurs liés ou non à la santé ; ce plan serait assorti de buts, de jalons, de calendriers et d'un mécanisme permettant d'en suivre l'application. La Stratégie de l'OMS pour la Région européenne pourrait ici servir de modèle, de même que le plan d'action – *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: A Policy for Europe* – conçu dans le contexte du Programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique⁴⁴. Ce dialogue devrait aussi porter sur l'utilité des deux propositions de recommandation du Conseil relatives a) à une action en faveur de la santé mentale et b) à la réduction des comportements dépressifs et suicidaires.