



---

**AVALUACIÓ I ANÀLISI DE LES NECESSITATS DE LES PERSONES QUE  
PATEIXEN UN TRASTORN MENTAL SEVER DES DE LA SEVA PRÒPIA  
PERSPECTIVA I OPINIÓ.**

---

*Treball de Fi de Màster – MU de Treball Social Sanitari*

---

Autora: Maite Martínez Nadal

Directora: Elena Sánchez Echevarría

---

Curs 2016-2018

## **RESUM**

Les persones que pateixen un Trastorn Mental Sever (TMS) requereixen d'un estudi específic per conèixer i valorar les necessitats que tenen en primera persona, donat que els símptomes de la malaltia poden afectar i distorsionar el funcionament de les persones en les diferents àrees de la seva vida. Aquest treball pretén conèixer les necessitats que en primera persona tenen les persones que pateixen un TMS en els diferents àmbits de la seva vida: mèdic, social, psicològic, laboral, econòmic..., per tal d'aconseguir la informació, les vivències..., de les persones afectades i poder-les estudiar i contemplar a l'hora de planificar i dissenyar Serveis, fent que els recursos estiguin el més adaptats possible, intentant fer-los més pròxims, adequats i ajustats, i que per tant puguin ser més eficients i eficaços. Contribuint així també a la millora en l'atenció integral de les persones i en el seu contínuum assistencial.

En el Treball es presentarà posteriorment al coneixement de les necessitats comentades, una proposta de valoració integral a través de la Xarxa de Salut Mental perquè aquesta en sigui coneixedora, facilitant la gestió centralitzada i les derivacions pertinents pel seu tractament als professionals corresponents, i aportant també una visió integral que estableixi un projecte entre els professionals i la persona. D'aquesta manera es facilita el pas de l'atenció primària a l'especialitzada de salut mental, amb una metodologia que dona cabuda a poder prestar una atenció específica perquè les persones es trobin acollides, escoltades i ateses, fent un primer diagnòstic social sanitari de la situació de la persona d'una forma proactiva i bidireccional, que implicarà posar en pràctica una visió bio-psico-social de la persona, actuant des del coneixement i prevenció, més que no, des de la urgència i necessitat més immediata i reactiva.

## **ABSTRACT**

People suffering from Severe Mental Disorder (TMS) require a specific study to know and assess the needs they have in first person, given that the symptoms of the disease can affect and distort how the persons develops in the different areas of their life. This work tries to know the needs that first-person people with TMS have in different areas of their life: medical, social, psychological, labour, economic ... in order to obtain information, experiences. ..., of the people affected and to be able to study and contemplate when it's necessary to plan and design Services, making resources as adapted as possible, trying to make them closer, adequate and adjusted, and therefore can Be more efficient and effective. It also contributes to the improvement in the comprehensive care of the people and in their continuing care.

In the Work will be presented later to the knowledge of the needs commented, a proposal of integral assessment through the Network of Mental Health so that it is knowledgeable, facilitating the centralized management and the derivations pertinent for its treatment to the corresponding professionals, and also contributing to an integral vision that would establishe a project between the professionals and the person. This facilitates the passage of primary care to the mental health specialist, with a methodology that allows the patient to be able to give specific attention so that people are welcomed, listened and attended, doing a first social health diagnosis of the situation of the person in a pro-active and bi-directional way, which will involve putting into practice a bio-psycho-social vision of the person, acting from knowledge and prevention, more than not, from the urgent and immediate need and reactive.

## **PARAULES CLAU**

Necessitats, Trastorn Mental Sever, Crisis Econòmica, Treball, Salut Mental, Atenció Especialitzada, Model Integral, Model Bio-psico-social, Eficàcia-Eficiència.

## AGRAÏMENTS

## GLOSARI DE SIGLES

<b>1. INTRODUCCIÓ</b>	<b>10</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓ</b>	<b>15</b>
<b>3. HIPÒTESI I OBJECTIUS</b>	<b>17</b>
<b>4. MARC TEÒRIC</b>	<b>19</b>
4.1. SALUT	20
4.1.1. Salut Mental	21
4.1.2. Trastorn Mental Greu	22
4.1.3. Nou concepte de TMS: Pacient Crònic / Complex (PC/PCC)	23
4.2. MODEL INTEGRAL DE LA PERSONA “Atenció Centrada en la Persona”	26
4.3. DEFINICIÓ DE LES ÀREES DE LA PERSONA	28
4.4. XARXA SOCIAL DE LA FUNDACIÓ PERE MATA	29
4.4.1. Xarxa Social de Salut Mental de la Fundació Pere Mata	29
4.4.2. La Xarxa Sanitària de Salut Mental de l’Institut Pere Mata	31
4.5. UNIFICACIÓ XARXA SANITÀRIA I XARXA SOCIAL	32
<b>5. ELABORACIÓ DE LA METODOLOGIA</b>	<b>34</b>
5.1. DISSENY DE L’ESTUDI	35
5.2. POBLACIÓ D’ESTUDI	36
5.3. LA MOSTRA	37
5.4. INSTRUMENTS	38
5.4.1. Qüestionari dades sociodemogràfiques	38
5.4.2. Qüestionari d’avaluació de necessitats “CANSAS-P”	38
5.5. PLA DE TREBALL	40
5.6. PROCEDIMENT	41
5.7. CRONOGRAMA	42

<b>6. RESULTATS</b>	<b>43</b>
<b>7. LIMITACIONS</b>	<b>73</b>
<b>8. DISCUSSIÓ / CONCLUSIONS</b>	<b>75</b>
<b>9. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>78</b>
<b>10. ANNEXOS</b>	<b>82</b>



## **AGRAÏMENTS**

Després de dos anys cursant el Màster de Treball Social Sanitari arriba el seu fi amb la presentació d'aquest Treball de Fi de Màster.

Aquest Treball de fi de màster m'ha permès aprendre molt envers el món de la investigació, i en el seu procés d'elaboració i han contribuït diferents persones a les quals vull agrair el seu suport.

Vull agrair primer de tot als participants de la mostra d'aquesta recerca ja que sense ells no hagués estat possible realitzar-la.

A totes les persones que m'han ajudat en el seu desenvolupament, la meva tutora Elena Sánchez Echevarría, i als meus companys de feina de la Fundació Pere Mata i de l'Institut Pere Mata.

Als meus familiars i al meu cercle d'amistats que m'han recolzat al llarg d'aquest camí.

I especialment, als meus fills Carles i Nil, que són el motor de la meva vida, i els que fan que vulgui ser cada dia una mica millor.



## **GLOSARI DE SIGLES**



**ACP** = Atenció Centrada en la Persona

**CET** = Centre Especial de Treball

**CRAE** = Centre Residencial d'Acció Educativa

**CREI** = Centre Residencial d'Educació Intensiva

**CSMA** = Centre de Salut Mental d'Adults

**EO** = Empresa Ordinària

**FPM** = Fundació Pere Mata

**LLR** = Llar-residència

**LLS** = Llars amb suport

**PSAPLL** = Programa de Suport a l'Autonomia a la Pròpia Llar

**SPL** = Servei Prelaboral

**TMS** = Trastorn Mental Sever

**XSSM** = Xarxa Social de Salut Mental



# 1. INTRODUCCIÓ

Arrel de patir entre el 2008 i 2014 en el nostre país la crisi econòmica, es va generar una situació complicada, quedant afectat entre d'altres, el sistema de polítiques socials i sanitàries. Com a conseqüència la situació de moltes persones es va veure afectada, ja que es van quedar sense feina, i moltes d'elles van perdre les condicions de la qualitat de vida que tenien. Els habitatges, les hipoteques, els préstecs..., tot això es va veure afectat, veient-se truncada per tant, la seva situació socio-econòmica.

Es va produir en les famílies un canvi en les seves necessitats i prioritats, a part, al ser una situació continuada en que durant molts anys no s'ha pogut superar i que encara avui en dia no s'ha restablert de manera suficient, ha creat un canvi de paradigma que des de les polítiques socials i sanitàries s'hauria de conèixer per tal de poder contemplar com adaptar-les a la realitat i a les necessitats del moment<sup>1 2</sup>. La falta de feina, la precarietat laboral, les desigualtats creades, la pujada dels impostos i de les taxes estudiantils, l'allargament de l'activitat laboral dels joves..., porten a definir un marc laboral complicat que dificulta molt l'emancipació de les persones i l'activació en el mercat de l'oferta i la demanda, afectant el creixement del país. L'exclusió social, l'índex de pobresa (al voltant del 13%)<sup>3 4</sup>, tant en la població activa (amb una curta durada de la feina i els salaris baixos), com en la inactiva (on estan la majoria dels joves, amb un 50% de desocupats), fan que tinguem en aquests moments una situació que agreuja el sistema de benestar existent fins fa uns anys.

Una de les conseqüències que s'ha agreujat amb la crisi, són els problemes de salut<sup>5 6</sup>, produïts per l'augment de l'exclusió social i la pobresa, i per l'increment de les desigualtats afectant en cadena a les condicions de vida de la població, i arribant a crear aquests

1 Castelló M, Fernández de Sanmamed MJ, García J, Mazo MV, Mendive JM, Rico M, Rovira A, Serrano E, Zapater F. Atenció a les persones amb malestar emocional. Relacionat amb condicionants socials a l'atenció primària de salut. Barcelona: Fòrum Català d'Atenció Primària, 2016.

2 Moya Josep, Anguera Maria Teresa, de Armas Manuel, Cevasco Rithée, Esteve Cristina, Sató Jaume, Fornells Ester, Monreal José Antonio, Tapias Eduard, Catalán Marcos Antonio. El Impacto de la crisis económica en la Salud Mental de la población. 2013.

3 Ortega Eloísa y Peñalosa Juan, Claves de la Crisis Económica Española y Retos para Crecer en La UEM. (2012) Documentos Ocasionales. Banco de España N.º 1201.

4 Álvaro Benítez, David (2017) Consecuencias de la crisis económica en España. Trabajo de fin de Grado. Facultad de Ciencias Sociales, Jurídicas y de la Comunicación. Grado en Administración y Dirección de Empresas.

5 Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales . Documentos de Trabajo. Impacto de la Crisis Económica en la Salud y en el Sistema Sanitario en España. Escuela Andaluza de Salud Publica. (2011)

6 Generalitat de Catalunya. Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions Estratègia 2017-2019. 2016.

problemes de salut, i en concret en la salut mental, tema del treball de recerca que ens ocupa, i motiu pel qual ens porta a l'interès d'aprofundir en aquesta matèria, ja que la cronicitat de la situació econòmica juntament amb les polítiques socials més restrictives, han perpetuat i consolidat una precarietat en els condicionants socials de les persones generant una augment de problemes de salut mental<sup>7 8 9 10</sup>.

Així en els darrers anys, les dades ens demostren<sup>11 12</sup>: que 1 de cada 4 habitants tindrà al llarg de la seva vida un problema de salut mental, i que entre un 35-50% de les persones amb malaltia mental dels països desenvolupats no rebrà cap tipus de tractament.

La manca de treball com a conseqüència de la crisi ha fet que hagi incrementat el nivell d'atur en la població, arribant actualment al 16.74%<sup>13</sup> (encara que actualment està baixant la taxa respecte les dades de l'any anterior), i més encara el de la població que pateix una problemàtica de salut mental, ja que per les característiques de la malaltia encara es fa més difícil el trobar i mantenir una feina envers la poca oferta i l'alta demanda de persones aturades.

Si relacionem la feina com a facilitadora per poder començar a tenir una autonomia, una independència, unes relacions socials, una inclusió, unes rutines, un sentiment d'utilitat..., ens porta a valorar que la feina facilita, millora i contribueix en l'estat general i de salut de les persones. Si observem la taxa d'aturats existent en el col·lectiu de persones que pateixen un TMS, veiem que entre un 85-90%<sup>14</sup> estan desocupades. Això fa que moltes d'elles no puguin tenir les necessitats bàsiques cobertes, com ara: l'alimentació, l'habitatge..., essencial en el desenvolupament d'una persona, requerint per tant del suport d'altres recursos i de

7 Castedo, Antia. La crisis enferma. "Diversos estudios destacan un empeoramiento de la salud mental. Las políticas públicas son esenciales para amortiguar el efecto de la crisis sobre la vida familiar y laboral". Diario el País [Internet]. 2014 [citad 2018 maig 09].

8 Navarro, Vicenç. El Impacto de La crisis en la Salud y bienestar de la población Española. Universidad Pompeu Fabra (2013).

9 Legido-Quigley Helena, Otero Laura, La Parra Daniel, Álvarez-Dardet Carlos, Martín-Moreno José María y McKee Martin. "Will Austerity Cuts Dismantle the Spanish Health Care System?". British Medical Journal BMJ 2013; 346: f2363.

10 Lopez Bernal JA1, Gasparrini A, Artundo CM, McKee M.. "The Effect of the Late 2000 Financial Crisis on Suicide in Spain: an Interrupted Time-Series Analysis". Eur J Public Health. 2013 Oct;23(5):732-6.

11 Salud Mental España (2016). Una de cada cuatro personas en el mundo tiene un trastorno mental.

12 TV3 - Divendres – "1 de cada 4 personas tindrà un problema de salut mental" [vídeo] 2016.  
<https://www.youtube.com/watch?v=OOpGKQcYd5k>

13 Encuesta de Población Activa (EPA), investigación llevada a cabo por el INE

14 Confederación Salud Mental España. Informe sobre el estado de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales en España: 2017. (2018).

l'establiment de polítiques socials i sanitàries que garanteixin una mínima cobertura per contribuir a pal·liar aquestes desavantatges<sup>15</sup>.

Cada cop més s'està demostrant el benefici del treball en persones que pateixen una malaltia mental, com aquest millora el seu estat de salut i contribueix a formar part de la societat<sup>16 17</sup>. Així com també s'ha demostrat la importància de seguir una metodologia que s'adapti als canvi i que empoderi a les persones, que les faci agent de canvi, com per exemple el model IPS (Individual Placement and Support) de treball basat en el treball centrat en la persona, on l'epicentre del canvi es la pròpia persona, i és a aquesta a qui se li ha de donar el protagonisme, les eines..., per fer-la activa davant del canvi<sup>18</sup>.

Així mateix cada cop més es valora la eficàcia i l'eficiència dels recursos comunitaris de la societat. Si aquests no estan ben dissenyats i no responen a la realitat i necessitats de les persones, no seran ni eficaços ni eficients. Es pot dissenyar el millor projecte, el millor recurs, però si no acudeixen les persones, no se'l senten a prop, no el veuen necessari o no perceben que els pugui ajudar, difícilment funcionaran. Per això la importància de casar la investigació i la política i invertir en la prevenció, ja que a la llarga es mostra l'eficiència i efectivitat d'aquest model d'intervenció que repercuteix en el benestar de les persones amb Trastorn Mental<sup>19</sup>. Amb aquest nou model comentat anteriorment i posat a prova s'ha demostrat que baixen els ingressos hospitalaris i millorar el benestar de les persones, fet que repercuteix en el cost farmacològic i sanitari, així com en la resta de recursos, on s'optimitzen i es gestionen millor.

D'aquí la importància de conèixer les malalties, com es generen, com evolucionen, quin són els símptomes, com afecten a tots els nivells..., però també el saber escoltar a les persones afectades, com la viuen com la senten, que creuen que els aniria bé..., i amb aquesta

---

15 Organización Mundial de la Salud (2004). Invertir en Salud Mental.

16 Ana Milena Gaviria (2009) Funcionamiento clínico de una cohorte de pacientes con trastorno mental severo antes y después de una intervención de reinserción.

17 Ulla Nygren MSc, OTR , Urban Markström PhD , Bengt Svensson PhD , Lars Hansson PhD , Mikael Sandlund MD, PhD, First published: (2011) 25; 591-598 Individual placement and support - a model to get employed for people with mental illness - the first Swedish report of outcomes.

18 Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (2016) Els serveis socials especialitzats des de la perspectiva de l'atenció centrada en la persona.

19 La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. Eva Jané-Llopis. Centro de la Investigación para la Prevención, Universidad de Nijmegen, Holanda. vista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Versión On-line ISSN 2340-2733 versión impresa ISSN 0211-5735.

bidireccionalitat i pro activitat és la manera de començar a treballar amb el disseny de recursos, i amb la seva planificació, tenint en compte als qui l'estan patint cada dia <sup>20</sup>.

A partir d'aquí, amb la part professional (mèdica i psicosocial) i amb les persones afectades, es quan es podrà investigar, contrastar, validar, i investigar, per fer una xarxa de recursos el més adequats possibles a les necessitats i a la realitat de la societat i de les seves possibilitats<sup>21</sup>. Això caldrà fer-ho amb una metodologia adequada com és el treball en equip, i la "gestió de cas", on es requereix una organització, una planificació, que ha de passar per compartir la informació per una millor intervenció envers la persona afectada<sup>22</sup> a través d'una valoració integral que ens aporti informació per elaborar el diagnòstic social sanitari<sup>23</sup>.

---

<sup>20</sup> Zúñiga, A., Navarro, JB, Lago, P., Olivas, F., Muray, E., y Crespo, M. (2013). Evaluación de necesidades en pacientes tumbas psiquiátricas. Un estudio comunitario [Evaluación de necesidades entre pacientes con enfermedad mental grave. Un estudio comunitario]. Actas Españolas de Psiquiatría, 41 (2), 115-121.

<sup>21</sup> The Need of a New Integral Approach to the Care of Patient with Severe Mental Disorder Thirty Years after the Psychiatric Reform. Necesidad de un nuevo enfoque en la atención integral a los pacientes con trastorno mental grave treinta años después de la reforma psiquiátrica. Madoz-Gurpide, Agustín; Ballesteros Martín, Juan Carlos; Leira Sanmartín, Mónica; García Yague, Ernesto Rev. Esp. Salud Pública vol.91 Madrid 2017 Epub 18-Ene-2017.

<sup>22</sup> A propósito de un caso: la importancia del trabajo en red. Font Torné, Roser; López Úbeda, M.P. Luisa; Orero García, Ana. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría Volumen: 33 Número: 118 Páginas: 355-359 Fecha de publicación: 2013-06.

<sup>23</sup> Richmond, Mary (1917) "Social Diagnosis". Russell Sage Foundation. New York.



## **2. JUSTIFICACIÓ**

Per tant l'interès d'aquest treball neix fruit del canvi que ha viscut la societat, de la seva nova realitat, de les seves noves necessitats, de la nova concepció de valoració dels diagnòstics i de com aquest afecta en el funcionament de les persones. La vida evoluciona i és canviant, les persones també, les dificultats i les eines per actuar també canvien, tot és dinàmic, i per tant el nostre sistema de salut, les nostres polítiques socials, sanitàries, econòmiques, entre d'altres, han de poder-se adaptar per donar el millor suport en cada moment, buscant una societat que pugui viure dignament i que pugui generar en les persones estratègies en elles mateixes, facilitant que la part política i administrativa s'ocupi de generar recursos, possibilitats, suports, ajudes, i les persones es puguin preparar per ser proactives i participar i ser generadores del seu propi canvi, cal ensenyar, educar, invertir en prevenció i atenció precoç, per tal de minimitzar i economitzar els recursos de la nostra societat, "és millor ensenyar a fer, que fer sense ensenyar". Aquest principi ens portaria a parlar de l'empoderament de les persones, concepte que ja es comentava en el passat amb G.I.Pelton<sup>24</sup> des del treball social.

Per això amb tot el canvi de la societat, veient que les polítiques van molt lentes i sempre a remolc, he cregut necessari poder iniciar les accions pel canvi, buscant-les en primera instància en les persones que en són protagonistes, seguint amb la filosofia que les persones pròpiament, són les primeres generadores del propi canvi.

Per tant en el tema que m'agrada, m'interessa, i que em preocupa per la seva cronicitat i dificultats que veig dia a dia, m'ha fet voler iniciar aquesta recerca, coneixent primer que pensen les persones amb TMS sobre la seva malaltia, com la veuen i perceben i que creuen que els hi faria falta..., i a partir d'aquí poder traslladar aquesta informació, fer-ne difusió perquè es coneguin els resultats d'aquesta mostra i es valorin noves propostes de treball com la que exposaré més endavant. Així mateix per tot el que s'ha comentat entorn de la necessitat d'una valoració integral, es proposa poder difondre una metodologia per poder arribar a conèixer de forma continuada les necessitats de les persones que siguin derivades de l'atenció primària a l'especialitzada, ja que si no assegurarem aquest pas tant sols tindriem en compte la realitat i les necessitats d'una mostra de pacients, que ara mateix és aquesta, però que les persones aniran canviant i evolucionant, i es generaran noves necessitats, i per aquest motiu s'ha de poder comptar amb un continuïum assistencial, ajudant-nos de la realització d'una valoració integral i continuada que ens ho faciliti portar-ho a la pràctica .

---

24 G.I.Pelton: primera treballadora social sanitària de l'Hospital General de Massachusetts de Boston.



### **3. HIPOTESI I OBJECTIUS**

### 3.1. HIPÒTESI

Les persones que pateixen un Trastorn Mental Sever i que estan vinculades a algun dels Serveis de la Xarxa Social de Salut Mental de la Fundació Pere Mata no tenen algunes de les necessitats bàsiques cobertes.

### 3.2. OBJECTIUS

#### - Objectiu General:

Obtenir un perfil de les necessitats que no estan cobertes de les persones que formen part dels Serveis de la Xarxa Social de Salut Mental de la Fundació Pere Mata i proposar un model d'intervenció per poder-les valorar i tractar.

#### - Objectius Específics:

- Poder establir les característiques sociodemogràfiques de la mostra de l'estudi.
- Conèixer les necessitats de les persones que pateixen un TMS i que estan vinculades a algun dels Serveis de la XSSM de la FPM, coneixent el % que representa cadascuna de les necessitats.
- Poder veure si hi ha alguna associació entre les dades recollides en el qüestionari sociodemogràfic i les necessitats expressades pels usuaris.
- Poder extreure segons els resultats, una proposta d'intervenció per tractar de valorar de forma continuada i integral les necessitats de les persones amb TMS.



## **4. MARC TEÒRIC**

La salut és el motor que ens permet evolucionar i funcionar en les activitats del dia a dia, sense ella és complicat poder afrontar les dificultats que se'ns puguin presentar.

Tant important és la salut a nivell físic, com la salut a nivell psíquic ja que ens aporta el sentit, coherència i força suficient per tenir un benestar i afavorir la qualitat de vida de les persones.

És per aquest motiu, per tenir una bona salut mental, per la que hem de centrar esforços, i des de la societat poder apostar per polítiques que busquin promoure el benestar de les persones facilitant els suports necessaris i adequats en cada moment.

Per això aquest estudi vol tractar les necessitats que tenen un determinat col·lectiu de la població, per tal de conèixer-les i donar-les-hi cabuda dins de l'atenció cap al pacient. En concret les persones afectades per un Trastorn Mental Sever, i que a més siguin usuàries d'algun dels Serveis de la Xarxa Social de Salut Mental de la Fundació Pere Mata.

Darrera d'aquestes necessitats hi ha unes carències per part de la persona que poden tenir diferents motius d'origen, per exemple: per la seva malaltia, per la seva falta de gestió, per la seva falta de suports... Aquests motius poden portar a augmentar/intensificar els símptomes de la malaltia de la persona, i generar un malestar que pot afectar a la seva salut a nivell somàtic i també a la seva salut mental, com ara: malestar, preocupació, cansament, angoixa, apatia, inestabilitat..., dificultant el seu funcionament en la societat. És per aquest motiu la necessitat de tractar-les en aquesta recerca.

#### 4.1. SALUT

Al llarg de la història s'ha anat evolucionant en el concepte de salut, i diferents autors han donat diferents definicions, però ens centrarem en la de l'OMS, com a organisme més rellevant en tema de salut.

*“ La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS 1946)<sup>25</sup>.*

---

<sup>25</sup> Organización Mundial de la Salud. Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, (1946) 19-22 de junio.

Posteriorment al 1978 l'OMS va fer un pas més plantejant estratègies per incidir en la salut, entenent que el concepte de salut és dinàmic i no depèn sol de la persona si no també de la societat, de les seves polítiques, de l'economia...

Un exemple d'intervenció per millorar i promoure la salut són les estratègies que planteja l'OMS amb la "La Carta de Ottawa (1986), la Carta de Ljubljana (1996) i la Declaració de Yakarta (1997)"<sup>26</sup>.

Així el concepte de salut va anar evolucionant, entenent que en la salut la persona ha de tenir un paper actiu i capacitat de saber respondre, i la societat ha de poder aportar els recursos i suports necessaris per fer-ho<sup>27</sup>.

Aquest primer trencament de pensament és el que va donar pas a la evolució del concepte, entenent que en la persona influeixen altres factors a part dels biològics, com els psicosocials, els ambientals, els econòmics..., que poden condicionar el funcionament de la persona i afectar en el seu nivell de salut.

#### 4.1.1. Salut Mental

Segons l'OMS al 2013 defineix la Salut Mental com: "La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad"<sup>28</sup>.

En Salut mental actualment es parla, no tant sols d'un diagnòstic (que també és important), si no també es parla de com afecta aquest diagnòstic, aquesta malaltia a la persona, a com la limita i a com es pot cronificar en el temps, valorant i tenint en compte a l'hora de diagnosticar tots els factors, tant els biològics, com els socioambientals que influeixen en l'evolució d'aquesta malaltia, d'aquesta situació, per poder determinar les necessitats de la persona en la seva integritat, i no sol pas per un diagnòstic<sup>29</sup>.

<sup>26</sup> Boixareu, Rosa M. De la Antropologia filosòfica a la Antropologia de la Salut. Barcelona. Ed. Herder. Capítol 3. La OMS y el concepto de salud (2008).

<sup>27</sup> Promoción de la Salud. World Health Organization 1998

<sup>28</sup> OMS (2013) [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)

<sup>29</sup> Plan de acción sobre salud mental 2013-2020.OMS. (2013)

#### 4.1.2. Trastorn Mental Sever

Dins de poder patir un problema de salut que afecti a la salut mental de la persona, pot produir-se que aquesta afectació tingui un nivell més greu, per les limitacions que comporti en el funcionament de qui la pateix.

Amb tot aquest nou paradigma es deixa palès el concepte de dinamisme i canvi, i on les persones també hi entren. També que hi ha factors interns i externs que influeixen en les persones que pateixen una malaltia, i per tant cal anar cada cop més pensant i valorant d'una forma integral i contínua<sup>30</sup>.

La necessitat de prevenció i atenció precoç, el fet d'actuar el més aviat possible davant de problemàtiques com les que estem tractant, malalties que són greus i cròniques que poden afectar molt en el desenvolupament personal i funcional de la persona, impulsen la importància de tractar aquest tema.

Així respecte a la salut mental, es parteix d'una definició de TMS *“del Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU en 1987”* on citava tres dimensions: diagnòstic, durada de la malaltia i el tractament rebut, i la presència de discapacitat. Assenyala també els següents diagnòstics i requisits<sup>31 32</sup>.

- Diagnòstics
  - Trastorns esquizofrènics
  - Trastorns bipolars (mania, depressiu i mixt)
  - Trastorns Paranoides
  - Depressions majors recurrents
  - Trastorns obsessiu compulsiu
  - Trastorns límit de la personalitat
  - Personalitat esquizotípica
  - Agorafòbia amb crisi d'angoixa
- Criteris de cronicitat:
  - Persistència en el temps de mínim de 2 anys
  - Presentar greus dificultats en el funcionament personal i social degudes a aquesta malaltia.

<sup>30</sup> Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions Estratègia 2017-2019 (2017) Generalitat de Catalunya.

<sup>31</sup> Manual del DSM V: Guia de Consulta de los Criterios Diagnósticos. American Psychiatric Association. 2014

<sup>32</sup> Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo Situación actual y recomendaciones. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuadernos Técnicos , 6 Madrid. 2002.

#### 4.1.3. Nou concepte de TMS ➡ Pacient Crònic / Complex (PC/PCC)

Es comença a parlar del Nou concepte per definir els TMS, passant a classificar-los com a “Pacients Crònics (PC) i Pacients Crònics complexos (PCC)”, i es posa molt èmfasi en la prevenció i atenció integral i continuada<sup>33</sup>.

Aquí és on s’arriba al nou concepte de Pacient Crònic, i és en aquest moment, on s’estan actualitzant les classificacions de les malalties i la manera de diagnosticar.

Així el CIE-11 deixa obsolet al CIE-10 a partir de maig de 2018 i el DSM-V canvia àrees conceptuals de classificacions respecte el DSM-IV, com ara l’espectre autista, el TDHA, el TCA, les addiccions..., i dona unes indicacions de com s’hauria de tractar el manual, ja que a part de classificar i descriure els diagnòstics, accentua el fet que aquests diagnòstics han d’estar valorats dins d’una integritat, tenint en compte tot el comentat anteriorment respecte tot el que envolta a la persona, ja que el tema de les limitacions i les conseqüències que es generen pel problema de salut mental en grau sever, serà el que determinarà les necessitats de les persones, i per això és important poder parlar conceptualment de Pacient Crònic tenint en compte el diagnòstic i les conseqüències generades per aquest, per la malaltia i per tot el que l’envolta, la persona, l’entorn, la gestió de la malaltia, el moment, els suports, les experiències viscudes, les malalties afegides... També s’ha tingut en compte el concepte de TMG (d’infantil) i TMS (d’adults), valorant que hi ha malalties que no desapareixen o no milloren amb el pas del temps, decidint una única valoració tant per infantil com adults, on el que es té en compte és la cronicitat i les limitacions que produeix la malaltia i els factors externs que l’envolten.

En els canvis de la classificació del DSM V<sup>34</sup> envers els TMS a part dels 10 diagnòstics que existien fins ara i els criteris de cronicitat, s’afegeixen d’altres que fins ara no estaven considerats com a greus però que pel seu funcionament i per la seva cronicitat han passat a estar inclosos.

Actualment s’haurien inclòs alguns diagnòstics més com ara:

- Trastorn de l’Espectre Autista
- Trastorn per Dèficit Atenció i Hiperactivitat

<sup>33</sup> Programa pilot d’atenció al pacient crònic complex en salut mental. Parc Sanitari Sant Joan de Déu (2014).

<sup>34</sup> Manual del DSM V: Guia de Consulta de los Criterios Diagnósticos. American Psychiatric Association. (2014).

- Trastorn de la Conducta Alimentària
- La dependència a alcohol i tòxics.

Arribant així a una nova concepció, on es consideraran Pacients Crònics/Complexes<sup>35</sup>, aquells que compleixin uns requisits específics que es detallaran tot seguit, i on els recursos existents també s'hauran d'adaptar a les noves necessitats relacionades amb aquests trastorns i amb els quals fins ara se'ls hi donava un altre tractament.

*Per identificar la condició de PCC en l'àmbit de la SMiA, s'han definit aquests perfils bàsics:*

1. *Concurrència de dues o més malalties de la taula 1 (criteris principals).*
2. *Concurrència d'una malaltia de la taula 1 amb una o més de les condicions complementàries.*
3. *Concurrència d'una malaltia de la taula 1 amb condicions socials adverses.*
4. *Qualsevol altra condició per a la qual els Professionals Referent considerin que la persona amb problemes de SMiA és tributària del model d'atenció proposat.*

*Adicionalment, i en tot cas, la identificació de la complexitat es basaria en el judici clínic del Professional Referent i en el potencial de millora que en deriva de la identificació de la condició de complexitat en entorns compartits d'informació. Si no es deriva aquesta millora, la identificació podria no fer-se efectiva.*

*Entre els elements de judici clínic que suggereixen condicions de complexitat hi ha les situacions que afecten de manera adversa la proactivitat i la continuïtat de l'atenció a les persones amb problemes de SMiA. En aquest sentit, caldria parlar una atenció especial a les dues situacions següents:*

- *Persones que durant el darrer any han estat ateses més de deu vegades pels serveis d'urgències pel mateix diagnòstic de SMiA.*
- *Persones que durant el darrer any han presentat problemes crònics de SMiA i per a qui no es disposa de cap contacte ni a l'atenció primària (AP) ni a cap recurs de SMiA.*

---

<sup>35</sup> Bases per a un Model Català d'atenció a les persones amb necessitats Complexes. Conceptualització i introducció als elements operatius Versió 6.0 del 27 de març de 2017.



**Taula 1. Criteris principals de complexitat en SMiA**

Trastorn esquizofrènic
Trastorn esquizoafectiu
Trastorn delirant crònic
Trastorn esquizotípic de la personalitat
Trastorn delirant crònic compartit
Trastorn bipolar
Trastorn depressiu major amb simptomatologia psicòtica
Trastorn depressiu major recurrent
Psicosi atípica i altres psicosis no orgàniques
Trastorn límit de la personalitat
Trastorn obsessiu compulsiu (TOC)
Agorafòbia amb crisis de pànic
Dependència de l'alcohol, cocaïna o heroïna
Dependència d'opiacis amb qualsevol altra droga
Trastorn de l'espectre autista (TEA)
Trastorn de la conducta alimentària (TCA)
Trastorn de la conducta associat a dèficit intel·lectual
Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat o sense (TDAH) associat a trastorn de conducta

Font: Pla director de salut mental i addiccions, 2014.

**Taula 2. Criteris complementaris de complexitat en SMiA**

<b>Comorbiditat psiquiàtrica</b>
Dependència per combinacions de drogues, amb exclusió dels opiacis
Drogodependència no especificada, continuada (excloent-hi la nicotina)
Dependència i trastorn per abús continuat de cànnabis
Trastorn per consum continuat d'alcohol, cocaïna, heroïna, al·lucinògens, amfetamines
Retard mental
Trastorns psicòtics induïts per drogues
<b>Comorbiditat neurològica</b>
Trastorn amnèsic (Korsakov)
Demències
Síndrome del lòbul frontal
Síndrome commocional
Síndromes per causa de lesió cerebral orgànica
Deteriorament cognitiu lleu
<b>Altra comorbiditat orgànica</b>
Coexistència de múltiples factors de risc cardiovascular
Estrats de més risc: CRG* 5 (6), 6 (5,6), 7 (2, 3, 4, 5, 6), 8 (3, 4, 5, 6), 9 (2, 3, 4, 5, 6)
Presència de malalties significatives: ictus, insuficiència renal crònica, cirrosi, VIH/SIDA, neoplàsies malignes, MPOC, diabetis, insuficiència cardíaca o cardiopatia isquèmica.

\*La xifra que no està entre parèntesis indica el grau de multimorbiditat, mentre que la xifra entre parèntesis indica la gravetat.<sup>11</sup>

Font: Pla director de salut mental i addiccions, 2014.

#### 4.2. MODEL INTEGRAL DE LA PERSONA “ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA”

Amb el canvi de paradigma que hi ha hagut a la nostra societat, donat per diferents factors com ara: la crisi econòmica, l'augment de l'envelliment, la precarietat laboral que fomenta les desigualtats, la cronicitat d'algunes malalties..., fa que s'hagi de canviar el model d'atenció a les persones que es tenia fins ara, on casi tot quedava en decisió dels professionals i del sistema. Actualment ja està demostrada la necessitat de poder fer primers agents de canvi a la pròpia persona, fent-la partícip de les seves decisions. Aquest nou model es basa en "l'Atenció Centrada en la Persona" (ACP) i ja s'està implantant a Catalunya a través del Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària (PIAISS)<sup>36</sup>.

Acompanyant a aquest canvi també li acompanya una reforma legislativa basada en uns principis que donen contingut a aquest nou model, amb l'objectiu d'assegurar la qualitat dels serveis prestats i el contínuum assistencial de la persona, algunes d'aquestes lleis són:

*“Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica” on es reconeix el protagonisme de la persona en la presa de decisions sobre la seva salut.*

*“Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència” reconeix als ciutadans en situació de dependència un dret universal i subjectiu que es pot traduir en la concessió d'una sèrie de prestacions*

*“Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials”, reconeix el dret de la ciutadania a viure dignament.*

Traslladat això a la pràctica professional seria poder parlar dels següents conceptes, entre d'altres:

- Respecte: per la persona, pel que pensa, pel que sent, pels seus valors...
- Escolta: una escolta activa del professional cap a la persona, mostrar real interès.
- Bon tracte: Tenir cura de les persones, ser amables, pacients, acompanyar-los amb estima.
- Participació: de la persona en la presa de decisions, fomentat la seva participació.
- 

<sup>36</sup> Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària. L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya. Generalitat de Catalunya (2016)

- Treball en equip, interdisciplinarietat: treballar cap a els mateixos objectius, complementant-se i sumant esforços.
- Comunicació: tenir una informació fluida i àgil entre els professionals i també amb la persona.
- Prevenció. Formació: treballar perquè les persones tinguin la màxima informació possible, fer campanyes educatives que ajudin a les persones a estar més formades i augmentar la conscienciació per prevenir possibles complicacions futures.
- Integralitat i continuïtat: definir línies de treball segons el projecte o pla de treball que la persona tingui, ajudar a que no es perdi la continuïtat en la seva atenció i no complicar massa els procediments per tal de garantir al màxim una atenció continuada.

*Així segons el PIAISS definiríem l'ACP: "atenció que posa la persona en el centre del sistema, amb l'objectiu de millorar la seva salut, qualitat de vida i benestar, respectant la seva dignitat i drets, així com les seves necessitats, preferències, valors i experiències i comptant amb la seva participació activa com un igual en la planificació, el desenvolupament i l'avaluació en el procés d'atenció.*

#### Els 8 principis d'Atenció Centrada en la Persona



Fig. 3. Els vuit principis de l'ACP.  
Font: Adaptat de Picker Institute, 2015.

### 4.3. DEFINICIÓ DE LES ÀREES DE LA PERSONA

Dins de l'ACP hem de poder tenir en compte que cal valorar les necessitats de les persones en les seves diferents àrees ja que són necessàries per poder arribar a tenir una bona qualitat de vida.

Per definir-les utilitzarem la ja famosa classificació de Schalock i Verdugo envers la qualitat de vida, que si malgrat es va generar per persones amb problemàtica derivada de discapacitat intel·lectual, és extrapolable a qualsevol col·lectiu de persones.

Aquestes dimensions que conformen la qualitat de vida, són les següents:

<b><u>Medición de la calidad de vida:</u></b>	
<b><u>Dimensión:</u></b>	<b><u>Indicadores:</u></b>
Desarrollo personal	Nivel educativo, habilidades personales, comportamiento adaptativo.
Autodeterminación	Elecciones, decisiones, autonomía, control personal, objetivos personales.
Relaciones interpersonales.	Redes sociales, amistades, actividades sociales, interacciones, relaciones.
Inclusión Social.	Integración y participación en la comunidad, papeles comunitarios, apoyos.
Derechos.	Humanos (respeto, igualdad, dignidad) Legales (acceso, tratamiento legal justo)
Bienestar emocional.	Seguridad, experiencias positivas, satisfacción, autoconcepto, ausencia de estrés.
Bienestar físico.	Estado de salud y nutrición, entretenimiento y ocio.
Bienestar material.	Situación Financiera, estatus laboral, vivienda, posesiones.

Fuente: Schalock R. L. Ph.D. "La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos individuales y resultados personales", Pág. 28.

Per tant, les dimensions a tenir en compte en la valoració multidimensional per definir els perfils de necessitats que conformen la persona serien:

- Dimensió emocional
- Dimensió funcional
- Dimensió física
- Dimensió Relacional
- Dimensió Instrumental
- Dimensió Cognitiva
- Dimensió Ecològica
- Dimensió espiritual
- Dimensió Ètica

#### 4.4. XARXA SOCIAL DE LA FUNDACIÓ PERE MATA.

##### 4.4.1. La Xarxa Social de Salut Mental de la Fundació Pere Mata

*La Fundació Pere Mata<sup>37</sup> basa les seves actuacions en la protecció i l'assistència a les persones afectades per trastorns mentals, discapacitats o dependents per tal d'aconseguir la seva integració comunitària, millorar la seva rehabilitació i qualitat de vida, així com, el seu benestar individual.*

*Promoguda per l'Institut Pere Mata amb l'objectiu de complementar l'assistència sanitària de persones amb dependència desenvolupant una xarxa de recursos socials que permetin un abordatge integral de la persona.*

---

<sup>37</sup> <http://www.fundacioperemata.cat/>

El mapa de la Xarxa Social de Salut Mental de la Fundació Pere Mata és el següent:



Font: Dades FPM

Tot seguit detallarem els Serveis que formen part de la mostra escollida:

➤ **Serveis Laborals** (Servei Prelaboral i Centre Especial de Treball):

Entenem el treball com un element de gran valor social que vertebrava la vida de les persones i suposa un factor de normalització.

L'objectiu es facilitar l'adaptació i la capacitació a les potencialitats de cada persona mitjançant un projecte d'integració sociolaboral que ofereixi la possibilitat d'accedir al món laboral, ordinari o protegit a través de l'acompanyament individualitzat per tal d'assolir un lloc de treball i mantenir-lo.

- **Serveis d'Habitatge** (Llar residència, Llars amb suport i Programa de Suport a l'Autonomia a la Pròpia Llar):

L'objectiu del programa es potenciar l'accés a l'habitatge, i complementàriament, adequar aquest al grau d'autonomia i necessitats en funció de la patologia i evolució de la mateixa, oferint la possibilitat a les persones amb discapacitat de viure en habitatges compartits, de manera autònoma o semi-autònoma en entorns i estils el més normalitzats possibles. Així com donar suport a les necessitats d'acompanyament i transport derivades de la dependència.

- **Tuteles / curateles:**

La tutela legal d'una persona incapacitada és una mesura de protecció jurídica per vetllar pel benestar de la persona i treballar per la cobertura de les necessitats que presenta.

#### **4.4.2. La Xarxa Sanitària de Salut Mental de l'Institut Pere Mata**

La xarxa sanitària de l'Institut Pere Mata<sup>38</sup>, trobem que gestiona els diversos dispositius d'atenció a la salut mental del Camp de Tarragona. Inclou recursos a nivell comunitari, hospitalari i d'atenció específica.

El que es tracta en aquesta recerca són els dispositius a nivell comunitari, i específicament en el que es tracta més casos a nivell ambulatori, el CSMA:

*“Els Centres de Salut Mental d'Adults són serveis bàsics d'atenció ambulatoria especialitzada en atenció psiquiàtrica i salut mental, dirigits a les persones, majors de 18 anys, que presenten un trastorn mental, en qualsevol de les etapes evolutives de la malaltia, que per la seva gravetat i/o complexitat no poden ser atesos únicament des de l'àmbit dels serveis d'Atenció Primària de Salut.”*

---

<sup>38</sup> <http://www.peremata.cat>

#### 4.5. UNIFICACIÓ XARXA SANITÀRIA I XARXA SOCIAL

Valorant l'evolució de la societat, de les persones, de la tecnologia i dels factors mediambientals, entre d'altres, podem observar diferents motius que justifiquen la necessitat d'una atenció integral que uneixi les dues xarxes, la sanitària i la social<sup>39</sup>.

- L'evolució del concepte de salut, salut mental, TMS, fins arribar actualment al nou concepte de Pacient Crònic Complex.
- La inclusió a la comunitat per treballar la rehabilitació psicosocial: després de la revolució en la psiquiatria es va iniciar la desinstitucionalització dels "manicomis" per començar la inclusió en la comunitat, posant els recursos necessaris per les persones que pateixen problemes de salut mental en l'entorn comunitari.
- L'evolució del tractament cap a la persona atesa, seguint un model d'atenció centrada en la persona que doni atenció integral i continuïtat assistencial, per no trencar els projectes i el tractament terapèutic de la persona.
- Tractament farmacològic i psicosocial vam units, no es poden separar, la persona és una sola i se li ha de poder facilitar una atenció sanitària i social.
- La necessitat d'optimitzar, ser eficaços i eficients donada la crisi econòmica patida i les retallades sofertes en la nostra societat. Es fa necessari un major rendiment de la feina realitzada i per això és millor invertir en educar, en ensenyar, en acompanyar, per prevenir i per disminuir l'augment de problemàtiques.
- El reconeixement a les persones d'uns drets per llei, que passen per fer-los participants, proactius, i amb el dret de rebre una ajuda de qualitat que afavoreixi el seu benestar i la seva qualitat de vida.

---

<sup>39</sup> Programa pilot d'atenció al pacient crònic complex en salut mental. Parc Sanitari Sant Joan de Déu (2014).



És per tot això que es proposarà un model d'atenció, en el que quan una persona sigui derivada a una atenció especialitzada ambulatoria de salut mental, es pugui fer una valoració integral en totes les dimensions, prioritzant els Pacients crònics complexos donada la seva complexitat i cronicitat, de manera que es faci una primera atenció, per continuar amb les derivacions pertinents als recursos i els seguiments necessaris per afavorir una complementarietat, així com una revisió programada per revalorar les necessitats i avaluar el funcionament de l'atenció rebuda.



## **5. METODOLOGIA**

## 5.1. DISSENY DE L'ESTUDI

- El mètode que es farà servir en aquest estudi serà qualitatiu i quantitatiu<sup>40 41</sup>:
  - ✓ Qualitatiu: ja que per demanar la participació es realitzaran sessions presencials informatives per grups, per tal d'informar correctament de l'objecte d'estudi, el motiu, i aclarir tots els dubtes donant suport i vetllant pel bon funcionament del pas dels qüestionaris i de la seva complementació.
  - ✓ Quantitatiu: Per poder conèixer i recollir les seves opinions, i poder després analitzar les necessitats expressades. Per fer-ho es realitzaran dos qüestionaris. Aquests s'ompliran de forma anònima i es donarà suport per poder entendre les preguntes a aquelles persones que els hi calgui sense interferir en la opinió dels participants.
- Aquest estudi té un caràcter descriptiu, ja que pretén saber i analitzar quines són les necessitats del col·lectiu objecte d'estudi:
  - ✓ Poder establir les característiques sociodemogràfiques de la mostra
  - ✓ Poder veure si hi ha alguna associació de les dades recollides en el qüestionari sociodemogràfic amb les necessitats expressades per les persones de la mostra.
  - ✓ Poder extreure segons els resultats, una proposta d'intervenció per donar resposta als resultats obtinguts.
- Segons la seva temporalitat, l'estudi serà transversal, ja que recull les necessitats que té la mostra escollida en el moment de l'estudi, obtenint un perfil de necessitats.
- Les fonts utilitzades a l'estudi són primàries, ja que s'ha optat per l'ús de dos qüestionaris autoaplicats.

---

40 Paré, Marie-Hélène. Avaluació Qualitativa i Quantitativa en el TSS. Material UOC.

41 Gijón Sánchez, M<sup>a</sup> Teresa. L'assistència i la recerca clínica en el treball social sanitari. Material UOC.

## 5.2. LA POBLACIÓ DE L'ESTUDI

Són les persones beneficiàries d'algun dels Serveis de la XSSM de la FPM del Camp de Tarragona, principalment de les comarques del Baix Camp, Tarragonès i Alt Camp, sent els municipis majoritaris Reus i Tarragona.

Els Serveis de la XSSM són: els Serveis Laborals (CET i SPL), els Serveis d'Habitatges (Llar-residència, Llars amb suport i PSAPLL) i Tuteles.

### Els criteris d'inclusió són:

- ✓ Ser beneficiari/a com a mínim d'un dels Serveis de la XSSM de la FPM.
- ✓ Tenir acreditat per un/a psiquiatra un diagnòstic de TMS i que aquest estigui vigent. Seguint criteris diagnòstics i requisits de cronicitat del DSM V<sup>42</sup>:
  - Diagnòstics:
    - Trastorns esquizofrènics
    - Trastorns esquizoafectius
    - Trastorns bipolars (mania, hipomania i mixt)
    - Trastorns Paranoides
    - Depressions majors recurrents
    - Trastorns obsessiu compulsiu
    - Trastorns límit de la personalitat
    - Agorafòbia amb crisi d'angoixa
  - Cronicitat:
    - Persistència en el temps de mínim de 2 anys
    - Presentar greus dificultats en el funcionament personal i social degudes a aquesta malaltia.
- ✓ Estar psicopatològicament compensat de la seva malaltia.
- ✓ Estar en seguiment en alguns dels Serveis de la Xarxa Sanitària de Salut Mental.
- ✓ Tenir 18 anys o més (excepte les persones que acudeixen al SPL que poden tenir l'edat a partir de 16 anys).

<sup>42</sup> Manual del DSM V: Guia de Consulta de los Criterios Diagnósticos. American Psychiatric Association. 2014

- ✓ Capacitat d'entendre en el moment actual els qüestionaris i el seu significat per assegurar la validesa científica dels resultats.

\* Malgrat es compta a Terres de l'Ebre amb Serveis de de la XSSM de la FPM, com tenen territorialment unes característiques molt diferents seran motiu d'exclusió.

### 5.3. LA MOSTRA

La mostra inicial a la que es proposa arribar amb aquest estudi és la de poder obtenir 100 participants, ja que comptem amb el següent número possible de persones.

Aquests estan desglossats per:

- 35 persones beneficiàries del SPL
- 76 persones beneficiàries del CET
- 30 persones beneficiàries de la Llar Residència
- 30 persones beneficiàries de les Llars amb suport
- 97 persones beneficiàries del PSAPLL
- 31 persones beneficiàries de Tuteles

Si ho sumem tot veurem que podem comptar amb 299 persones, però cal tenir en compte que dins d'aquesta mostra hi ha 57 persones que són beneficiàries de més d'un Servei, i per tant el número de participants nominals serà inferior a 299, quedant amb la possibilitat de 242 participants.

Finalment i després d'aplicar els requisits d'inclusió a l'estudi, la mostra final amb la que l'estudi ha comptat és la següent:

- 32 persones beneficiàries del SPL
  - 3 han estat inviablés (pels motius de no voler, de poca capacitat cognitiva, d'instabilitat psicopatològica).
- 55 persones beneficiàries del CET
  - 21 han estat inviablés (4 per està de baixa temporal, i 17 per no voler).
- 29 persones beneficiàries de la Llar Residència
  - 1 ha estat inviable (per descompensació psicopatològica).

- 16 persones beneficiàries de les Llars amb suport
  - 14 han estat inviables (per no voler).
- 66 persones beneficiàries del PSAPLL
  - 31 han estat inviables (14 per no voler, per no complir amb diagnòstic 8, 2 per falta de comprensió, per salut 4, per descompensació 3).
- 31 persones beneficiàries de Tuteles
  - A aquesta mostra sol s'ha pogut accedir als casos de les persones que utilitzen algun recurs de la FPM a nivell d'habitatges i/o laborals, participant en la seva totalitat els 31 beneficiaris.

**Sent finalment el número de participants totals de l'estudi de: 172 persones**

#### **5.4. INSTRUMENTS**

En aquest estudi es plantegen passar dos qüestionaris:

##### **5.4.1. QÜESTIONARI DADES SOCIODEMOGRÀFIQUES (Ad hoc)**

\*(Veure Annex 1)

S'elabora per la pròpia alumna un qüestionari on es recullen dades sociodemogràfiques que ens ajudin a obtenir un perfil de la nostra mostra, amb categories com, edat, gènere, unitat de convivència, incapacitació, nivell d'estudis, treball i tipus de contracte, prestació i ús dels recursos de la XSSM. Amb aquesta informació es pretén poder establir correlacions amb les necessitats detectades. El qüestionari és autoaplicat pel part del propi participant però validat pel professional referent per obtenir unes dades objectives vàlides.

##### **5.4.2. QÜESTIONARI D'AVUALIÓ DE NECESSITATS "CANSAS-P"**

\*(Veure Annex 2)

El qüestionari que es planteja és: "Cuestionario Camberwell para la evaluación de necesidades Camberwell, i en concret la versió abreviada "CANSAS-P"<sup>43</sup> on els pacients s'autoapliquen el qüestionari.

---

43 Casas Emma, Escandell María José, Ribas María, Ochoa Susana. Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial Assessment in psychosocial rehabilitation. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., vol. XXX, (Enero-Marzo), n.º 105, 2010, pp. 25-47.

Les seves sigles corresponen: CANSAS-P (Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule of the Patient - Evaluación de Necesidades de Camberwell breve calendario de evaluación del paciente).

Aquesta versió és un instrument validat a la població espanyola pel grup Granada Sur i és específic per persones amb TMS<sup>44</sup>. Aquest qüestionari posa èmfasi en la importància de l'atenció precoç i de la prevenció, i es centra en que és a través de la detecció de les necessitats de les persones amb TMS que podem saber els suports que es necessiten, ajudant-nos a la planificació i disseny de recursos<sup>45</sup>. Trobem diferents estudis que l'han utilitzat i confirmen la seva validesa<sup>46</sup>.

Aquest qüestionari consta de 22 àrees de necessitats: allotjament, alimentació, cura de la llar, cura personal, activitats diàries, salut física, símptomes psicòtics, informació envers tractaments, estrès psicològic, seguretat personal, seguretat per a altres, alcohol, drogues, companyia, relacions íntimes, sexualitat, cura dels fills, educació bàsica, telèfon, transport, diners i prestacions. De cada una d'aquestes àrees es valorarà la presència o absència de necessitat.

Aquesta eina s'ha prioritzat com la més encertada per l'estudi que ens ocupa, seleccionant una de les versions de LA CAN, la CANSAS-P, ja que hi ha estudis<sup>47</sup> de l'avaluació d'aquest qüestionari autoaplicat on es valora que per la seva brevetat i senzillesa, és més fàcil de ser autoaplicada, a la vegada que afavoreix la resposta de les persones participants que no es veuen tant coartades d'expressar les seves necessitats al ser els ítems del qüestionaris més globals.

---

44 Referencia de la adaptació espanyola: Jiménez, J.F., Moreno, B., Rodríguez, E. y Torres, F. (1995). Cuestionario de evaluación de necesidades de Camberwell. Granada: Grupo de Investigación de Salud Mental de Granada Sur.

45 Zúñiga, A., Navarro, JB, Lago, P., Olivas, F., Muray, E., y Crespo, M. (2013). Evaluación de necesidades en pacientes tumbas psiquiátricas. Un estudio comunitario [Evaluación de necesidades entre pacientes con enfermedad mental grave. Un estudio comunitario]. Actas Españolas de Psiquiatría, 41 (2), 115-121.

46 Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Holloway F, Wykes T, Strathdee G, Loftus L, McCrone P, Hayward P. The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. Br J Psychiatry 1995; 167: 589-595.

47 van der Krieke, L., Sytema, S., Wiersma, D., Tielen, H., & van Hemert, A. M. (2011). Evaluating the CANSAS self-report (CANSAS-P) as a screening instrument for care needs in people with psychotic and affective disorders. Psychiatry Research, 188(3), 456-458. DOI: 10.1016/j.psychres.2011.05.013.

## 5.5. PLA DE TREBALL

La Recerca del TFM s'organitza en diferents fases:

### ➤ FASE 1: INICI DEL TFM

En aquesta fase es produeix l'adjudicació de la tutora del TFM per part de la UOC.

Es planteja per part de l'alumna una proposta a través de la recerca bibliogràfica i de la pròpia experiència professional.

Es presenta la proposta a la tutora per validar-la.

### ➤ FASE 2: FORMULACIÓ DEL TFM

Es presenta el Resum i breu introducció del TFM i els motius que mouen a l'alumna per realitzar aquesta recerca.

Es segueix orientativament el cronograma establert en la presentació de les PAC's per la elaboració del Treball de Recerca<sup>48</sup>.

### ➤ FASE 3: EXECUCIÓ DEL TFM

En aquesta fase es procedeix a escollir la metodologia, els instruments, i a definir el procediment a seguir, planificant totes les actuacions a dur a terme per realitzar el treball de camp, la recollida i depuració de les dades, el seu posterior anàlisi i la interpretació i els resultats de la recerca.

### ➤ FASE 4: EXPOSICIÓ I DEFENSA DEL TFM

Es lliura el TFM acabat i es realitza una exposició oral telemàtica per tal de poder explicar i defensar el TFM al Tribunal de la UOC.

---

<sup>48</sup> Veure Cronograma.



## 5.6. PROCEDIMENT

Per tal de poder comptar amb la col·laboració i participació de les persones que seran objecte d'aquest estudi, es realitzen una sèrie d'actuacions per poder recaptar el major número possible de persones.

1. Es demana permís a la entitat a la que pertanyo, a la Fundació Pere Mata de Reus.
2. Es realitza una reunió amb els coordinadors dels Serveis de la XSSM per traslladar el TFM i la possibilitat de col·laboració.
3. Es decideix la metodologia a seguir i la planificació per realitzar totes les fases de la Recerca. S'elabora un qüestionari propi per part de l'alumna, de dades sociodemogràfiques amb informació descriptiva i objectiva. I es tria un altre qüestionari, "CANSAS-P" per a passar als participants i conèixer les seves necessitats.
4. S'organitza una assemblea per tots els usuaris i usuaris-treballadors dels Serveis Laborals per informar directament l'alumna de l'objectiu del TFM, de la voluntarietat de participació, i informar que es donarà el suport per l'entesa de l'ompliment del qüestionari a aquelles persones que els hi calgui. Es remarca la voluntarietat de la participació i la confidencialitat de les dades (veure annex 5), assignant un codi numèric identificador per a cada participant en els qüestionaris a emplenar.
5. Es prepara tota la documentació per facilitar als professionals referents de la resta de Serveis de la XSSM de la FPM on les persones beneficiàries no han pogut acudir a l'assemblea proposada, tota la informació que cal per poder demanar la participació i la realització dels qüestionaris, remarcant la voluntarietat de la participació i la confidencialitat de les dades, assignant un codi numèric identificador per a cada participant en els qüestionaris a emplenar.

Es lliura una carta de presentació (veure annex3) del TFM amb el motiu i objectius de la recerca. Es donen les indicacions per escrit de com s'ha de procedir per complimentar els qüestionaris (veure annex 4), i es lliuren impresos els qüestionaris. I per últim es repassa tot el procediment amb els coordinadors referents dels Serveis per garantir el bon funcionament i l'execució correcta de la realització dels qüestionaris.

6. Amb els participants de l'estudi que han acudit a l'assemblea es realitzen petits grups per tal de poder validar el primer qüestionari de dades sociodemogràfiques, ja que són objectives i hem de poder assegurar que són certes per tenir validesa a l'hora de relacionar els resultats. En les persones que no poden desplaçar-se es farà individualment amb els seus referents del Servei en els seus habitatges.
7. Es recullen tots els qüestionaris per fer la depuració de dades a través d'una aplicació informàtica prèvia codificació de cada ítem que componen els qüestionaris.
8. S'analitzen i s'interpreten els resultats.

## 5.7. CRONOGRAMA

ACTUACIONS	DATA D'INICI	DATA DE FI
Resum del TFM	30/03/18	13/04/18
Bibliografia i Introducció	14/04/18	29/04/18
Elaboració de la Metodologia	30/04/18	13/05/18
Treball de camp*	10/05/18	27/05/18
Registres i Depuració	14/05/18	08/06/18
Elaboració de l'informe final i la Presentació	09/06/18	28/06/18
Defensa Final TFM	29/06/18	03/07/18

\* El treball de camp s'avança donat que es pretén tenir un número gran de participants i molts d'ells s'hauran de realitzar individualment en els seus domicilis. Es posa una data límit per tal de tenir tots els qüestionaris possibles acabats i tenir temps per la seva depuració seguint el cronograma proposat per la UOC.

- Es trasllada el dia 8/05/18 en una reunió als coordinadors/es de la FPM la realització del TFM. I als usuaris se'ls hi trasllada en assemblea el 15/05/18.
- Es limita el pas dels qüestionaris a realitzar per part dels referents dels Recursos d'Habitatges que no vagin als Recursos Laborals al dia 01/06/18 per tal de poder comptar amb el màxim possible de participants.
- De totes les persones participants en l'estudi que són beneficiàries dels recursos laborals o compartits amb els dels d'habitatges es realitzen grups entre el 15/05/18 i 31/05/18 per tal de passar els qüestionaris.



## **6. RESULTATS**

- Per tal d'extreure els resultats s'ha fet ús de l'estadística, utilitzant el Programa estadístic Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Aquest programa SPSS, ens ha permès poder extreure les dades sociodemogràfiques de la mostra que ens facilita el perfil de la mostra de l'estudi així com poder extreure el perfil de les necessitats de les persones que pateixen un TMS obtingudes a través del qüestionari de Camberwell.

Així mateix, a través de la realització de taules creuades "Crosstab" s'han pogut relacionar diferents variables per veure si guardaven alguna associació. Per poder-ho verificar i afirmar s'ha utilitzat el "Chi-square" que ens facilita el verificar si les variables són independents entre elles o dependents.

Aquesta informació ens facilitarà el veure quines són les variables que més hauríem de tenir en compte quan es dissenyi una intervenció per poder identificar-les i treballar-les en la praxis professional.

- Després de l'anàlisi dels resultats podem afirmar la certesa de la hipòtesi que es va plantejar en l'estudi ja que han sorgit necessitats no cobertes:

*"Les persones que pateixen un Trastorn Mental Sever i que estan vinculades a algun dels Serveis de la Xarxa Social de Salut Mental de la Fundació Pere Mata no tenen algunes de les necessitats bàsiques cobertes".*

- També podem aportar amb els resultats el que l'estudi pretenia, donant resposta a l'objectiu general i als específics que s'havien plantejat.

*"Obtenir un perfil de les necessitats que no estan cobertes de les persones que formen part dels Serveis de la Xarxa Social de Salut Mental de la Fundació Pere Mata i proposar un model d'intervenció per poder-les valorar i tractar"*

❖ Podem observar la **Taula 1** que ens dona els resultats del primer objectiu.

**“Poder establir les característiques sociodemogràfiques de la mostra de l’estudi”.**

**TAULA 1. DE DADES SOCIO DEMOGRÀFIQUES DEL PERFIL DE LA MOSTRA**

\* (els valors entre parèntesi són en %)

PERFIL MOSTRA DADES SOCIOEMOGRÀFIQUES					
<b>Gènere</b>					
Home		Dona			
106 (61.6)		66 (38.4)			
<b>Edat</b>					
(16-20 anys)	(21-30 anys)	(31-40 anys)	(41-50 anys)	(51-60 anys)	(61-69 anys)
8 (4.7)	7 (4.1)	30 (17.4)	62 (36)	49 (28.5)	16 (9.3)
<b>Conviu amb algú</b>					
Sí		No			
117 (68)		55 (32)			
<b>Número de persones amb qui conviu</b>					
2 persones	3 persones	4 persones	5 persones	6 persones	=20 (recurs residencial 24h)
33 (28.2)	31 (26.5)	16 (13.7)	1 (0.9)	1 (0.9)	35 (29.9)
<b>Amb qui conviu</b>					
Família	Parella i amic	Amics	Companys/es de pis	companys/es recursos públics (LLR-LLS-CRAE-CREI-Hospitalització)	
62 (53)	1 (0.9)	1 (0.9)	1 (0.9)	52 (44.4)	
<b>Té una Tutela/curatela</b>					
Sí		No			
54 (31.4)		118 (68.6)			
<b>Nivell d'estudis</b>					
Primaris	Secundaris	Universitaris	Sense estudis/primaris inacabats		
81 (47.1)	47 (27.3)	9 (5.2)	35 (20.3)		
<b>Treballa</b>					
Sí		No			
60 (34.9)		112 (65.1)			
<b>Tipus d'empresa</b>					
CET	EO	CET+EO			
56 (32.6)	3 (1.7)	1 (0.6)			
<b>Tipus de contracte</b>					
Indefinit	Temporal	Indefinit + Temporal			
39 (22.7)	20 (11.6)	1 (0.6)			
<b>Cobra alguna prestació</b>					
Sí		No			
152 (88.4)		20 (11.6)			
<b>Recursos de la XSSM FPM d'habitatges</b>					
Llar-residència	Llar amb suport	PSAPLL	Cap		
29 (16.9)	16 (9.3)	66 (38.4)	61 (35.5)		
<b>Recursos de la XSSM FPM laborals</b>					
SPL	CET	Cap			
32 (18.6)	55 (32)	85 (49.4)			
<b>Recursos de la XSSM FPM Tuteles</b>					
Sí		No			
31 (18)		141 (82)			

En aquesta Taula podem observar que la mostra majoritària és de gènere masculí (62%), que viuen amb algú (68%), principalment el número de persones de convivència és entre 2-3 persones (55%), i en la seva gran part la relació que tenen és familiar (53%) seguides casi amb el mateix percentatge amb persones que viuen en algun recurs de la XSSM de la FPM, de la Xarxa Sanitària de l'IPM o d'Infància (44%). La franja d'edat de la mostra està compresa entre 16 i 69 anys. En la seva majoria són persones adultes (98%), excepte 4 persones (2%) que pertanyen a un dels Recursos Laborals de la FPM, en concret el SPL, en el que es poden atendre a persones a partir de 16 anys. La franja d'edat més gran està entre els 41-50 anys (36%), l'edat mitja de tota la mostra és de 46,5 anys.

Les persones de la mostra en la seva majoria no tenen una tutela (69%), envers una part més petita que si que està tutelada (31%). D'aquestes persones tutelades més de la meitat (57%) el seu tutor legal és el Servei de Tuteles de la FPM. Aproximadament la meitat tenen estudis primaris (47%), i la resta pràcticament es divideixen en igual part entre estudis secundaris (27%) i sense estudis o inacabats (20%). La majoria no treballen (65%) i els que ho treballen ho fan casi en la seva totalitat en l'empresa protegida (95%). De la mostra total de persones, la majoria perceben una prestació (88%).

Dins dels recursos de suport que ofereix la FPM els més utilitzat en la mostra és el de PSAPLL. Aquesta dada ve motivada perquè aquest Programa fins al moment va per convocatòria, és a dir surt un cop a l'any i es poden ampliar les places a la vegada que es mantenen les ja atorgades, això fa que es puguin anar ampliant el número amb bastanta estabilitat. En canvi als Recursos d'Habitatges, la Llar-Residència té unes places determinades que no pot sobrepassar al igual que les Llars amb suport que actualment també compten amb un límit de places molt més reduït.

Respecte a l'ús dels Recursos Laborals, veiem que si ajuntem les persones que treballen al CET amb les que s'estan preparant per treballar al SPL, s'arriba a aproximadament a la meitat de la mostra (51%).

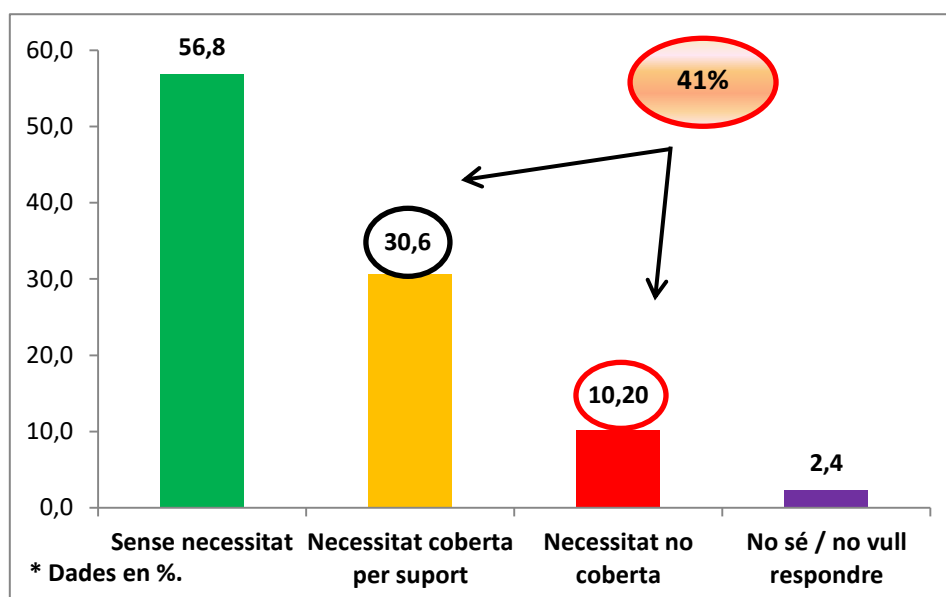
- ❖ Podem observar el **Gràfic 1** que ens dona els resultats del segon objectiu.

**“Conèixer les necessitats de les persones que pateixen un TMS i que estan vinculades a algun dels Serveis de la XSSM de la FPM, coneixent el % que representa cadascuna d’elles”.**

- Primer de tot es mostrarà **l’estat de les necessitats**, per tal de tenir una primera idea del volum que hi ha de “necessitats cobertes”, “necessitats cobertes per rebre un suport”, i de “necessitats no cobertes”, i on a aquestes últimes se’ls hi haurà de prestar una atenció especial ja que són les que les persones expressen com a que els hi representa un seriós problema i no reben ajuda o no reben la suficient ajuda.

Respecte a les necessitats que han sortit que les persones han contestat “no sé o no vull respondre”, caldria plantejar-se si pot haver algun motiu al darrera perquè s’hagi escollit aquesta opció. Donat que el seu número és bastant baix en aquest estudi no aprofundirem en la seva recerca i solament en deixarem constància.

**GRÀFIC 1. L’ESTAT DE LES NECESSITATS**



Es pot observar que de la mostra de 172 persones que representa el 100%, hi ha un **10%** de persones que valoren que tenen **“necessitats no cobertes”**, i casi un **31%** diuen que tenen les **“necessitats cobertes gràcies a que reben algun tipus de suport o ajuda”**.

Si es suma la “necessitat no coberta” amb la “necessitat coberta gràcies a rebre un suport”, ens dona un **41%**. Aquesta dada és significativa ja que representa el volum de la necessitat existent a tenir en compte a l’hora de mantenir projectes, recursos, dissenys de programes, ja que podem suposar que si no existissin aquestes ajudes, suports, la “necessitat no coberta gràcies a suport” passaria a ser “necessitat no coberta”. Fet que ens fa pensar en la importància d’aquests suports, ajudes, seguiments, ús de recursos..., que necessiten les persones que pateixen un TMS per a poder cobrir les necessitats.

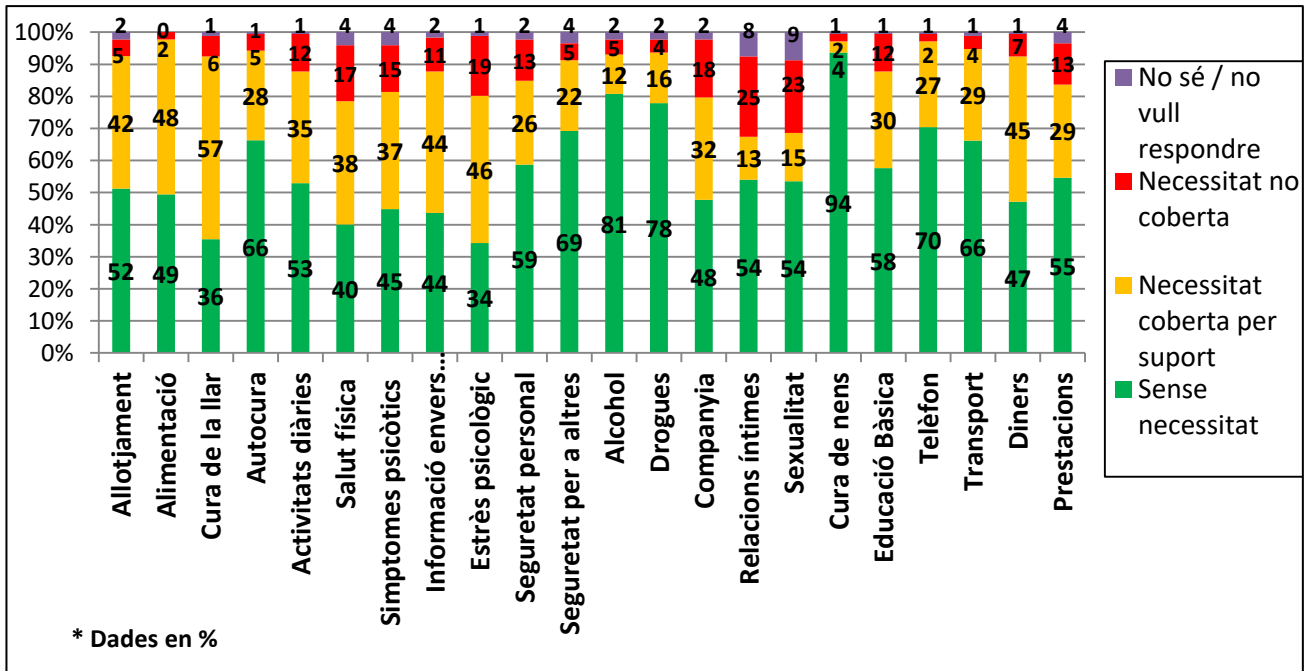
Aproximadament una mica més de la meitat de la mostra, el **57% no tenen cap necessitat**, tenint-la coberta de forma autònoma sense suports.

I per últim hi ha un número molt baix, 2.4% de les persones, que **“no saben o no volen respondre”**. Aquest fet ha facilitat els resultats de l’estudi al poder incrementar el número de respostes amb una categoria específica que ens permet definir millor les necessitats i aportar més informació.



- En un segon pas farem un primer **anàlisi general** de quin % representa cada estat de les necessitats en relació a cada ítem dels 22 àmbits valorats.

GRÀFIC 2. DESGLÒS DE LES NECESSITATS



- Al Gràfic 2, s'observa que en una gran part dels ítems es requereix de **l'ajuda complementària** de les **“necessitats cobertes per suports”** per acabar cobrint en la major part possible les necessitats de les persones.
- S'observa que **tots els ítems** valorats arriben com a mínim al **67%** d'estar coberts sumant les **“necessitats cobertes i necessitats cobertes per suport”**.
- També es detecta que hi ha alguns ítems que estan menys coberts respecte a la resta. Així en destaquem dos que **no estan coberts**, que són les **“Relacions íntimes (25%) i la Sexualitat (23%)”**, on podem observar que aquestes **tenen un dels percentatge menors en quan a “suports rebuts per cobrir necessitats” amb un 13 i 15%** respectivament. Aquestes dades ens podrien fer pensar que l'àmbit de la parella i de la sexualitat, en aquesta mostra de persones amb TMS, és

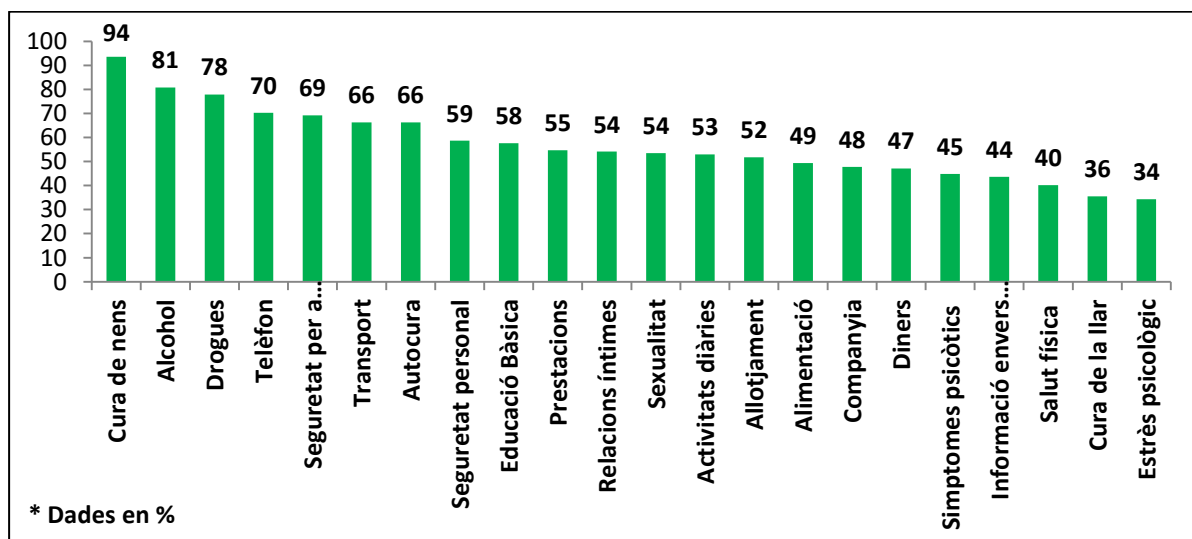
un àmbit que els preocupa i que li donen importància. Caldria doncs tenir-ho en compte a l'hora d'intervenir professionalment, i en l'elaboració i dissenys de programes i recursos que vagin enfocats a atendre aquest àmbit de les "relacions i la sexualitat" on s'ha detectat carència en aquesta mostra.

- A destacar que els ítems que han obtingut una puntuació més alta amb un **8 i 9%** respectivament, en la categoria de "**no sé/no vull respondre**" han estat els **ítems de "relacions íntimes i de sexualitat"**, coincidint amb els de "no coberts", caldria estudiar perquè han escollit aquesta opció les persones per detectar possibles mancances i/o necessitats.

➤ Per últim, es donarà pas a especificar més detalladament el % que representa cada ítem segons l'estat de la necessitat valorat.

Es detallaran els tres estats: "**sense necessitat**", "**necessitats cobertes per suport**" i "**necessitats no cobertes**".

**GRÀFIC 3. NECESSITAT COBERTA**



En el Gràfic 3 de “**necessitats cobertes**” es detalla de les persones que han respost als ítems valorats en el qüestionari de necessitats de Camberwell com a necessitats cobertes, que són un 57% en quin tant per cent tenen cobert cada ítem sense necessitat.

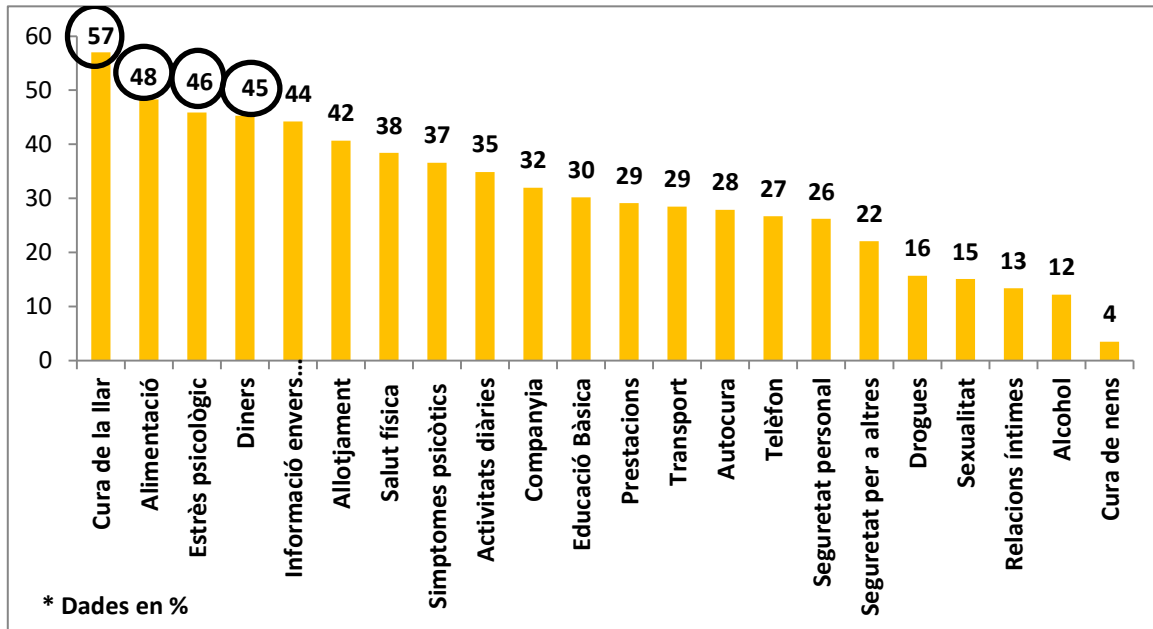
Cal comentar primer que la mostra de l'estudi no compta amb persones amb TMS que tinguin fills/es, o si els tenen, són majors de 18 anys, amb el que el 94% no tenen cap necessitat respecte a la cura de fills, i per tant no s'assenyalarà en la interpretació dels resultats.

Destacarem les que tenen un % més alt o que siguin més rellevants, així podem observar que en un número molt elevat, al voltant del 80%, no requereix actualment de suport en el tema dels tòxics i l'alcohol. Aquest aspecte podria ser degut que al estar totes les persones amb seguiment controlat i estable a la XSM, fa que existeixin més controls i seguiments a nivell mèdic que afavoreixi el tractament d'aquestes substàncies i del seu abús.

L'ús del telèfon i del transport també surten amb un percentatge elevat de no necessitat, al voltant del 70%, ja que podem suposar que les noves tecnologies com els mòbils estan a l'ordre del dia i la majoria de les persones en disposen. Respecte el transport es podria dir que la majoria no tenen cap problema en el seu ús, ja que molts d'ells no disposen de la possibilitat de conduir i de tenir vehicle propi, havent adquirit potenciar la seva autonomia per afavorir la seva mobilitat.

Aquest fet és representatiu de la mostra de persones amb TMS de la FPM, però en altres localitats caldria veure si es pot extrapolar o no, ja que els territoris i les seves característiques poden crear diferències.

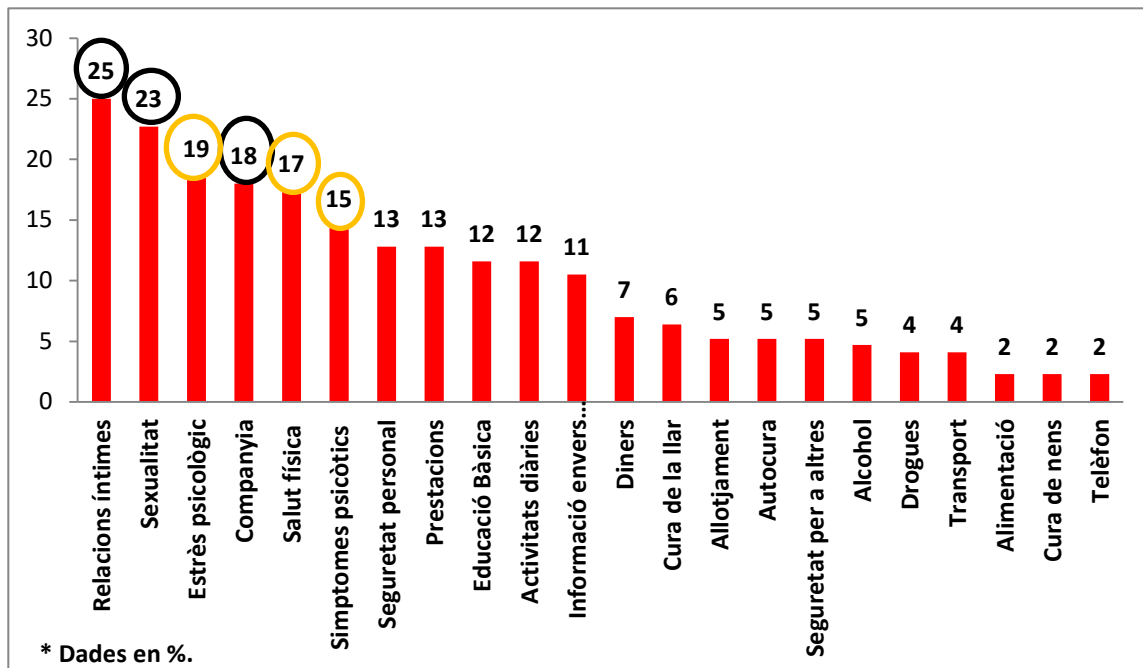
GRÀFIC 4. NECESSITAT COBERTA PER SUPORT



Es pot observar al Gràfic 4, que del total de persones que han respost en el qüestionari de necessitats amb l'opció de “**necessitats cobertes per suport**”, que són un **31%**, els ítems més alts on les persones valoren que “reben més suport per a cobrir les necessitats” són: el de la **Cura de la llar (57%)**, **Alimentació (48%)**, **Estrès psicològic (46%)** i **Diners (45%)**.

Aquestes dades poden anar molt relacionades amb els suports que es donen en els Recursos d'Habitatges existents a la FPM, ja que en la mostra de l'estudi, un 65% aproximadament, són usuaris d'algun d'aquests recursos, on hi ha com a objectiu principal el saber gestionar i ser autònom a la pròpia llar o treballar amb les persones perquè ho aprenguin a ser. El fet d'estar en aquests recursos va totalment lligat a poder garantir per exemple les menjades, a gestionar els diners per poder cobrir les despeses més bàsiques, entre d'altres. Per tant, i segurament també hi va molt lligat, la disminució de l'estrès o la millor gestió d'aquest, ja que es genera una tranquil·litat i estabilitat en les persones pel fet de rebre suports que saben que seguiran rebent de forma continuada.

GRÀFIC 5. NECESSITAT NO COBERTA



Es pot observar al Gràfic 5, que del total de persones que han respost en el qüestionari de necessitats amb l'opció de “**necessitats no cobertes**”, que són un **10%**, els ítems més alts on les persones valoren que “No tenen la necessitat coberta” són: **Relacions íntimes (25%)**, **Sexualitat (23%)**, **Estrès psicològic (19%)**, **Companyia (18%)**, **Salut física (17%)** i **Síntomes psicòtics (15%)**.

S'observen com a més destacables dos aspectes envers les necessitats, un de l'àmbit de: les relacions, la sexualitat i la companyia, i l'altre de: la salut i la malaltia.

Les dades de la mostra ens assenyalen en aquestes necessitats, un punt de preocupació i insatisfacció en el que s'hauria d'aprofundir en el seu estudi per tal d'intentar esbrinar les necessitats i valorar com es pot intervenir per millorar-les.

En el col·lectiu de TMS, és molt important tant: el tractament clínic i mèdic, com el psicosocial i rehabilitador.

- En el primer, el tractament clínic i mèdic, la presa de medicació per intentar estabilitzar la malaltia fa que encara que hagin hagut millores amb els medicaments,

n'hi hagin alguns que tinguin efectes secundaris, entre ells, n'hi ha que poden provocar disfunció sexual.

Els ítems de salut, símptomes psicòtics i estrès psicològic molt possiblement podrien anar relacionats amb el funcionament i desenvolupament de la pròpia malaltia i pels quals s'hauria de seguir treballant per intentar treballar la gestió i maneig dels símptomes, i l'adaptació i seguiments en com aquesta afecta directament a la salut, i al nivell d'estrès que tot això pot generar.

- En el segon, el tractament psicosocial i rehabilitador, es podria tenir en compte que una de les dificultats que solen haver en el col·lectiu de persones que pateixen problemes de salut mental greu, són el establir relacions amb els altres, l'apatia que molts cops els acompanya i els limita, entre d'altres.

❖ Podem observar la **Taula 2** que ens dona els resultats del tercer objectiu.

**“Poder veure si hi ha alguna associació entre les variables recollides en el qüestionari sociodemogràfic i les necessitats expressades pels usuaris”**

Un cop feta la lectura general de les dades anem a relacionar per veure si hi ha associació o no amb algunes dades sociodemogràfiques, i el fet de tenir o no cobertes les necessitats valorades en aquest estudi.

Es valora realitzar en aquest estudi la comparació de 7 de les variables sociodemogràfiques recollides, amb els 22 ítems de necessitats del qüestionari de Camberwell. Es pretén veure per tant, si el gènere, la convivència amb algú, el fet de treballar, el nivell d'estudis, i l'ús d'algun recurs de la FPM a nivell d'habitatges, laborals o tuteles fa que hi hagi un patró diferent en tenir més o menys necessitats.

En aquesta relació ens sorgeix una associació significativa que representem en el següent quadre i que s'ha realitzat a través del “chi-quadrat”:

**TAULA 2: ASSOCIACIÓ SIGNIFICATIVA “CHI-QUADRAT” ENTRE VARIABLES**

- ( $\leq 0.05$ ) Associació significativa

Dades socio-demogràfiques / Necessitats	Allotjament	Alimentació	Cura de la llar	Autocura	Activitats diàries	Salut física	Síntomes psíquics	Informació envers tractaments	Estress psicològic	Seguretat personal	Seguretat per altres	Alcohol	Drogues	Companyia	Relacions íntimes	Sexualitat	Cura de menys	Educació Bàsica	Telèfon	Transport	Diners	Prestacions	
Gènere											0,039	0,023	,001										
Conviu amb algú	,002	,019													,009			,021					
Treballa			,004							,046												,036	
Nivell d'estudis																							
Recursos de la XSSM FPM d'habitatges	,000	,001	,001	,020	,000		,014	,003							,050			,035	,002	,026			
Recursos de la XSSM FPM laborals			,002	,040			,009	,003		,002					,045								
Recursos de la XSSM FPM Tuteles									,013													,036	

Podem observar el següent número d'associacions significatives entre les següents variables sociodemogràfiques i les 22 necessitats:

Gènere	Conviu amb algú	Treballa	Nivell d'estudis	Recursos d'habitatges	Recursos laborals	Recursos de Tuteles
3	4	3	0	11	6	2

Dins de l'estudi d'aquestes associacions s'han triat les més significatives per aquest TFM tenint en compte també els resultats obtinguts. Per tant es valoraran més detingudament les següents relacions entre variables sociodemogràfiques i necessitats: la de **gènere**, la de l'ús de **recursos d'habitatges de FPM**, i la de **recursos de serveis laborals de FPM**.

#### ◆ VARIABLE GÈNERE

El gènere és la única variable de les que hem triat de les dades sociodemogràfiques que ha tingut una relació significativa ( $\leq 0.05$ ) d'associació amb les necessitats de **"seguretat per a altres"**, **"alcohol"** i **"drogues"**. És a dir, el fet de ser home o dona té una relació directa i significativa a l'hora de valorar la necessitat a cobrir en aquests tres ítems, el seu patró és diferent segons el gènere.

##### 1) ASSOCIACIÓ GÈNERE – SEGURETAT PER A ALTRES

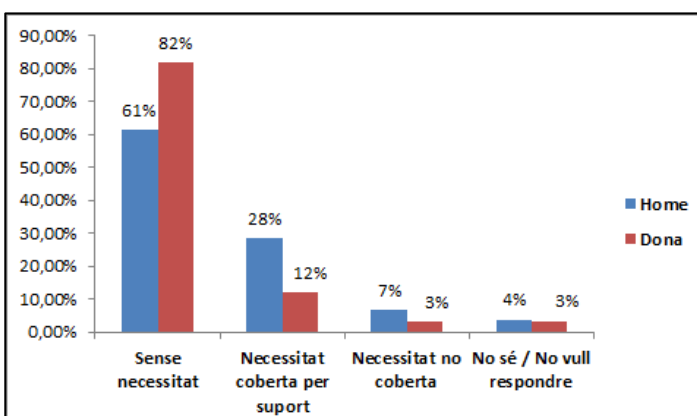
Gènere / Seguretat per a altres	Sense necessitat	Necessitat coberta per suport	Necessitat no coberta	No sé / No vull respondre	Total
Home	65 61,30%	30 28,30%	7 6,60%	4 3,80%	106 100,00%
Dona	54 81,80%	8 12,10%	2 3,00%	2 3,00%	66 100,00%
Total	119 69,20%	38 22,10%	9 5,20%	6 3,50%	172 100,00%

La pregunta a la que fa referència l'ítem de la **Seguretat per a altres** és **"Ha pensat algun cop que podria ser un perill per a la seguretat d'altres persones?"**.

Davant aquesta pregunta i la significació positiva del "chi-quadrat amb un valor de 0.039" es pot afirmar que el fet de ser home influeix en l'ítem de "seguretat per a altres", a l'hora de:

- 1) Tenir més "necessitat de cobrir amb suport" que les dones: del 28% al 12%.
- 2) Tenir més "necessitat no coberta" que les dones: del 7% al 3%.
- 3) Tenir menys "sense necessitat" que les dones: del 61% al 82%.

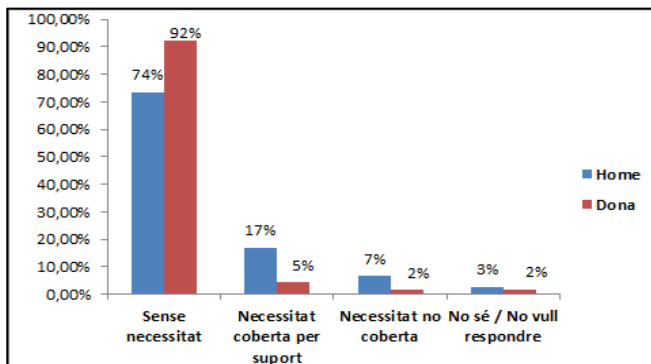
En la nostra mostra l'home ha pensat més cops que les dones en que pot ser un perill per a altres.





## 2) ASSOCIACIÓ GÈNERE – ALCOHOL

Gènere / Alcohol	Sense necessitat	Necessitat coberta per suport	Necessitat no coberta	No sé / No vull respondre	Total
Home	78 73,60%	18 17,00%	7 6,60%	3 2,80%	106 100,00%
Dona	61 92,40%	3 4,50%	1 1,50%	1 1,50%	66 100,00%
Total	139 80,80%	21 12,20%	8 4,70%	4 2,30%	172 100,00%



La pregunta a la que fa referència l'ítem de l'**Alcohol** és "**Té problemes vostè amb la beguda?**".

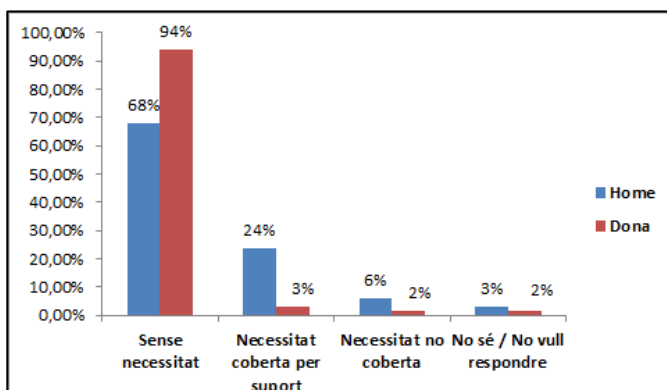
Davant aquesta pregunta i la significació positiva del "chi-quadrat amb un valor de 0.023" es pot afirmar que el fet de ser home influeix en l'ítem de "l'alcohol", a l'hora de:

- 1) Tenir més "necessitat de cobrir amb suport" que les dones: del 17% al 5%.
- 2) Tenir més "necessitat no coberta" que les dones: del 7% al 2%.
- 3) Tenir menys "sense necessitat" que les dones: del 74% al 92%.

En la nostra mostra l'home té més problemes que les dones amb la beguda.

## 3) ASSOCIACIÓ GÈNERE – DROGUES

Gènere / Drogues	Sense necessitat	Necessitat coberta per suport	Necessitat no coberta	No sé / no vull respondre	Total
Home	72 67,90%	25 23,60%	6 5,70%	3 2,80%	106 100,00%
Dona	62 93,90%	2 3,00%	1 1,50%	1 1,50%	66 100,00%
Total	134 77,90%	27 15,70%	7 4,10%	4 2,30%	172 100,00%



La pregunta a la que fa referència l'ítem de les **Drogues** és "**Ha pres algun cop alguna droga que no li ha estat receptada?**".

Davant aquesta pregunta i la significació positiva del "chi-quadrat amb un valor de 0.001" es pot afirmar que el fet de ser home influeix en l'ítem de "les drogues", a l'hora de:

- 1) Tenir més "necessitat de cobrir amb suport" que les dones: del 24% al 3%.
- 2) Tenir més "necessitat no coberta" que les dones: del 6% al 2%.
- 3) Tenir menys "sense necessitat" que les dones: del 68% al 94%.

Aquesta variable és important ja que les persones amb TMS prenen medicació pel seu tractament mèdic i la barreja amb tòxics, tant drogues com l'alcohol, poden afectar molt, tant a nivell de salut com de funcionament, per aquest motiu caldria prestar-li una atenció especial.

En la nostra mostra l'home té més problemes que les dones amb la presa de drogues no receptades.

◆ **VARIABLES RECURSOS D'HABITATGES I RECURSOS LABORALS DE FPM**

Les variables de Recursos d'Habitatges i Recursos Laborals de FPM coincideixen en tenir una associació comuna amb les necessitats “de cura”, “autocura”, “síntomes psicòtics”, “informació envers el tractament” i “relacions íntimes”.

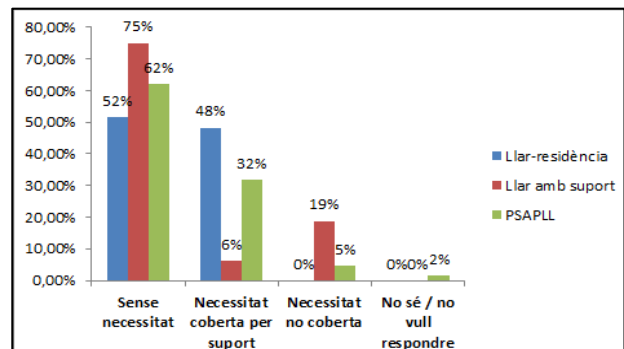
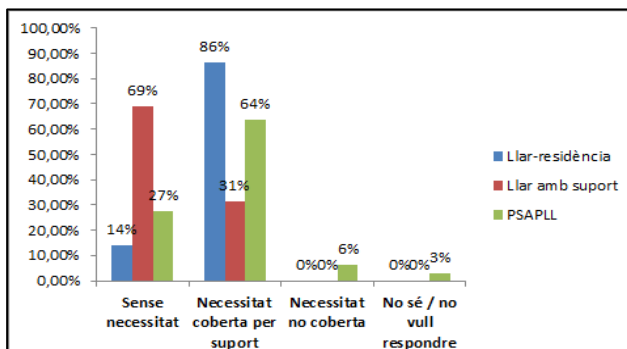
És a dir, el fet de beneficiar-se d'un Recurs d'Habitatge i/o Laboral, té una relació directa i significativa a l'hora de valorar la necessitat a cobrir en aquests ítems, el seu patró és diferent segons si utilitza algun d'aquests recursos.

**4) ASSOCIACIÓ RECURSOS D'HABITATGES / SERVEIS LABORALS DE FPM -  
CURA DE LA LLAR / AUTOCURA**

**ASSOCIACIÓ RECURSOS D'HABITATGES DE FPM - CURA DE LA LLAR / AUTOCURA:**

Serveis d'habitatge / Cura de la llar	Sense necessitat	Necessitat coberta per suport	Necessitat no coberta	No sé / no vull respondre	Total
Cap	28 45,90%	26 42,60%	7 11,50%	0 0,00%	61 100,00%
Llar-residència	4 13,80%	25 86,20%	0 0,00%	0 0,00%	29 100,00%
Llar amb suport	11 68,80%	5 31,30%	0 0,00%	0 0,00%	16 100,00%
PSAPLL	18 27,30%	42 63,60%	4 6,10%	2 3,00%	66 100,00%
Total	61 35,50%	98 57,00%	11 6,40%	2 1,20%	172 100,00%

Serveis d'habitatge / Autocura	Sense necessitat	Necessitat coberta per suport	Necessitat no coberta	No sé / no vull respondre	Total
Cap	46 75,40%	12 19,70%	3 4,90%	0 0,00%	61 100,00%
Llar-residència	15 51,70%	14 48,30%	0 0,00%	0 0,00%	29 100,00%
Llar amb suport	12 75,00%	1 6,30%	3 18,80%	0 0,00%	16 100,00%
PSAPLL	41 62,10%	21 31,80%	3 4,50%	1 1,50%	66 100,00%
Total	114 66,30%	48 27,90%	9 5,20%	1 0,60%	172 100,00%



La pregunta a la que fa referència l'ítem de **Cura de la llar** és "**És capaç de cuidar de la seva casa?**", i la de l'ítem d'**Autocura** és "**Té problemes per arreglar-se i rentar-se?**".

Davant d'aquestes preguntes i la significació positiva del "chi-quadrat amb un valor de 0.001 i 0.020 respectivament" es pot afirmar que el fet d'utilitzar un Recurs d'Habitatge de la XSSM de la FPM influeix en l'ítem de "Cura de la Llar i Autocura":

S'observa:

1) que la majoria, al voltant del 81% mínim i 100% màxim, tenen la necessitat coberta amb o sense suports, segurament en gran part perquè dins dels objectius d'habitatges, el tema d'ensenyar a tenir Cura de la llar és un objectiu per treballar cap a l'evolució dels projectes perquè les persones no es cronifiquin i puguin ser el major independents possibles. El mateix que l'Autocura ja que és bàsic tenir una higiene correcta i per això també s'incideix des dels recursos d'habitatges.

2) que en els recursos d'habitatges hi ha més necessitat de rebre suport en la cura de la llar que no en l'Autocura.

3) que qui té la necessitat més coberta sense suports són les Llars amb suport amb un 69 i 75% respectivament en cura i autocura. Destacant que hi ha un 19% que utilitza el recurs de Llar amb suport que valoren que no tenen la necessitat coberta d'Autocura.

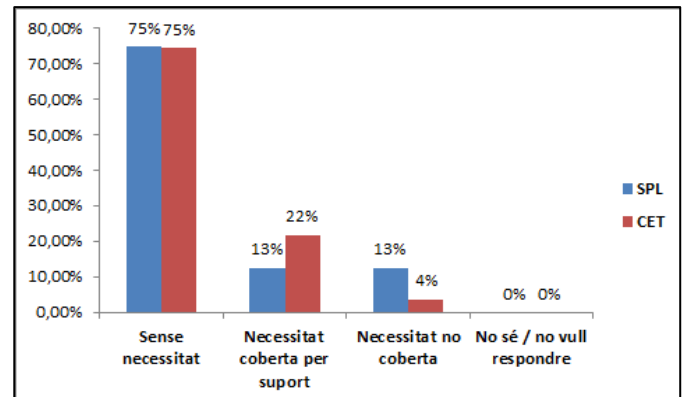
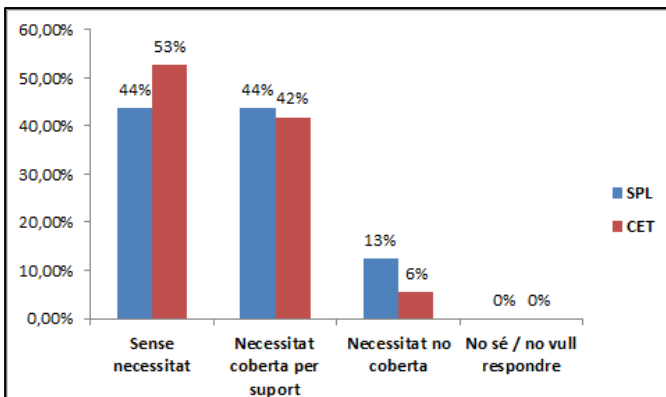
4) que qui més suport necessita per cobrir les dues necessitats respectivament de cura i autocura són: la Llar residència amb un 86 i 48%, seguida de PSAPLL amb un 64 i 32%, i per últim Llars amb suport amb un 31 i 6%.

Aquest fet coincideix amb que els recursos també es corresponen amb el nivell de capacitat i autonomia, difereix una mica el de PSAPLL i Llars amb suport, on es suposa que PSAPLL és per persones amb més autonomia, però aquesta diferència podria ser deguda a que PSAPLL es pot donar al mateix domicili de la persona i les Llars amb suport estan limitades en places i per tant hi ha persones que malgrat per les seves característiques serien subsidiàries de Llars amb suport no se'n poden beneficiar, o ja s'han fet més grans i no valoren l'ús d'aquest recurs, preferint romandre amb suport a casa seva.

#### ASSOCIACIÓ RECURSOS LABORALS DE FPM - CURA DE LA LLAR / AUTOCURA:

Serveis laborals / Cura de la llar	Sense necessitat	Necessitat coberta per suport	Necessitat no coberta	No sé / no vull respondre	Total
Cap	18 21,20%	61 71,80%	4 4,70%	2 2,40%	85 100,00%
SPL	14 43,80%	14 43,80%	4 12,50%	0 0,00%	32 100,00%
CET	29 52,70%	23 41,80%	3 5,50%	0 0,00%	55 100,00%
Total	61 35,50%	98 57,00%	11 6,40%	2 1,20%	172 100,00%

Serveis laborals / Autocura	Sense necessitat	Necessitat coberta per suport	Necessitat no coberta	No sé / no vull respondre	Total
Cap	49 57,60%	32 37,60%	3 3,50%	1 1,20%	85 100,00%
SPL	24 75,00%	4 12,50%	4 12,50%	0 0,00%	32 100,00%
CET	41 74,50%	12 21,80%	2 3,60%	0 0,00%	55 100,00%
Total	114 66,30%	48 27,90%	9 5,20%	1 0,60%	172 100,00%



La pregunta a la que fa referència l'ítem de **Cura de la llar** és **“És capaç de cuidar de la seva casa?”**, i la de l'ítem d'**Autocura** és **“Té problemes per arreglar-se i rentar-se?”**.

Davant d'aquestes preguntes i la significació positiva del “chi-quadrat amb un valor de 0.002 i 0.040 respectivament” es pot afirmar que el fet d'utilitzar un Recurs Laboral de la XSSM de la FPM influeix en l'ítem de “Cura de la Llar i Autocura”:

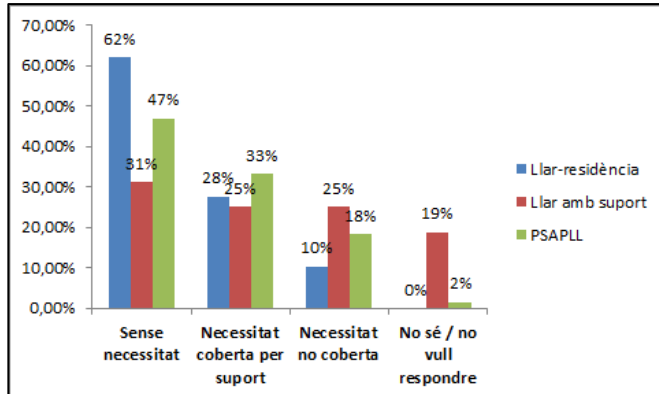
Pel que fa als Serveis Laborals, tant en el SPL com en el CET s'observa a la taula que no hi ha gaires diferències entre els serveis, excepte respecte a la “necessitat no coberta” de Cura de la llar i Autocura que és una mica més elevada al SPL amb un 13% als dos ítems, que al CET amb un 6 i 4%. Aquest fet que es podria donar pel motiu que les persones al SPL estan en procés de preparació en hàbits i habilitats laborals bàsics per una inserció i al CET aquests hàbits estan més adquirits.

En tots dos serveis laborals s'observa com passa amb els habitatges, que una gran part (75%) en els ítems de la Cura de la llar i Autocura, no tenen necessitat, però sobre tot en la Cura de la llar és important la dada significativa de necessitat coberta gràcies al suport rebut en un 44% al SPL i un 42% al CET, que probablement ho podríem relacionar com els habitatges per l'atenció que reben de forma més continuada durant tots els dies de l'any, ja que als serveis laborals es realitzen seguiments no sol laborals, si no integrals per tenir en compte tots els factors que els poden estar afectant en el seu funcionament.

## 5) ASSOCIACIÓ RECURSOS D'HABITATGES / LABORALS DE FPM - SIMPTOMES PSICÒTICS

### ASSOCIACIÓ RECURSOS D'HABITATGES DE FPM - SIMPTOMES PSICÒTICS:

Serveis d'habitatge / Síntomes psicòtics	Sense necessitat	Necessitat coberta per suport	Necessitat no coberta	No sé / no vull respondre	Total
Cap	23 37,70%	29 47,50%	6 9,80%	3 4,90%	61 100,00%
Llar-residència	18 62,10%	8 27,60%	3 10,30%	0 0,00%	29 100,00%
Llar amb suport	5 31,30%	4 25,00%	4 25,00%	3 18,80%	16 100,00%
PSAPLL	31 47,00%	22 33,30%	12 18,20%	1 1,50%	66 100,00%
Total	77 44,80%	63 36,60%	25 14,50%	7 4,10%	172 100,00%



La pregunta a la que fa referència l'ítem de **Síntomes psicòtics** és **"Algun cop sent veus o té problemes amb els seus pensaments?"**.

Davant d'aquesta pregunta i la significació positiva del "chi-quadrat amb un valor de 0.014" es pot afirmar que el fet d'utilitzar un recurs d'habitatge de la XSSM de la FPM influeix en l'ítem de "Síntomes psicòtics".

S'observa a la taula que al voltant del 56% de mínim (que és el cas de Llars amb suport) i el 90% de màxim (que és el cas de la Llar residència) està coberta la necessitat amb o sense suport, respecte a tenir símptomes psicòtics, és a dir, en que això no suposi un problema per la persona.

A la Llar residència és on hi ha el % més elevat amb un 90% de necessitat coberta. Aquest fet podria ser donat pel suport més intens i continu que es dona amb una atenció de 24h 365 dies a l'any.

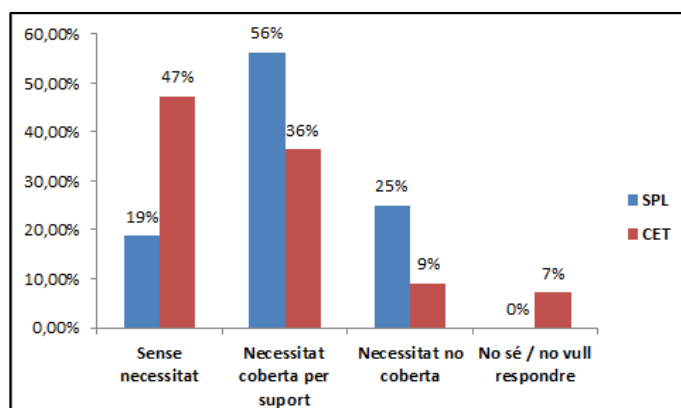
Destacar que un 25% i un 18% de Llar amb suport i PSAPLL respectivament expressen que no la tenen coberta i que representa un problema seriós per a ells.

Per tant en la mostra de l'estudi el fet de ser beneficiari d'un recurs d'habitatge ajuda a tenir més controlat els símptomes psicòtics de la malaltia. I quant més intens és el suport més controlats estan aquests símptomes, sent el suport de la llar residència qui en un 90% el té més cobert.

Com se sap el TMS és crònic i els seus símptomes encara que es poden estabilitzar perduren i es van repetint, això relacionat amb que en el recursos de més autonomia (llar amb suport i PSAPLL) es pot donar suport, però no amb tanta intensitat, fa que haguem de prestar una atenció especial a aquest aspecte. Cal tenir en compte el 19% de persones de les Llars amb suport que no han volgut respondre, s'hauria d'estudiar el motiu per saber si és per poca conscienciació, incertesa..., per poder intervenir-hi.

## ASSOCIACIÓ RECURSOS LABORALS DE FPM - SIMPTOMES PSICÒTICS:

Serveis laborals / Síntomes psicòtics	Sense necessitat	Necessitat coberta per suport	Necessitat no coberta	No sé / no vull respondre	Total
Cap	45 52,90%	25 29,40%	12 14,10%	3 3,50%	85 100,00%
SPL	6 18,80%	18 56,30%	8 25,00%	0 0,00%	32 100,00%
CET	26 47,30%	20 36,40%	5 9,10%	4 7,30%	55 100,00%
Total	77 44,80%	63 36,60%	25 14,50%	7 4,10%	172 100,00%



La pregunta a la que fa referència l'ítem de **Síntomes psicòtics** és **“Algun cop sent veus o té problemes amb els seus pensaments?”**.

Davant d'aquesta pregunta i la significació positiva del “chi-quadrat amb un valor de 0.009” es pot afirmar que el fet d'utilitzar un Recurs Laboral de la XSSM de la FPM influeix en l'ítem de “Síntomes psicòtics”.

Respecte als Serveis Laborals s'observa al igual que els habitatges una part important sense necessitat, més a CET (47%) que al SPL (19%), potser donada per una major estabilitat i nivell de capacitació ja assolits quan s'està treballant. I on si sumem la no necessitat, amb la necessitat coberta amb suport, ens trobem que en un 75% al SPL i un 83% al CET el control dels símptomes psicòtics no representen un problema per les persones de la mostra. Com hem dit anteriorment en els ítems de la Cura i Autocura, el fet d'estar vinculats a un servei diürn laboral ajuda a mantenir i donar suport en les diferents mancances que tingui la persona.

Hi ha un gruix important de persones que valoren que no tenen la necessitat coberta sobre tot al SPL amb un 25%, fet que pot ser donat tal com ja s'ha comentat a que encara estan en procés d'entrenament i maneig dels símptomes.

Per tant en aquesta mostra el fet d'estar en un Recurs Laboral de la XSSM fa que es tingui més controlat els símptomes psicòtics de la malaltia com a mínim en un 75%.

**6) ASSOCIACIÓ RECURSOS D'HABITATGES / LABORALS DE FPM -**

**INFORMACIÓ ENVERS TRACTAMENT**

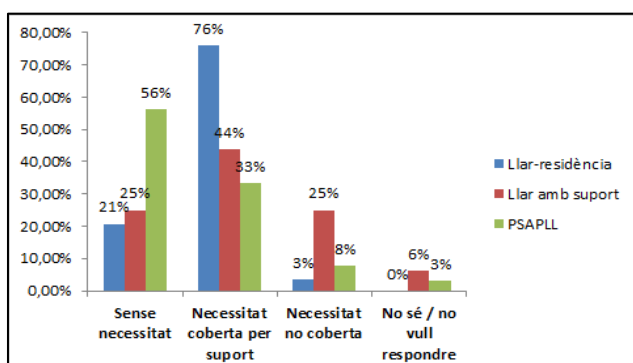
**ASSOCIACIÓ RECURSOS D'HABITATGES DE FPM - INFORMACIÓ ENVERS TRACTAMENT:**

Serveis d'habitatge / Informació envers tractaments	Sense necessitat	Necessitat coberta per suport	Necessitat no coberta	No sé / no vull respondre	Total
Cap	28 45,90%	25 41,00%	8 13,10%	0 0,00%	61 100,00%
Llar-residència	6 20,70%	22 75,90%	1 3,40%	0 0,00%	29 100,00%
Llar amb suport	4 25,00%	7 43,80%	4 25,00%	1 6,30%	16 100,00%
PSAPLL	37 56,10%	22 33,30%	5 7,60%	2 3,00%	66 100,00%
Total	75 43,60%	76 44,20%	18 10,50%	3 1,70%	172 100,00%

La pregunta a la que fa referència l'ítem d'informació envers tractaments és **“Ha rebut informació clara envers la seva medicació?”**.

Davant d'aquesta pregunta i la significació positiva del “chi-quadrat amb un valor de 0.003” es pot afirmar que el fet d'utilitzar un Recurs d'Habitatge de la XSSM de la FPM influeix en l'ítem d'informació envers tractaments”.

Observem les dades de la taula:



1) que el fet d'estar a un recurs d'habitatge de Llar-residència fa que en un 76% s'hagi rebut informació envers el tractament, sent el tipus d'habitatge que més coberta té aquesta necessitat gràcies al suport rebut, i que si sumem el haver rebut informació amb suport o sense, arriba al 97%, seguida de PSAPLL amb un 89%, i per últim Llars amb suport amb un 69%.

2) A destacar que en les Llars amb suport hi ha un 25% que expressa no tenir-la coberta.

**ASSOCIACIÓ RECURSOS LABORALS DE FPM – INFORMACIÓ ENVERS TRACTAMENT:**

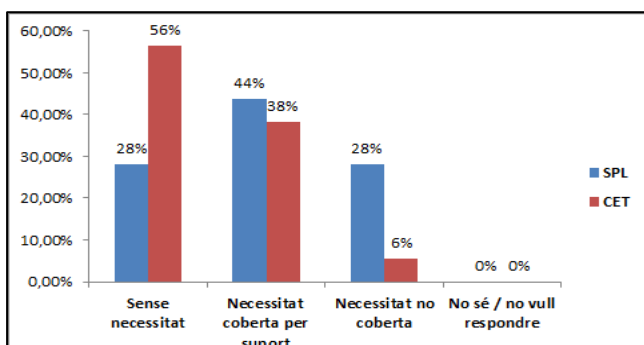
Serveis laborals / Informació envers tractaments	Sense necessitat	Necessitat coberta per suport	Necessitat no coberta	No sé / no vull respondre	Total
Cap	35 41,20%	41 48,20%	6 7,10%	3 3,50%	85 100,00%
SPL	9 28,10%	14 43,80%	9 28,10%	0 0,00%	32 100,00%
CET	31 56,40%	21 38,20%	3 5,50%	0 0,00%	55 100,00%
Total	75 43,60%	76 44,20%	18 10,50%	3 1,70%	172 100,00%

La pregunta a la que fa referència l'ítem d'informació envers tractaments és **“Ha rebut informació clara envers la seva medicació?”**.

Davant d'aquesta pregunta i la significació positiva del “chi-quadrat amb un valor de 0.003” es pot afirmar que el fet d'utilitzar un Recurs Laboral de la XSSM de la FPM influeix en l'ítem d'informació envers tractaments”.

Respecte als Serveis Laborals hi ha diferència entre serveis ja que al CET hi ha menys necessitat (56%) que al SPL (28%) vers la necessitat d'informació. L'estabilitat i preparació de les persones de CET podrien contribuir a aquesta diferència..

Hi ha una part important que reben suport i això fa que si sumem la no necessitat amb la de rebre suport, es quedi coberta, en un 72% al SPL , i en un 94% al CET.



## 7) ASSOCIACIÓ RECURSOS D'HABITATGES / LABORALS DE FPM -

### RELACIONS ÍNTIMES

#### ASSOCIACIÓ RECURSOS D'HABITATGES DE FPM - RELACIONS ÍNTIMES

Serveis d'habitatge / Relacions íntimes	Sense necessitat	Necessitat coberta per suport	Necessitat no coberta	No sé / no vull respondre	Total
Cap	32 52,50%	10 16,40%	18 29,50%	1 1,60%	61 100,00%
Llar-residència	21 72,40%	4 13,80%	3 10,30%	1 3,40%	29 100,00%
Llar amb suport	6 37,50%	3 18,80%	6 37,50%	1 6,30%	16 100,00%
PSAPLL	34 51,50%	6 9,10%	16 24,20%	10 15,20%	66 100,00%
Total	93 54,10%	23 13,40%	43 25,00%	13 7,60%	172 100,00%

La pregunta a la que fa referència l'ítem de **Relacions íntimes** és **"Té parella?"**.

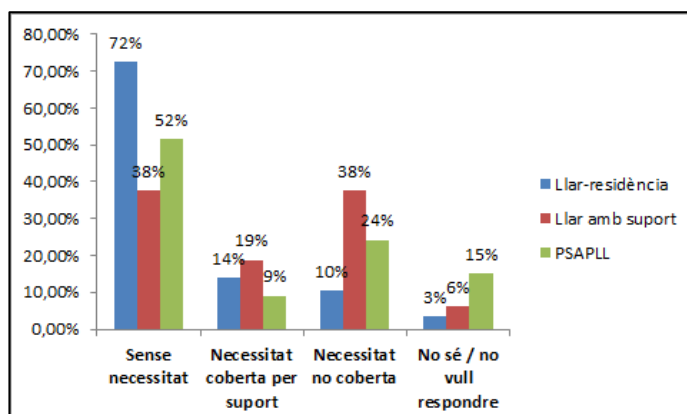
Davant d'aquesta pregunta i la significació positiva del "chi-quadrat amb un valor de 0.50" es pot afirmar que el fet d'utilitzar un Recurs d'Habitatge de la XSSM de la FPM influeix en l'ítem de "Relacions íntimes" en que:

1) El recurs de Llar residència respecte els altres recursos d'habitatges de Llars amb suport i PSAPLL, és on hi ha menys necessitat, és a dir no tenen parella i no és un problema amb un 72%.

2) El recurs de Llars amb suport respecte els altres recursos d'habitatges de Llars residència i PSAPLL, és on es rep més suport per cobrir la necessitat, amb un 19%.

3) El recurs de Llars amb suport respecte els altres recursos d'habitatges de PSAPLL i de Llar residència, és on hi ha més necessitat no coberta, amb un 38%.

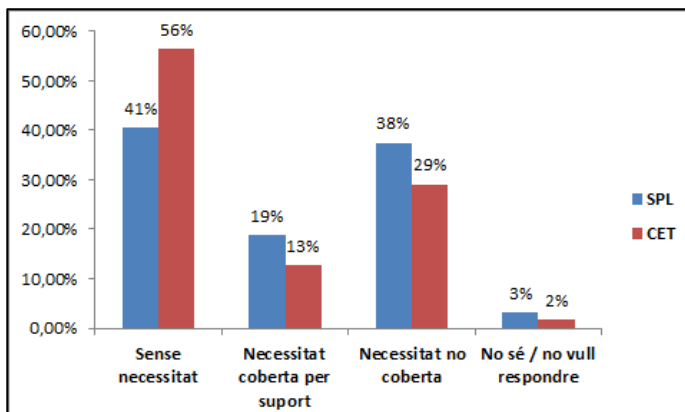
Ser beneficiari d'un recurs d'habitatge fa que l'ítem de relacions íntimes estigui cobert en aquesta mostra entre un 86%-57%.





**ASSOCIACIÓ RECURSOS LABORALS DE FPM - RELACIONS ÍNTIMES:**

Serveis laborals / Relacions íntimes	Sense necessitat	Necessitat coberta per suport	Necessitat no coberta	No sé / no vull respondre	Total
Cap	49 57,60%	10 11,80%	15 17,60%	11 12,90%	85 100,00%
SPL	13 40,60%	6 18,80%	12 37,50%	1 3,10%	32 100,00%
CET	31 56,40%	7 12,70%	16 29,10%	1 1,80%	55 100,00%
Total	93 54,10%	23 13,40%	43 25,00%	13 7,60%	172 100,00%



La pregunta a la que fa referència l'ítem de **Relacions íntimes** és **"Té parella?"**.

Davant d'aquesta pregunta i la significació positiva del "chi-quadrat amb un valor de 0.45" es pot afirmar que el fet d'utilitzar un Recurs Laboral de la XSSM de la FPM influeix en l'ítem de "Relacions íntimes".

Respecte als Serveis Laborals hi ha diferència entre serveis, ja que al CET hi ha menys necessitat que al SPL (41% envers 56%) vers la necessitat de relacions íntimes.

Si que hi ha una part important que reben suport i això fa que es quedi coberta amb aproximadament un 60-70%, .

Destaca una part important de necessitat no coberta envers les relacions íntimes en les que no hi ha gaire diferència entre SPL (38%) i CET (29%).

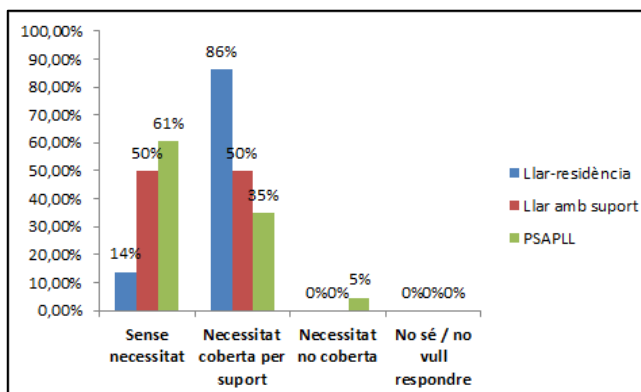
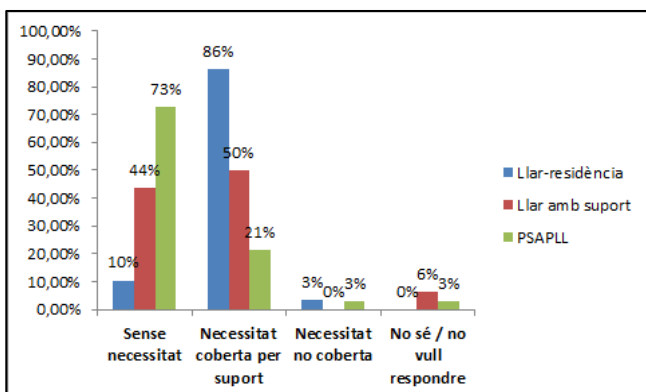
Podria ser que la inestabilitat, la dificultat de relacions i el maneig de la malaltia afectés a l'ítem de les Relacions íntimes, el qual s'hauria de valorar per donar-li algun tractament per millorar-ho.

Les dades ens fan veure que en aquesta mostra les persones que pertanyen al SPL tenen major dificultat envers aquest ítem, potser com s'ha comentat anteriorment per la situació de més inestabilitat que presenten al arribar a aquest recurs.

## 8) ASSOCIACIÓ RECURSOS D'HABITATGES DE FPM – ALLOTJAMENT / ALIMENTACIÓ

Serveis d'habitatge / Allotjament	Sense necessitat	Necessitat coberta per suport	Necessitat no coberta	No sé / no vull respondre	Total
Cap	31 50,82%	23 37,70%	6 9,84%	1 1,64%	61 100,00%
Llar-residència	3 10,34%	25 86,21%	1 3,45%	0 0,00%	29 100,00%
Llar amb suport	7 43,75%	8 50,00%	0 0,00%	1 6,25%	16 100,00%
PSAPLL	48 72,73%	14 21,21%	2 3,03%	2 3,03%	66 100,00%
Total	89 51,74%	70 40,70%	9 5,23%	4 2,33%	172 100,00%

Serveis d'habitatge / Alimentació	Sense necessitat	Necessitat coberta per suport	Necessitat no coberta	No sé / no vull respondre	Total
Cap	33 54,10%	27 44,26%	1 1,64%	0 0,00%	61 100,00%
Llar-residència	4 13,79%	25 86,21%	0 0,00%	0 0,00%	29 100,00%
Llar amb suport	8 50,00%	8 50,00%	0 0,00%	0 0,00%	16 100,00%
PSAPLL	40 60,61%	23 34,85%	3 4,54%	0 0,00%	66 100,00%
Total	85 49,42%	83 48,26%	4 2,33%	0 0,00%	172 100,00%



La pregunta a la que fa referència l'ítem de l'**Allotjament** "**És adequat el lloc on viu?**", i la de l'**Alimentació** és "**Té suficient per menjar?**".

Davant d'aquesta pregunta i la significació positiva del "chi-quadrat amb un valor de 0.000 i 0.001 respectivament" es pot afirmar que el fet d'utilitzar un Recurs d'habitatge de la XSSM de la FPM influeix en l'ítem d'Allotjament i Alimentació".

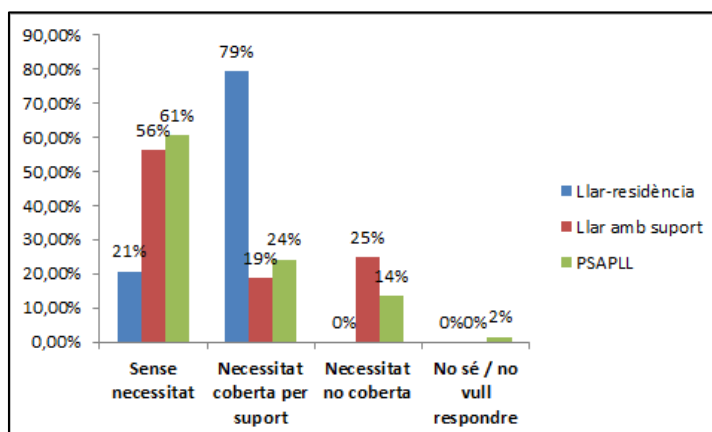
Podem observar a les taules que hi ha un relació directa d'associació amb els recursos d'habitatge, sent en la major mesura valorades com sense necessitat o amb necessitat coberta pel suport rebut, arribant com a mínim al 94% en l'Allotjament i 96% en l'Alimentació.

Podríem relacionar-ho en que en aquests recursos es vetlla perquè les condicions de les llars siguin adequades, i en el cas de PSAPLL es vetlla també perquè si les condicions no són adequades s'intenti donar tot el suport en la gestió per fer-les millorar en allò que no sigui correcte.

Pel que fa a l'Alimentació passa el mateix, estar en un recurs d'habitatge fa que les menjades estiguin assegurades o es vetlli perquè ho estiguin, i en els més autònoms, com les Llars amb suport i el PSAPLL (que en aquest últim van als domicilis particulars de les persones), un dels objectius bàsics també sigui ajudar en la gestió i suport en l'alimentació i la seva manipulació a nivell culinari.

### 9) ASSOCIACIÓ RECURSOS D'HABITATGES DE FPM - ACTIVITATS DIÀRIES

Serveis d'habitatge / Activitats diàries	Sense necessitat	Necessitat coberta per suport	Necessitat no coberta	No sé / no vull respondre	Total
Cap	36 59,00%	18 29,50%	7 11,50%	0 0,00%	61 100,00%
Llar-residència	6 20,70%	23 79,30%	0 0,00%	0 0,00%	29 100,00%
Llar amb suport	9 56,30%	3 18,80%	4 25,00%	0 0,00%	16 100,00%
PSAPLL	40 60,60%	16 24,20%	9 13,60%	1 1,50%	66 100,00%
Total	91 52,90%	60 34,90%	20 11,60%	1 0,60%	172 100,00%



La pregunta a la que fa referència l'ítem d'Activitats diàries és "Ocupa satisfactòriament el seu temps?".

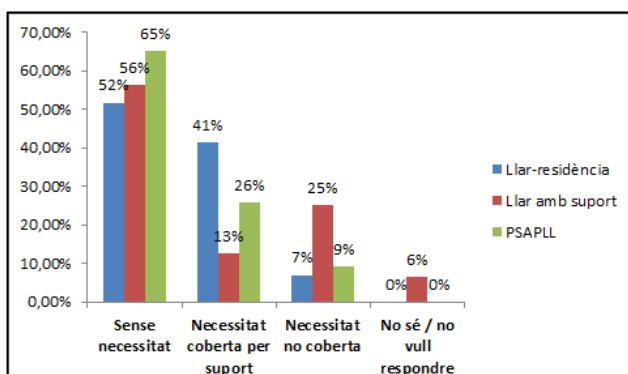
Davant d'aquesta pregunta i la significació positiva del "chi-quadrat amb un valor de 0.000" es pot afirmar que el fet d'utilitzar un Recurs d'habitatge de la XSSM de la FPM influeix en l'ítem d'Activitats diàries".

1) Les persones que van a la Llar residència tenen més necessitat de rebre suport per poder ocupar el seu temps envers els que van a les Llars amb suport i PSAPLL. Potser ho podríem relacionar amb que tenen més mancances per relacionar-se i organitzar-se i per tant la necessitat a cobrir amb suport és més gran.

2) Al contrari, les Llars amb suport i PSAPLL que es pressuposa que tenen més autonomia, expressen tenir-la coberta amb suport en un 19 i 24%, però destaca que en un 25% i en un 14% la necessitat no està coberta. Aquest fet ens hauria de fer pensar en com plantejar els programes de suport en aquests habitatges per tal de millorar l'ocupació del temps de les persones.

### 10) ASSOCIACIÓ RECURSOS D'HABITATGES DE FPM - EDUCACIÓ BÀSICA

Serveis d'habitatge / Educació	Sense necessitat	Necessitat coberta per suport	Necessitat no coberta	No sé / no vull respondre	Total
Cap	32 52,50%	21 34,40%	8 13,10%	0 0,00%	61 100,00%
Llar-residència	15 51,70%	12 41,40%	2 6,90%	0 0,00%	29 100,00%
Llar amb suport	9 56,30%	2 12,50%	4 25,00%	1 6,30%	16 100,00%
PSAPLL	43 65,20%	17 25,80%	6 9,10%	0 0,00%	66 100,00%
Total	99 57,60%	52 30,20%	20 11,60%	1 0,60%	172 100,00%



La pregunta a la que fa referència l'ítem d'Educació Bàsica és "Té alguna dificultat de lectura, escriptura o comprensió del llenguatge?".

Davant d'aquesta pregunta i la significació positiva del "chi-quadrat amb un valor de 0.035" es pot afirmar que el fet d'utilitzar un Recurs d'habitatge de la XSSM de la FPM influeix en l'ítem d'Educació bàsica".

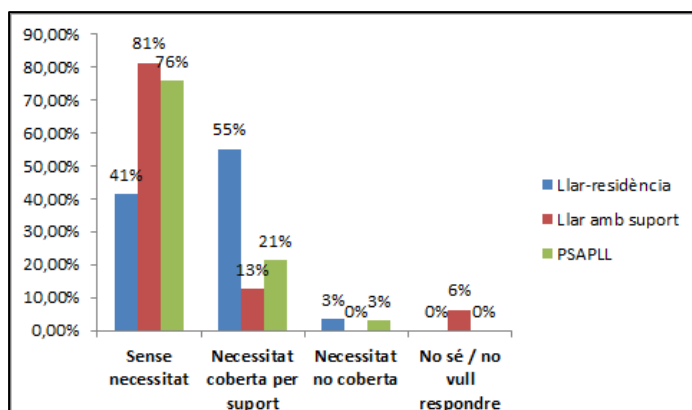
Mirant la taula veiem que la majoria de la mostra té aquesta necessitat coberta, amb o sense suport, amb un mínim del 69%.

Podem dir que el ser beneficiari d'un Recurs d'habitatge facilita que es tingui en un 69% coberta la dificultat en la comunicació i llenguatge.

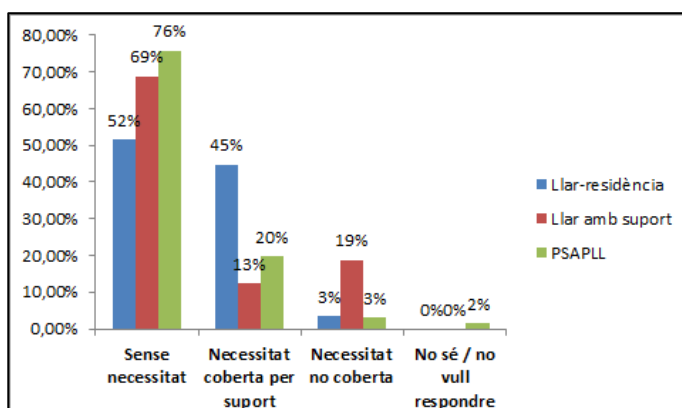
A destacar que un 25% de les persones de Llars amb suport no tenen la necessitat coberta.

## 11) ASSOCIACIÓ RECURSOS D'HABITATGES DE FPM – TELÈFON/ TRANSPORT

Serveis d'habitatge / Telèfon	Sense necessitat	Necessitat coberta per suport	Necessitat no coberta	No sé / no vull respondre	Total
Cap	46 75,40%	14 23,00%	1 1,60%	0 0,00%	61 100,00%
Llar-residència	12 41,40%	16 55,20%	1 3,40%	0 0,00%	29 100,00%
Llar amb suport	13 81,30%	2 12,50%	0 0,00%	1 6,30%	16 100,00%
PSAPLL	50 75,80%	14 21,20%	2 3,00%	0 0,00%	66 100,00%
Total	121 70,30%	46 26,70%	4 2,30%	1 0,60%	172 100,00%



Serveis d'habitatge / Transport	Sense necessitat	Necessitat coberta per suport	Necessitat no coberta	No sé / no vull respondre	Total
Cap	38 62,30%	21 34,40%	1 1,60%	1 1,60%	61 100,00%
Llar-residència	15 51,70%	13 44,80%	1 3,40%	0 0,00%	29 100,00%
Llar amb suport	11 68,80%	2 12,50%	3 18,80%	0 0,00%	16 100,00%
PSAPLL	50 75,80%	13 19,70%	2 3,00%	1 1,50%	66 100,00%
Total	114 66,30%	49 28,50%	7 4,10%	2 1,20%	172 100,00%



La pregunta a la que fa referència l'ítem de **Telèfon i Transport** és **"Sap com utilitzar el telèfon?"**, i **"Té problemes per utilitzar l'autobús tren o metro?"**.

Davant d'aquesta pregunta i la significació positiva del "chi-quadrat amb un valor de 0.002 i 0.026 respectivament" es pot afirmar que el fet d'utilitzar un Recurs d'habitatge de la XSSM de la FPM influeix en l'ítem del Telèfon i del Transport".

Aquests dos ítems són bàsics dins del funcionament de les persones, ja que aporten autonomia i independència.

Si mirem la taula observarem que la majoria, aproximadament més del 75% en el cas de les Llars amb suport i el PSAPLL, no tenen necessitat en com utilitzar el telèfon, exceptuant la Llar-residència on hi ha un % menor del 50% que expressen no tenir necessitat però afirmant que necessiten més suports per poder-la cobrir amb un 55%.

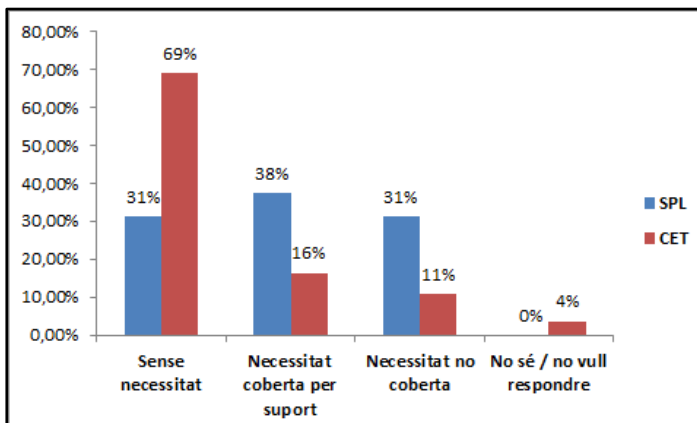
En quant el Transport passa semblant que amb l'ítem del Telèfon. Observem que la majoria, aproximadament als voltants del 70% en el cas de les Llars amb suport i PSAPLL, no tenen necessitat en com utilitzar el transport, exceptuant la Llar-residència on hi ha un % una mica menor del 52% que expressen no tenir necessitats però afirmant que necessiten més suports per poder la cobrir amb un 45%.

Destacar però que hi ha un 19% de les persones de la Llar amb suport que no tenen coberta la necessitat de Transport, tenint dificultats pel seu ús. Aquest fet es podria treballar dins del programa d'habitatges per incidir en millorar l'autonomia de les persones.

Podríem dir que ser beneficiari d'un recurs d'habitatge ajuda a tenir coberta la necessitat de saber fer ús del telèfon i del transport aportant més autonomia a les persones.

## 12) ASSOCIACIÓ RECURSOS LABORALS DE FPM - SEGURETAT PERSONAL

Serveis laborals / Seguretat personal	Sense necessitat	Necessitat coberta per suport	Necessitat no coberta	No sé / no vull respondre	Total
Cap	53 62,40%	24 28,20%	6 7,10%	2 2,40%	85 100,00%
SPL	10 31,30%	12 37,50%	10 31,30%	0 0,00%	32 100,00%
CET	38 69,10%	9 16,40%	6 10,90%	2 3,60%	55 100,00%
Total	101 58,70%	45 26,20%	22 12,80%	4 2,30%	172 100,00%



La pregunta a la que fa referència l'ítem de **Seguretat personal** és "**Ha pensat algun cop en fer-se mal a sí mateix?**".

Davant d'aquesta pregunta i la significació positiva del "chi-quadrat amb un valor de 0.002" es pot afirmar que el fet d'utilitzar un Recurs Laboral de la XSSM de la FPM influeix en l'ítem de Seguretat personal".

Si observem la taula podem detectar que al SPL té menys necessitat, amb un 31%, perquè necessita de més suports, amb un 38% per cobrir-la i a la vegada hi ha un 31% que no la tenen coberta, envers al CET, que té més coberta la necessitats amb un 69%, necessitant de menys suports per cobrir-la amb un 16%, i tenint un 11% que no la tenen coberta.

Veiem doncs que el fet d'estar en un Recurs Laboral afavoreix el no tenir tants pensaments de fer-se mal a un mateix. Sent al SPL un 69% i al CET un 85% de les persones que formen la mostra que tenen coberta la necessitats amb ajuda o sense.

Un motiu de diferència entre el SPL i el CET podria ser el moment d'inestabilitat i vulnerabilitat de les persones usuàries del SPL.

Caldria estudiar més en profunditat la necessitat citada, donat que és un risc per a sí mateix molt important. Se sap que el TMS comporta situacions molt complexes de manejar, per tant caldria posar èmfasi en poder tractar de detectar i prevenir, situacions de risc en les persones usuàries dels serveis laborals.

- ❖ Podem observar la **Taula 2** que ens dona els resultats del quart objectiu.

**“Poder extreure segons els resultats, una proposta d’intervenció per tractar de valorar de forma continuada i integral les necessitats de les persones amb TMS”**

- ◆ Al llarg de l’estudi hem pogut comprovar la importància de la prevenció i de l’atenció precoç en el món de la salut, la influència de l’entorn en el funcionament de les persones, la importància d’ “escoltar”, d’empoderar, de respectar, d’ensenyar.
- ◆ La Sanitat també fa un canvi valorant a les persones més que per l’etiqueta del diagnòstic pel funcionament que comporta la malaltia de forma individual a cada pacient.
- ◆ Per tant el model social sanitari també ha d’afegir-se a aquest “canvi de mirada” amb un nou model:

### **UNITATS D’ATENCIÓ INTEGRAL EN LA XARXA DE SALUT MENTAL (UAI)**

---

El model es proposa instaurar com a projecte pilot a dins del CSMA durant 2 anys i valorar-ne els resultats.

➤ **Els objectius** principals responen a:

- Donar una atenció integral continuada a la persona
- Detectar possibles necessitats a treballar sense una demanda prèvia
- Prevenir situacions de risc
- Oferir tallers formatius/preventius

➤ **L’equip** interdisciplinari estaria format per:

- 1 Diplomant en Treball Social Sanitari
- 1 DUI Diplomant Universitari d’Infermeria

➤ **Procediment:**

Tota persona derivada a la Xarxa de Salut Mental del CSMA ha de poder rebre una atenció integral que es valori per professionals especialitzats de Salut Mental.

Per poder-ho fer es complementaran les visites integrades dins del CSMA amb la UAI també del CSMA.

1. D'aquesta manera i tal com ja està pautat, tota persona derivada al CSMA es visitarà amb el professional de psiquiatria assignat per tal de valorar la situació clínica diagnòstica i el tractament del pacient.
2. A la vegada i de forma complementària l'equip de la UAI valorarà a nivell social i d'infermeria les necessitats de la persona d'una forma integral a través d'una entrevista inicial, i del pas del qüestionari de les necessitats Camberwell per poder fer una primera detecció de la situació.
  - Es podran valorar de fer visites a domicili si es creuen adients i necessàries, i si tenen l'autorització de la persona.
  - Es mantindrà contacte amb el DTS de referència de Serveis Socials, si s'escau, per si hi ha informació pertinent a tenir en compte i que afecti a la nostra valoració.
3. Un cop realitzada aquesta valoració es realitzarà el diagnòstic social sanitari juntament amb l'informe del DUI.
4. Aquesta informació i els informes realitzats es traslladaran a la reunió d'equip setmanal del CSMA, on s'exposen els casos nous i els que hagin sorgit dificultats. L'objectiu serà fer coneixedors a la resta de l'equip dels nous casos més complexes, col·laborar en aquells que ja existeixen i que cal suport, i coordinar-nos amb els professionals que s'hagi valorat que el pacient cal que rebi suport.
5. S'establiran reunions quadrimestrals per valorar l'evolució dels casos ja derivats i delegats, tant amb el pacient com amb els professionals que estan tractant-los. Així com es mantindran reunions de seguiment i/o de revaloració de les necessitats dels

pacients per tal de vetllar pel compliment del treball de les necessitats, de la seva continuïtat, o de la detecció de noves situacions, temporalitzant-les segons els casos segons la necessitat i la urgència.

6. Al cap de dos anys es valorarà la seva eficàcia i eficiència per valorar la seva implementació i/o realitzar les modificacions oportunes i/o valorar si cal plantejar algun altre programa d'atenció integral.
7. Es proposaran dins de la Unitat d'Atenció Integral la preparació i realització d'un programa de sexualitat per treballar un dels àmbits que ha sortit com a necessitat no coberta en l'estudi d'aquest TFM, ja que un dels objectius d'aquesta Unitat també serà la preparació i gestió de tallers formatius/preventius de les necessitats que es detectin.

Per impartir aquest projecte pilot al CSMA, es començaria pel CSMA de Reus i es faria la difusió entre les diferents entitats, recursos i serveis que formin part del teixit social i sanitari vinculat amb el CSMA per tal de fer una bona coordinació dels casos.





## **7. LIMITACIONS**

Aquest estudi ha permès “*obtenir el perfil de les necessitats que no estan cobertes de les persones que formen part dels Serveis de la Xarxa Social de Salut Mental de la Fundació Pere Mata i proposar un model d'intervenció per poder-les valorar i tractar*”.

A l'hora de realitzar l'estudi s'han trobat les següents limitacions:

1. La mostra triada ha estat molt gran, ja que l'abast era el de totes les persones beneficiàries de la XSSM de la FPM, arribant finalment a 172 persones participants en l'estudi.
2. El pas dels dos qüestionaris amb atenció directa per part de l'administradora, un de recollida de dades sociodemogràfiques que s'havia de validar i un d'autoaplicació de les necessitats de Camberwell, requerien de molt temps per complir amb les dates marcades per l'entrega dels resultats.
3. El fet de no tenir a totes les persones a l'abast de l'alumna, ha fet que s'hagin tingut que explicar i donar les pautes necessàries per la seva correcta administració als referents dels beneficiaris per tal que ho poguessin supervisar. Fet que s'ha de tenir en compte per si pot haver un biaix al haver diferents administradors.
4. La resta de persones que l'alumna si tenia al seu abast, s'han tingut que fer subgrups de 4-5 persones màxim per anar passant el qüestionari i garantir la seva correcta administració. Això ha fet que hi hagués un gran volum de feina amb poc temps per realitzar-la.
5. Aquest estudi mostra les necessitats que les persones de la XSSM de la FPM amb TMS valoren que tenen des del seu punt de vista, i la informació dels resultats és la seva pròpia interpretació de la vivència que tenen, però aquesta no està contrastada amb el professional referent i amb la seva interpretació. Per tant tenim una visió parcel·lada de la valoració de necessitats.

## **8. DISCUSSIÓ / CONCLUSIONS**

El resultat obtingut ens fa concloure les següents afirmacions:

1. Es **valida la hipòtesi inicial** de *“Les persones que pateixen un Trastorn Mental Sever i que estan vinculades a algun dels Serveis de la Xarxa Social de Salut Mental de la Fundació Pere Mata no tenen algunes de les necessitats bàsiques cobertes”*.
2. El **perfil dels usuaris** de la mostra de l'estudi són majoritàriament persones: de gènere masculí, amb una convivència familiar, amb una franja d'edat més elevada d'entre 41-50 anys, no tutelades, preferentment amb estudis primaris, la meitat aproximadament treballa o s'està preparant per treballar, reben una prestació econòmica, i el recurs de la FPM més utilitzat és el d'Habitatges i en concret el PSAPLL.
3. Existeix un **41% de necessitat**, desglossat en un 10% de persones que valoren que tenen encara “necessitats no cobertes”, i casi un 31% que diuen que les tenen “cobertes gràcies a que reben algun tipus de suport”. Fet que ens fa concloure la necessitat de tenir en compte el mantenir i potenciar diferents projectes, recursos i dissenys de programes en la intervenció en persones amb TMS que ajudin i donin suport per cobrir les necessitats.
4. Les **“necessitats no cobertes”** més altes són els ítems de **relacions íntimes i sexualitat**, i on l'ajuda rebuda és la que té un % menor, fet que ens podria fer pensar el valorar la necessitat de suports en aquest àmbit. En segon lloc els ítems més alts que “no tenen coberta la seva necessitat” són els de **salut, símptomes psicòtics i estrès psicològic**.
5. En les **“necessitats cobertes per suport”**, els àmbits on es rep més suport per cobrir les necessitats són el de la **cura de la llar, alimentació, estrès psicològic i diners**. Motius que els podem relacionar amb els objectius dels serveis d'habitatges i laborals d'atendre i garantir els mínims bàsics de les persones.

6. El **gènere** és la única variable de les que hem triat de les dades sociodemogràfiques que ha tingut una **relació significativa** d'associació amb les necessitats de "**seguretat per a altres, alcohol i drogues**". En aquests tres, es veu una diferència significativa entre ser home i tenir més necessitat de suport i més necessitat no coberta, que el gènere femení.
7. Les variables de **Recursos d'Habitatges i Recursos Laborals de FPM** coincideixen en tenir una **associació comuna** amb les necessitats "**de cura, autocura, símptomes psicòtics, informació envers el tractament i relacions íntimes**".
8. Es manté una **associació significativa** entre les variables de **Recursos d'Habitatges de FPM** amb les necessitats "**d'allotjament, alimentació, activitats diàries, educació bàsica, transport i telèfon**".
9. Es manté una **associació significativa** entre les variables de **Recursos Laborals de FPM** amb les necessitats "**seguretat personal**".

En les conclusions 7, 8 i 9 podem concloure que l'associació significativa que surt en els Recursos d'Habitatges i els de Serveis Laborals, ve donada per **l'atenció donada de forma continuada** amb diferents graus de suport. Aquest fet **facilita poder cobrir** en gran part les **necessitats** comentades, i en **detectar-ne d'altres no cobertes**.

10. Destacarem, que a l'hora de dissenyar programes i recursos i posar-los en pràctica, encara que el professional no estigui d'acord amb la necessitat de la persona, sempre **s'haurà de partir de la vivència** d'aquesta abans de començar a definir un pla de treball, ja que haurem de saber d'on partim per saber per on cal començar, tenint en compte les línies que marca el Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària (PIAISS), seguint el model d'atenció centrada en la persona, on aquesta és el primer esgraó des d'on s'ha d'iniciar el treball.



## **9. BIBLIOGRAFIA**

- Álvaro Benítez, David. Consecuencias de la crisis económica en España. Trabajo de fin de Grado. Facultad de Ciencias Sociales, Jurídicas y de la Comunicación. Grado en Administración y Dirección de Empresas. 2017.
- Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría. 2013.
- Bases per a un Model Català d'atenció a les persones amb necessitats Complexes. Conceptualització i introducció als elements operatius Versió 6.0 del 27 de març de 2017.
- Boixareu, Rosa M. De la Antropologia filosòfica a la Antropologia de la Salut. Barcelona. Ed. Herder. Capítol 3. La OMS y el concepto de salud (2008).
- Castelló M, Fernández de Sanmamed MJ, García J, Mazo MV, Mendive JM, Rico M, Rovira A, Serrano E, Zapater F. Atenció a les persones amb malestar emocional. Relacionat amb condicionants socials a l'atenció primària de salut. Barcelona: Fòrum Català d'Atenció Primària, 2016.
- Confederación Salud Mental España. "Una de cada cuatro personas en el mundo tiene un trastorno mental". 2016
- Confederación Salud Mental España. Informe sobre el estado de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales en España: 2017. 2018.
- Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales . Documentos de Trabajo. Impacto de la Crisis Económica en la Salud y en el Sistema Sanitario en España. Escuela Andaluza de Salud Publica. (2012)
- Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Els serveis socials especialitzats des de la perspectiva de l'atenció centrada en la persona. 2016.
- Font Torné, Roser; López Úbeda, M.P. Luisa; Orero García, Ana. A propósito de un caso: la importancia del trabajo en red. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Madrid) 2013; 33 (118): 355-359.
- Gaviria, Ana Milena. Funcionamiento clínico de una cohorte de pacientes con trastorno mental severo antes y después de una intervención de reinserción. 2009.
- Generalitat de Catalunya. Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions Estratègia 2017-2019. 2016.

- Gijón Sánchez, M<sup>a</sup> Teresa. L'assistència i la recerca clínica en el treball social sanitari. Material UOC.
- Jané-Llopis, Eva. La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Centro de la Investigación para la Prevención, Universidad de Nijmegen (Holanda) 2004; 89.
- Legido-Quigley Helena, Otero Laura, La Parra Daniel, Álvarez-Dardet Carlos, Martín-Moreno José María y McKee Martin. "Will Austerity Cuts Dismantle the Spanish Health Care System?". British Medical Journal BMJ 2013; 346: f2363.
- Lopez Bernal JA1, Gasparrini A, Artundo CM, McKee M.. "The Effect of the Late 2000 Financial Crisis on Suicide in Spain: an Interrupted Time-Series Analysis". Eur J Public Health. 2013 Oct;23(5):732-6.
- Madoz-Gurpide, Agustín; Ballesteros Martín, Juan Carlos; Leira Sanmartín, Mónica; García Yague, Ernesto. The Need of a New Integral Approach to the Care of Patient with Severe Mental Disorder Thirty Years after the Psychiatric Reform. Revista Española Salud Pública 2017; 91.
- Manual del DSM V: Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos. American Psychiatric Association. 2014
- Moya Josep, Anguera Maria Teresa, de Armas Manuel, Cevasco Rithée, Esteve Cristina, Sató Jaume, Fornells Ester, Monreal José Antonio, Tapias Eduard, Catalán Marcos Antonio. El Impacto de la crisis económica en la Salud Mental de la población. 2013.
- Navarro, Vicenç. El Impacto de La crisis en la Salud y bienestar de la población Española. Universidad Pompeu Fabra (2013).
- Ortega, Eloísa, Peñalosa Juan. Claves de la Crisis Económica Española y Retos para Crecer en La UEM. Documentos Ocasionales Banco de España. 2012 N° 1201.
- Organización Mundial de la Salud (2004). Invertir en Salud Mental.
- Organización Mundial de la Salud. Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, (1946) 19-22 de junio.
- Paré, Marie-Hélène. Avaluació Qualitativa i Quantitativa en el TSS. Material UOC.
- Plan de acción sobre salud mental 2013-2020.OMS. (2013)



- Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions Estratègia 2017-2019 (2017) Generalitat de Catalunya.
- Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària. L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya. Generalitat de Catalunya (2016)
- Programa pilot d'atenció al pacient crònic complex en salut mental. Parc Sanitari Sant Joan de Déu (2014).
- Promoción de la Salud. World Health Organization 1998.
- Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo Situación actual y recomendaciones. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuadernos Técnicos, 6 Madrid. 2002.
- Richmond, Mary. Social Diagnosis. Rusell Sage Foundation. New York. 1917.
- Ulla Nygren MSc, OTR , Urban Markström PhD , Bengt Svensson PhD , Lars Hansson PhD , Mikael Sandlund MD, PhD. Individual placement and support - a model to get employed for people with mental illness - the first Swedish report of outcomes. First published: 2011; 25: 591-598.

#### **BIBLIOGRAFIA ELECTRÒNICA (web grafia):**

- TV3 - Divendres – “1 de cada 4 persones tindrà un problema de salut mental” [vídeo] 2016. <https://www.youtube.com/watch?v=OOpGKQcYd5k>
- Fundació Pere Mata: <http://www.fundacioperemata.cat/>
- Institut Pere Mata: <http://www.peremata.cat>
- OMS (2013): [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- LOPD. Reglamento Europeo de Protección de datos (RGPD UE 2016/976) aprobado en mayo de 2016.



## **10. ANNEXES**

**ANNEX 1 - QÜESTIONARI DADES SOCIODEMOGRÀFIQUES (Ah-hoc)**

Número identificatiu:

**QÜESTIONARI DADES SOCIODEMOGRÀFIQUES**

*(marcar amb una "X" les respostes)*

- **Data de realització del qüestionari:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_
- **Edat** \_\_\_\_\_
- **Gènere:**
  - Home**
  - Dona**
- **Conviu amb algú?**
  - Si**      **Número (comptant també amb vostè):** \_\_\_\_\_
    - **Família**
    - **Parella**
    - **Amics**
    - **Companys de pis**
    - **Fills/es**
    - **Companys/es de Llar-Residència/Llars amb suport/CRAE/CREI**
    - **Companys Hospitalització (URH/Llarga estada)**
  - No**
- **Té una Tutelat/curatela:**
  - Si**
  - No**
- **Nivell d'estudis:**
  - Primaris (EGB/ESO)**
  - Secundaris (Formació professional de grau mig/superior)**
  - Universitaris (Diplomatura/Llicenciatura/Grau)**
  - Sense estudis o primaris inacabats**

Número identificatiu:

- **Treballa:**

- **Si**
  - **Empresa protegida**
  - **Empresa ordinària**
  
  - **Tipus de contracte:**
    - **Contracte Indefinit**
    - **Contracte Temporal**
- **No**

- **Cobra alguna prestació?**

- **Si**
- **No**

- **De quin recurs de la Xarxa Social de Salut Mental de la Fundació Pere Mata és beneficiari:**

- **Llar-Residència**
- **Llar amb suport**
- **PSAPLL**
- **Tuteles**
- **Servei prelaboral**
- **Centre Especial de treball**

ANNEX 2 – VERSIÓN AUTOAPLICADA DE LA EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE CAMBERWELL

Número Identificatiu:

**CANSAS-P –Versión autoaplicada de la Evaluación de Necesidades de Camberwell**

**Instrucciones – por favor elija un cuadrado para cada fila (22 en total)**

Sin necesidad = Esto no me supone un serio problema.

Necesidad cubierta= No me supone un serio problema porque recibo ayuda.

Necesidad no cubierta= Esto es un serio problema para mí y/o no recibo ayuda.

	Sin necesidad	Necesidad cubierta	Necesidad no cubierta	No sé/No quero responder
<b>1. Alojamiento</b> ¿Es adecuado el lugar en el que vive?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
<b>2. Alimentación</b> ¿Tiene suficiente para comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
<b>3. Cuidado del hogar</b> ¿Es capaz de cuidar su casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
<b>4. Autocuidado</b> ¿Tiene problemas para arreglarse y asearse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
<b>5. Actividades diarias</b> ¿Ocupa satisfactoriamente su tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
<b>6. Salud física</b> ¿Cómo se siente físicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
<b>7. Síntomas psicóticos</b> ¿Alguna vez oye voces o tiene problemas con sus pensamientos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
<b>8. Información sobre tratamientos</b> ¿Ha recibido información clara sobre su medicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
<b>9. Estrés psicológico</b> Recientemente, ¿Se ha sentido triste o bajo de ánimo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
<b>10. Seguridad personal</b> ¿Ha pensado alguna vez en hacerse daño a sí mismo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
<b>11. Seguridad para otros</b> ¿Ha pensado que podría ser un peligro para la seguridad de otras personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

Sin necesidad = Esto no me supone un serio problema.  
 Necesidad cubierta = No me supone un serio problema porque recibo ayuda.  
 Necesidad no cubierta = Esto es un serio problema para mi y no recibo ayuda.

	Sin necesidad	Necesidad cubierta	Necesidad no cubierta	No sé/No quiero responder
<b>12. Alcohol</b> ¿Tiene usted problemas con la bebida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13. Drogas</b> ¿Ha tomado alguna droga que no le ha sido recetada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14. Compañía</b> ¿Esta satisfecho/a con su vida social?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>15. Relaciones íntimas</b> ¿Tiene pareja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>16. Sexualidad</b> ¿Está satisfecho/a con su vida sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>17. Cuidado de niños</b> ¿Tiene algún/a hijo/a menor a 18 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>18. Educación básica</b> ¿Tiene alguna dificultad de lectura, escritura o comprensión del lenguaje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>19. Teléfono</b> ¿Sabe cómo utilizar el teléfono?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>20. Transporte</b> ¿Tiene problemas para usar el autobús, tren o metro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21. Dinero</b> ¿Se siente capaz de administrar su dinero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>22. Prestaciones</b> ¿Recibe todo el dinero que por sus derechos le corresponde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Muchas gracias por responder el cuestionario CANSAS-P**

© 2007 All rights reserved. The adult CAN was developed by Mike Slade, Graham Thornicroft and others at the Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London, London, UK. CANSAS-P was adapted from the adult CAN by Mike Slade and evaluated by Glen Tobias and Tom Trauer. Further information from [www.iop.kcl.ac.uk/prism/can](http://www.iop.kcl.ac.uk/prism/can).

### ANNEX 3 - CARTA DE PRESENTACIÓ ALS PARTICIPANTS DE L'ESTUDI DEL TFM

**INFORMACIÓ DEL TREBALL DE RECERCA DINS DEL TREBALL DE FI DE MÀSTER  
UNIVERSITARI EN TREBALL SOCIAL SANITARI.  
UNIVERSITAT OBERTA DE CATALUNYA**

**TÍTOL:**

**Avaluació i anàlisi de les necessitats de les persones que pateixen un Trastorn Mental Sever des de la seva perspectiva i opinió. Proposta d'una valoració integral des de la Xarxa de Salut Mental.**

**AUTORA:**

Maite Martínez Nadal. Coordinadora i Treballadora Social del Servei Prelaboral de la Fundació Pere Mata

**EXPLICACIÓ:**

Amb aquesta recerca es pretén conèixer les necessitats que les persones que pateixen un Trastorn Mental Sever valoren que tenen en primera persona en qualsevol àmbit de la seva vida.

Es valora molt important abans de planificar i dissenyar els recursos que han de donar suport a aquestes persones, per millorar i afavorir el seu tractament i el seu benestar, el saber que en pensen, com es senten, que creuen que necessiten, entre d'altres...

Aquesta informació ens permetrà veure d'on hem de partir per començar a treballar en els suports que s'hagin de donar.

Una segona part del treball de recerca, és plantejar una proposta perquè des de la Xarxa de Salut Mental es pugui realitzar una valoració integral de les necessitats de la persona, donar-li una continuïtat i mantenir un seguiment per poder-les anar avaluant.

Així la Xarxa de Salut i la Xarxa Social quedarien unides i es complementarien, afavorint el model biopsicosocial, és a dir, que es treballi en la part mèdica de seguiment psiquiàtric i tractament farmacològic, però també el tractament rehabilitador, comunitari i social.

És per aquest motiu que els hi demano la seva participació en aquesta recerca, ja que quan més gran sigui la mostra de persones, més representatius de la població diana seran els resultats.

La participació requerirà d'omplir un qüestionari per avaluar aquestes necessitats, i la recollida d'unes dades sociodemogràfiques que ens ajudin a interpretar els resultats, com ara l'edat, el gènere, la situació de convivència, etc.

Es garanteix en tot moment l'anonimat i la confidencialitat de les dades.

Agraïxo per avançar el seu temps i la seva participació.

Maite Martínez Nadal.

## ANNEX 4 – INDICACIONS A TENIR EN COMPTE EN EL PAS DEL QUESTIONARI

### **INDICACIONS A TENIR EN COMPTE A L'HORA DE PASSAR EL QÜESTIONARI**

1. Donar per llegir la carta de presentació de la Recerca.
2. Si la persona no sap llegir haurà de poder-li llegir el/la referent.
3. Abans de passar el qüestionari la persona referent que el passi cal que tingui coneixement de les dades sociodemogràfiques per tal de poder contrastar que estan bé, ja que són dades objectives i han de poder ser reals.
4. Si quan s'està omplint el qüestionari la persona participant no l'entén i mostra dificultats, no es podrà omplir i se li haurà d'explicar que no hi pot participar, ja que en el moment que el/la referent ha d'explicar, posa sense voler de manifest una subjectivitat que produiria un biaix a l'estudi.  
  
Es pot explicar el funcionament i una mica el que s'ha de fer, però explicar els conceptes en detall no.
5. La part grisa de "Número identificatiu" no s'ha d'omplir.

En cas de qualsevol dubte o aclariment podeu contactar amb mi a través del:

- Coordinador/a referent
- E-mail: [martinezm@peremata.com](mailto:martinezm@peremata.com)
- Telèfon: 677 400 962 – 977 300 442

Moltes gràcies per la vostra col·laboració.



**ANNEX 5 – FULL D'INFORMACIÓ DE L'USUARI/A**



**Fundació Pere Mata**

**FULL D'INFORMACIÓ DE L'USUARI/A**

En virtut del Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016 (RGPD),, **LA FUNDACIÓ PERE MATA, FUNDACIÓ PRIVADA** posa en el seu coneixement que disposa d'un fitxer amb dades de caràcter personal denominat **Fitxer d' Usuaris/es de La Fundació Pere Mata, Fundació Privada**.

La finalitat de la seva creació és la correcta prestació del tractament social, així com també per finalitats d'investigació/recerca i docència.

Els destinataris de la informació són tots els departaments en els que s'organitza **La Fundació Pere Mata, Fundació Privada** així com, els estaments oficials públics o privats que per obligació legal o necessitat material hagin d'accedir a les dades als efectes de la correcta prestació de l'assistència mèdic-sanitària i/o social que constitueix la finalitat del tractament d'aquestes dades.

En tot cas, vostè té dret a exercir els drets d'oposició, accés, rectificació i cancel·lació en l'àmbit reconegut per al Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016 (RGPD), així com, en el Codi Tipus de la Unió Catalana d'Hospitals al qual aquest centre està adherit.

El responsable del fitxer és **La Fundació Pere Mata, Fundació Privada**. Per a exercitar els drets esmentats, i per a qualsevol aclariment, pot dirigir-se per escrit mitjançant instància adreçada a:

**Departament de Protecció de Dades**  
**Fundació Pere Mata, Fundació Privada**  
**Ctra. Institut Pere Mata, s/n**  
**43206 - Reus**

Així mateix i pel present, autoritzo a La Fundació Pere Mata, Fundació Privada per a què utilitzi les meves dades per a dur a terme la prestació social, així com també per finalitats d'investigació/recerca i docència i cedeixi les dades que siguin estrictament necessàries per a què per l'entitat amb la que tinc concertada la prestació dels serveis medico-sanitaris i/o socials que sol·licito, pugui procedir al pagament de llur cost, acceptant que, en el cas de revocar el present consentiment, això significarà que em correspondrà a mi personalment fer-me càrrec del seu pagament.

Reus, XX de XXXX de 2018

Usuari/a:



Entitat adherida

