
El treball social sanitari en salut mental

PID_00272711

María Luisa Juan Germán

Temps mínim de dedicació recomanat: 7 hores



María Luisa Juan Germán

Diplomada en Treball Social per la Universitat de Saragossa. Exerceix de treballadora social sanitària en atenció primària del Sector I de Saragossa, al Centre de Salut de Raval. Especialitzada en psiquiatria per a treballadors socials a l'Hospital Clínic, a la Facultat de Medicina de Saragossa. Està diplomada en Sanitat per l'Escola Nacional de Sanitat, Institut de Salut Carlos III, en col·laboració amb el Servei Aragonès de Salut. És autora de diverses publicacions i comunicacions. Consultora del Postgrau de Treball Social Sanitari de la UOC.

Segona edició: març 2020
© María Luisa Juan Germán
Tots els drets reservats
© d'aquesta edició, FUOC, 2020
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Realització editorial: FUOC

Cap part d'aquesta publicació, incloent-hi el disseny general i la coberta, no pot ser copiada, reproduïda, emmagatzemada o transmesa de cap manera ni per cap mitjà, tant si és elèctric com químic, mecànic, òptic, de gravació, de fotocòpia o per altres mètodes, sense l'autorització prèvia per escrit dels titulars dels drets.

Índex

Introducció.....	5
1. La salut mental en les diferents cultures.....	13
1.1. La seva història. La psiquiatria en les cultures primitives i en les cultures antigues	13
1.1.1. La psiquiatria a la cultura grega i romana	14
1.1.2. La psiquiatria medieval i renaixentista	15
1.1.3. La psiquiatria durant els segles XVII i XVIII.....	15
1.1.4. La psiquiatria contemporània	16
2. La reforma psiquiàtrica com a moviment sociosanitari.....	18
3. Aspectes generals de les patologies psiquiàtriques.....	21
4. Les diferents patologies psiquiàtriques.....	23
5. Escales de valoració per a la detecció de malestar mental.....	28
5.1. La demència	28
5.1.1. Valoració de l'esfera clínica	28
5.1.2. Valoració de l'esfera funcional	28
5.1.3. Valoració de l'esfera mental	31
5.1.4. Valoració de l'esfera cognitiva	31
5.1.5. Valoració de l'esfera afectiva	32
5.1.6. Escales de valoració social	33
6. Estructures de salut mental i l'equip de salut mental.....	35
6.1. Els centres de salut mental	35
6.2. Les unitats d'hospitalització psiquiàtrica	38
6.3. Unitats de psicogeriatria	38
6.4. Centres de rehabilitació	39
7. El treballador social sanitari en salut mental. Especificitat..	42
8. Funcions i activitats de la unitat de treball social sanitari en els equips de salut mental.....	45
9. L'entrevista social en salut mental.....	51
10. Història del treball social sanitari en salut mental.....	53
10.1. Motiu de consulta	53

11. Models aplicats al tractament social en salut mental. El mètode bàsic en el treball social sanitari de cas, el casework.	59
12. Els recursos de treball social sanitari en salut mental i la seva aplicació. Intervencions psicològiques en el treball social sanitari en salut mental.....	65
13. Aspectes jurídics i legals en la malaltia mental.....	68
13.1. La incapacitat judicial	69
14. Esdeveniments vitals estressants.....	73
14.1. Estratègies d'afrontament	73
14.2. Els diferents estils d'afrontament	74
15. El tractament psicosocial amb persones que sofreixen una malaltia mental.....	76
Resum.....	81
Bibliografia.....	83

Introducció

L'alienació mental no és aliena a l'alienació social, les malalties i els trastorns mentals; les formes de malestar que apareixen a la vida guarden una estreta relació amb la nostra quotidianitat. Les coses individuals i les socials, les comunitàries, estan estretament connectades. Quan a la nostra vida apareixen esdeveniments vitals estressants, alguns d'aquests són la inseguretat, la precarietat laboral, etcètera, sorgeixen problemes econòmics, tensions familiars, és a dir, problemes socials. Això provoca desajustaments en l'esfera psicològica que reverteixen en el dia a dia. La malaltia, el trastorn, deixa de ser una situació personal per convertir-se, seguint la teoria del cas social de Gordon Hamilton (recordeu l'assignatura de context històric), en l'esdeveniment vital desencadenant del cas social.

L'OMS descriu la salut mental com «un estat de benestar en el qual l'individu s'adona de les seves pròpies aptituds, pot afrontar les pressions normals de la vida, pot treballar productivament i fructíferament, i és capaç de fer una contribució a la seva comunitat» (OMS, 2001a, pàg. 1).

En aquest sentit positiu, la salut mental és la base per al benestar i funcionament efectiu d'un individu i una comunitat.

Són moltes les definicions que il·lustren la unió dels conceptes de treball social sanitari amb el de salut mental.

William Horder, a la *Blackwell Enciclopaedia of Social Work*, escriu: «El treball social en salut mental és l'especialitat que s'ocupa del treball amb persones afectades per problemes mentals i d'una pràctica prorrogada en qualsevol entorn, que promou la salut mental dels individus i de les famílies. Com a pràctica està arrelada en la consciència que els problemes de pobresa, injustícia, desavantatges, malaltia o pèrdua de rols poden tenir serioses implicacions en la salut mental; i al revés, que problemes mentals com l'ansietat, la depressió, l'abús de substàncies són socialment penetrants, de vegades irrecognoscibles i poden causar o exacerbar dificultats en relació amb el medi ambient. Els equips de treball social sanitari tenen per objectiu treballar en associació amb les persones angoixades i les seves famílies, millorar el funcionament social, reconeixent la complexitat de les relacions interpersonals i les influències intrapsíquiques i estructurals. Mentre que els debats ideològics porten a emfatitzar un d'aquests factors a costa dels altres, l'habilitat de vincular i relacionar l'un amb l'altre és la clau característica de la pràctica» (Horder, 2009, pàg. 213).

Bibliografia

J. Horder (2009). A: M. Davies. *The Blackwell Encyclopedia of Social Work*. Oxford: Blackwell Publishing.

Actualment, la majoria de les cultures se superposen; és necessari entendre les creences i accions dels grups en els seus contextos polítics, econòmics i socials; la cultura és un dels factors que s'han de considerar en l'exercici del treball social sanitari en salut mental.

Un entorn que respecti i protegeixi els drets civils, polítics, econòmics, socials i culturals bàsics és fonamental per a la promoció de la salut mental. Sense la seguretat i la llibertat que ofereixen aquests drets, és molt difícil mantenir un alt grau de salut mental.

Un marc de drets humans ens ofereix una eina útil per identificar i abordar els determinants subjacents de la salut mental.

Els drets humans empoderen els individus i les comunitats en concedir-los drets i protecció, també ajuden a igualar la distribució i l'exercici del poder dins de la societat, mitigen així la impotència del pobre, de la persona malalta marginada, defensen així la igualtat i potencien l'absència de discriminació.

Sense salut mental, no hi ha salut.

La salut mental està determinada per molts factors d'interacció social, biològica i psicològica, de la mateixa forma que ho estan la salut i la malaltia de manera general.

El risc de patir malalties mentals al món desenvolupat i en vies de desenvolupament està associat amb indicadors de pobresa, incloent els baixos nivells d'educació, amb males condicions d'habitabilitat i baixos ingressos econòmics.

Per reforçar aquest argument, podeu veure els resultats obtinguts en el Qüestionari de salut general a l'apartat referit a la salut mental. Els resultats s'han de llegir dins del rang de 0 a 12, on 0 reflecteix una bona salut mental i a mesura que s'incrementa el valor, significa que la salut mental empitjora.

Tenint en compte els resultats, veiem que els valors índex més alts relacionats amb una mala salut mental recauen en les dones, amb un índex general d'1,74, i després en els homes, amb un índex general d'1,23.

En analitzar la població femenina, la categoria més afectada és la que presenta «incapacitat de treballar», amb un índex del 5,06. La segueix la «jubilada o prejubilada» i «l'aturada», amb índexs del 2,3 i el 2,27 respectivament.

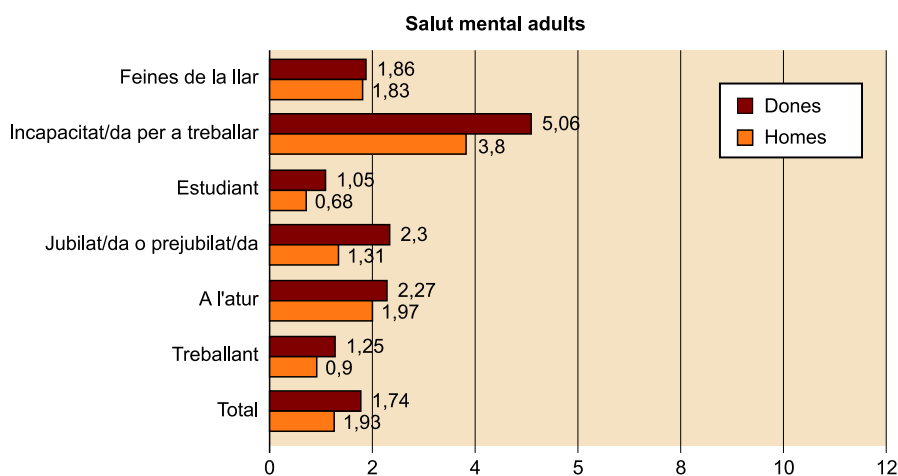
En el cas de la població masculina, la categoria més afectada és també la que presenta «incapacitat de treballar», amb un índex de 3,56. La segueix «l'aturada», amb un índex d'1,97, i la que realitza «feines de la llar», amb un índex de l'1,83.

Taula 1. Grau de salut mental de la població de 15 anys i més segons el Qüestionari de salut general de 12 preguntes (GHQ-12) de Goldberg (2011)

	Salut mental homes	Desviació típica	Salut mental dones	Desviació típica
Total	1,23	2,39	1,74	2,88
Treballant	0,9	1,84	1,25	2,24
Aturat	1,97	2,86	2,27	3,2
Jubilat/a o prejubilat/a	1,31	2,68	2,3	3,46
Estudiant	0,68	1,42	1,05	1,8
Incapacitat/ada per treballar	3,8	4,33	5,06	4,74
Feines de la llar	1,83	3,09	1,86	3
Altres	3,56	4,72	.	.
No consta

Font: Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, Institut Nacional d'Estadística (2013). Enquesta Nacional de Salut. Espanya 2011/2012. Madrid: Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat.

Figura 1. Grau de salut mental de la població de 15 anys i més segons el Qüestionari de salut general de 12 preguntes (GHQ-12) de Goldberg



Font: Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, Institut Nacional d'Estadística (2013). Enquesta Nacional de Salut. Espanya 2011/2012. Madrid: Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat.

La vulnerabilitat més gran que tenen les persones en desavantatge a les malalties mentals es pot explicar amb factors tals com l'experiència de viure en inseguretat i desesperança, el ràpid canvi social, els riscos de violència i els problemes de salut física.

Els alts nivells de desocupació, els baixos ingressos, l'educació limitada, les condicions estressants de treball, la discriminació de gènere, els estils de vida no saludables i les violacions als drets humans, un clima polític crispat, la nova categoria dels quals tot i treballant segueixen sent pobres, etcètera, provoquen que el risc de patir una malaltia mental sigui molt més elevat.

L'observació del comportament d'una persona a la seva vida diària és la principal manera de conèixer l'estat de la seva salut mental en aspectes com el maneig dels seus temors i de les seves capacitats, les seves competències i responsabilitats, la manutenció de les seves pròpies necessitats, la forma com afronta les seves pròpies tensions, les seves relacions interpersonals i la manera com dirigeix una vida independent. A més, el comportament que té una persona enfront de situacions difícils i la superació de moments traumàtics permeten establir una tipologia sobre el seu nivell de salut mental.

La salut mental es relaciona amb el raciocini, les emocions i el comportament enfront de diferents situacions de la vida quotidiana. També ajuda a determinar com manejar l'estrès, a conviure amb altres persones i a prendre decisions importants. Igual que altres formes de salut, la salut mental és important en totes les etapes de la vida, des de la infantesa i l'adolescència fins a l'edat adulta. El dèficit en la salut mental contribuiria a moltes malalties somàtiques i afectives, com la depressió o l'ansietat.

El tema de la salut mental, a més, no es refereix solament als aspectes d'atenció posterior al sorgiment de desordres mentals evidents, sinó que correspon a més al terreny de la prevenció d'aquests amb la promoció d'un ambient sociocultural, determinat per aspectes com l'autoestima, les relacions interpersonals i altres elements que han de venir ja des de l'educació més primària de la infantesa i de la joventut. Aquesta preocupació no solament concerneix els experts, sinó que forma part de les responsabilitats de govern d'una nació, de la formació en el nucli familiar, d'un ambient de convivència sana en el veïnat, de la responsabilitat assumida pels mitjans de comunicació i de la conscient guia cap a una salut mental a l'escola i als espais de treball i estudi en general.

La salut mental, així com els aspectes patològics, són parts constitutives de tot individu. La constitució personal de cada subjecte implica capacitats o aspectes sans i altres de patològics, i la proporció d'aquests és variable entre persones.

Alguns elements que caracteritzen l'anormalitat psicològica.

- **Sofriment.** És el «dolor de l'ànima», la falta de confort, el malestar que en alguns casos és conseqüència d'elements biològics, hi ha una causa física i una disfunció corporal; en d'altres, el dolor i el sofriment psicològic són derivats d'idees, esdeveniments existencials, records i altres aspectes que no són tangibles i referits a aspectes actuals.
- **Conducta maladaptativa.** És un aspecte efectiu i negatiu que sent l'individu, la conducta es refereix a la part conductual, és a dir, al que fa. L'adaptació descriu la capacitat de l'individu d'interactuar amb el seu medi ambient, d'afrontar els problemes de manera reeixida i d'ajustar-se i funcionar davant de qualsevol canvi dins de les exigències de l'entorn; si el

canvi no és possible, s'arriba a un problema d'adaptació i a conflictes amb l'entorn en el qual es troba, entrant en un estat de frustració.

- **Pèrdua de control.** El control, en la salut mental, es refereix a la predecibilitat que a través del temps mostra una persona pel que fa a la seva conducta. Connota la capacitat per anticipar la reacció d'una persona coneguda davant un esdeveniment determinat. Una persona amb control de si mateixa és molt predecible, però perquè existeixi control ha d'actuar d'una manera racional i amb un propòsit. La pèrdua és característica de la persona amb caràcter explosiu, com se les coneix col·loquialment, s'associa amb episodis d'agressió que poden arribar a la pèrdua de l'ocupació, parella, família.

La capacitat per tolerar la frustració seria una primera capacitat sana que permetria a l'individu en desenvolupament l'inici del procés de pensament i comprensió del món i de si mateix. La funció del pensament seria la base de la salut mental. Aquesta es veu afavorida per un ambient de contenció (funció materna o cuidadora) que permet tolerar la frustració i iniciar el desenvolupament de l'aparell mental, la base de la salut mental. Algunes vegades hi ha població infantil o adolescent que té problemes mentals i es recomana acudir a una consulta psicològica.

La salut mental ha estat definida com un estat de benestar en el qual l'individu és conscient de les seves pròpies capacitats, comptant amb la d'afrontar les tensions de la vida quotidiana i treballar de forma productiva. En la majoria dels països, els serveis de les xarxes de salut mental emmalalteixen d'una greu escassetat de recursos, tant humans com econòmics. La majoria dels recursos d'atenció sanitària disponibles es destinen actualment a l'atenció i el tractament especialitzats de les persones amb un diagnòstic de malaltia o trastorn mental i, en menys mesura, a un sistema integrat de salut mental. En lloc de proporcionar atenció en grans hospitals psiquiàtrics, els països haurien d'integrar la salut mental a l'assistència primària, oferir atenció de salut mental als hospitals generals i crear programes comunitaris de salut mental. La promoció de la salut mental requereix implementar programes mèdics, socials i sobretot governamentals amb una mateixa fi, promoure la salut mental durant tot el cicle vital per a protegir la població infantil mentalment sana i evitar trastorns mentals a l'edat adulta o la vellesa.

La salut mental és un estat de benestar psicològic i emocional que permet al subjecte emprar les seves habilitats mentals, socials i sentimentals per a exercir-se amb èxit en les interaccions quotidianes.

No obstant això, és necessari establir un punt de diferenciació entre salut mental i condicions de salut mental. Les condicions de salut mental es refereixen a l'estudi de malalties mentals i al tractament mèdic possible i conseqüent. Per a això últim, condicions de salut mental, els equips professionals de la psiquiatria es basen amb freqüència en el que es denomina el Manual de di-

agnòstics i estadístiques de desordres mentals (la seva sigla en anglès és DSM-V, de l'Associació Americana de Psiquiatria) o la Classificació Internacional de Trastorns Mentals (ICD-10, de l'Organització Mundial de la Salut), així com en les sempre actualitzades guies com el *Projecte de medicació Algorithm de Texas* (TMAP) per a diagnosticar i descobrir malalties i desordres mentals. Per tant, la majoria dels serveis prestats a la salut mental en general es troben normalment associats a la psiquiatria i no existeixen altres alternatives, la qual cosa porta a un cert límit, ja que s'associa la salut mental amb problemes psiquiàtrics i es redueix amb això el concepte de les condicions de salut mental i psicològica.

El concepte de salut mental és una construcció social i cultural, encara que es poden definir o determinar alguns elements comuns. Per aquesta raó, diferents professions, comunitats, societats i cultures tenen maneres diferents de conceptualitzar-ne la naturalesa i les causes, determinant què és salut mental i decidint quines són les intervencions que consideren apropiades.

El model holístic de salut mental en general inclou conceptes basats en perspectives d'antropologia, educació, psicologia, religió i sociologia, així com en conceptes teòrics, com el de psicologia de la persona, sociologia, psicologia clínica, psicologia de la salut i psicologia del desenvolupament.

Nombrosos col·lectius professionals de la salut mental han començat a entendre la importància de la diversitat religiosa i espiritual en el que competeix a la salut mental. L'Associació Nord-americana de Psicologia expressa explícitament que la religió ha de ser respectada, mentre que l'Associació Nord-americana de Psiquiatria diu que l'educació en assumptes religiosos i espirituals és també una necessitat.

Un exemple de model del benestar va ser desenvolupat per Myers, Sweeny i Witmer i s'hi incloïen les cinc àrees vitals següents:

- 1) Essència o espiritualitat.
- 2) Treball i oci.
- 3) Amistat.
- 4) Amor.
- 5) Autodomini.

A més, dotze subàrees:

- 1) Sentit del valor.
- 2) Sentit del control.
- 3) Sentit realista.
- 4) Consciència emocional.
- 5) Capacitat de lluita.
- 6) Solució de problemes i creativitat.
- 7) Sentit de l'humor.
- 8) Nutrició.

- 9) Exercici.
- 10) Sentit d'autoprotecció.
- 11) Control de les pròpies tensions.
- 12) Identitat sexual i identitat cultural.

Tots aquests punts són identificats com les principals característiques d'una funcionalitat sana i els principals components del benestar mental. Els components proveeixen un mitjà de resposta a les circumstàncies de la vida en una manera que proporciona un funcionament saludable.

L'acceptació social de persones que pateixen condicions de salut mental ha provat ser la millor ajuda i també la millor prevenció de desordres mentals. Desgraciadament, les persones amb condicions de salut mental són en molts països víctimes de discriminació fins i tot per part del seu propi nucli familiar, no són acceptades amb facilitat al món laboral, en l'estudi i en la comunitat. La falta d'un coneixement sobre el que significa un problema de condició mental és un altre factor que incideix en el mateix fenomen de marginalització. La prevalença de seriosos problemes en les condicions de salut mental en la joventut és doble que en el general de la població, afegit al fet que forma el grup que menys cerca ajuda en aquest sentit. Els individus joves tenen un alt potencial de minimitzar futures limitacions si l'acceptació social és àmplia i reben l'ajuda precisa i els serveis oportuns.

La recuperació es dona abans de tot dins de l'àmbit de l'acceptació social. La discriminació i l'estigma fan més difícil el procés de recuperació per a persones amb malalties mentals pel que fa a conservar la seva ocupació, obtenir un assegurança de salut i trobar un tractament.

Com a professionals del treball social sanitari tenim competències per atendre els conflictes i problemes psicosocials que sorgeixen d'emmalaltir, amb l'objectiu fonamental de millorar l'atenció a cada pacient, reduir l'estigma i la marginació que arriben a sofrir en ocasions, a més de treballar en la prevenció, el diagnòstic precoç, el tractament i la rehabilitació i inserció social; és a dir, som responsables d'ajudar la persona malalta a aconseguir el seu màxim grau d'autonomia, que sigui capaç de cuidar de si mateixa i tenir cura de la seva relació amb la resta.

1. La salut mental en les diferents cultures

Des d'una perspectiva històrica, el plantejament teòric de la malaltia mental ha evolucionat seguint les diferents tendències, màgica, organicista, psicologista i avui, tal com defensa l'Organització Mundial de la Salut (OMS), d'una forma integral, contemplant l'individu en el seu aspecte físic, psicològic i social.

El treball social, en la seva trajectòria històrica, s'ha hagut de modificar per respondre a les necessitats que en cada època li planteja la realitat social.

El seu enfocament ha variat des de l'assistència social i la filantropia fins a la tendència actual, que és la promoció humana.

El terme *psiquiatria* també ha canviat al llarg del temps, va néixer com *alienisme* durant la Revolució Francesa fins a arribar a *ser psiquiatria* amb Kraepelin i Magnan.

Psyche, 'ànima'; *iatréia*, 'curació'; *iatros*, 'metge'. Actualment es considera una pràctica humanista de la medicina, que tracta les malalties mentals i que aconsegueix el seu caràcter científic per mitjà de la psicopatologia.

Els primers intents per explicar la malaltia mental es basen en la influència maligna que altres éssers, humans o sobrenaturals, exercien sobre l'individu. En les medicines primitives no hi havia una separació clara entre medicina, màgia i religió. Amb el pas dels anys la medicina es va alliberar d'aquestes teories i les va reemplaçar pel pensament científic i actualment es mou dins d'un camp ampli: la malaltia mèdica, la neurologia, la psicologia i psicopatologia clínica i la sociologia, i en la cerca d'elements socials i ambientals.

1.1. La seva història. La psiquiatria en les cultures primitives i en les cultures antigues

En les cultures primitives i antigues la malaltia s'explica per l'acció que les forces i els poders sobrenaturals exerceixen sobre l'home. Els déus i poders divins són els responsables d'emmalaltir; la possessió s'empra amb freqüència com a explicació per a tot tipus de tractaments. El xaman, el bruixot o el sacerdot són els agents terapèutics.

La malaltia mental era la resposta negativa de les forces sobrenaturals, les afeccions mentals es consideraven com a possessions demoníiques i es tractaven amb mètodes màgics i religiosos, els rituals eren el camí per aconseguir l'expulsió de l'esperit demoníic. En aquestes cultures existia un sentiment unitari de la persona, no hi ha divisió entre ànima i cos.

Les societats egípcies van establir en els seus temples centres dedicats a la cura de la persona malalta amb activitats recreatives, totes elles lligades al plaer, la pau espiritual i l'harmonia, com música, dansa, pintura, massatges, excursions. Ells van ser els primers a definir el trastorn emocional, que més tard els grecs denominarien histèria; també van utilitzar els somnis per al coneixement de les malalties i el seu tractament.

La bogeria segueix tenint matisos religiosos. Amb el temps es van diferenciant els trastorns mentals. Els maies ja distingien entre la bogeria, la malenconia, el deliri, les al·lucinacions i la frenesia.

A l'Índia segueix tenint un origen sobrenatural i demoníac. La seva essència és essencialment mística i tota ella està impregnada en dos ideals: el panteisme i la fecunditat.

En aquestes civilitzacions, malaltia i pecat estaven molt estretament relacionats.

Quant a la cultura xinesa, el seu principi rector és el *tao*; existeixen dues forces contraposades, el *yin* i el *yang*, i l'harmonia entre les dues és l'equilibri per a la salut.

1.1.1. La psiquiatria a la cultura grega i romana

Amb l'arribada de la civilització grega apareix la medicina científica; no obstant això, la creença popular sobre l'origen sobrenatural de certes malalties seguia estant present. Encara que atribuïen les malalties psíquiques a un origen natural, la interpretació científica va coexistir amb les pròpies de la medicina magicoreligiosa.

El terme *bogeria* procedeix de *boig*, i aquest de *glaucos*. El primer autor que l'utilitza és Homer (800-1000 a. C.) a la *Iliada*, amb el significat de «sense color».

Posteriorment Plató (400 a. C.) l'emprava en el seu *Timeo* amb el significat de «color gris», d'on sorgeix la idea de la *mirada sense color*, del *boig*.

Dels grecs també és el terme *psique* que defineix «l'esperit o la ment». Va ser també Homer qui el va emprar amb el sentit de «vida i esperit».

Hipòcrates de Cos efectua una de les primeres *classificacions de les malalties mentals*, i diferencia entre epilèpsia, mania, malenconia i paranoia. Així mateix desenvolupa tota una teoria sobre la bilis i els seus colors.

Amb l'arribada de l'Imperi romà, les ciències naturals i la filosofia sofreixen un abandó, predominen les ciències socials i del dret.

Aristòtil i el seu mestre Plató van considerar que els problemes mentals eren en part orgànics.

Els romans van afegir que *els desitjos no consumats actuaven sobre l'ànima produint malalties mentals*. Entre els més destacats es troba Cels, que va diferenciar les malalties en generals i locals. Areteu va ser el primer a parlar de personalitats prepsicopàtiques, va sostenir que el pronòstic és determinant en la naturalesa de la malaltia.

Galè va fer una compilació de les teories i dels pensaments que existien fins a aquest moment que es va convertir en un sumari.

1.1.2. La psiquiatria medieval i renaixentista

És el començament d'un període d'obscurantisme, possessions demoníiques, superstició, intolerància i misticisme; d'aquesta manera entenien la malaltia mental.

La psicologia i la psiquiatria són reconquerides pel clergat. Torna a aparèixer el predomini dels fets sobrenaturals, de manera que en aquest moment històric el boig es considerava com un sant o com un dimoni. L'exorcisme es converteix en una pràctica habitual.

L'església serà l'encarregada d'analitzar els símptomes i el seu tractament, la tortura i la foguera. Es van fer les atrocitats més grans sota la bandera «d'alliberar l'ànima».

Pecat era equivalent a malaltia mental, com va quedar plasmat en *el Malleus Maleficarum* (El martell de les bruixes), en el qual es manifesta que «tota brui-xeria prové de la concupiscència carnal, que en la dona és insaciable»; els seus autors, frares dominics.

A meitat del segle XVI, es comencen a aixecar les primeres crítiques sobre aquest tema, hi ha la primera revolució psiquiàtrica, es funda el primer hospital psiquiàtric del món a València, i el 1590 Rudolf Goeckel utilitza per primera vegada la paraula *psicologia*.

Des d'aquesta data aniran apareixent diferents tendències en psicologia. Vives (1492-1540) es considera com el pare de la psiquiatria moderna i el primer psiquiatre.

1.1.3. La psiquiatria durant els segles XVII i XVIII

Apareix l'interès per la medicina psiquiàtrica i encara que ja no se'ls enviava a la foguera, les persones amb diagnòstics psiquiàtrics seguien rebent un tracte humiliant i se'ls ingressava en centres per a alienats; les persones etiquetades de «malaltes mentals» eren ingressades amb persones marginals, persones amb

malalties cròniques i prostitutes. Fins a l'arribada de Pinel (1745-1826) no es produeix un profund canvi en el concepte de malaltia mental i el seu tractament; s'origina així la segona revolució psiquiàtrica.

Pinel, a la seva obra *Tractat de la insània*, va classificar les malalties mentals en quatre tipus: *mania*, *malenconia*, *idiòcia* i *demència*, i explica el seu origen per l'herència i les influències ambientals. Esquirol, deixeble de Pinel, va anar el psiquiatre més influent d'aquesta època, continuador de la teràpia moral; va definir el terme *al·lucinació*.

El neuròleg francès Charcot va diferenciar les lesions orgàniques de les d'origen psicològic; va suposar que els records traumàtics s'emmagatzemen a l'inconscient, separats de la consciència i donen lloc als símptomes físics.

En aquesta època comença la decadència de la psiquiatria francesa amb Morel, qui en el seu *Tractat de malalties mentals* va exposar que algunes malalties mentals es podien heretar dels pares que patissin malalties similars i va parlar de la predisposició per sofrir una malaltia, que podia debutar per algun factor o esdeveniment vital estressant.

A mitjan segle XIX hi ha la tercera revolució psiquiàtrica, amb Kraepelin i Freud com els màxims exponents. Es va valorar especialment la recerca clínica, sobre la teoria i l'anatomia. El 1896, amb Freud, apareix la psicoanàlisi; la seva base, la interpretació dels somnis i l'aparició de l'inconscient.

1.1.4. La psiquiatria contemporània

El segle XX va suposar un gran avenç en les ciències mèdiques de la salut mental: les diferents psicoteràpies, l'aparició de la psicofarmacologia i els diferents tipus i classificacions internacionals de les diferents patologies.

Kraepelin, Freud, Janet, Jaspers són autors destacats d'aquesta disciplina i creadors de diferents corrents; destaca la psicoanàlisi de Freud.

A. Adler va ser el primer psicoanalista que va afegir «l'estil de vida» en les seves teories i el «complex d'inferioritat». Pavlov, amb les seves experiències sobre la conducta apresada, dona origen al conductisme.

Els psiquiatres francesos J. Delay i P. Deniker demostren les propietats d'un fàrmac, la clorpromazina, com a tractament eficaç per a l'esquizofrènia; sorgeix la psicofarmacologia i amb ella la quarta revolució psiquiàtrica. L'aparició dels psicofàrmacs ha significat l'avenç més gran en el tractament de les malalties mentals greus, com l'esquizofrènia.

Avui, amb la reforma psiquiàtrica, el personal mèdic psiquiatre i la psicofarmacologia ja no són exclusivitat per al tractament de les patologies psiquiàtriques; apareixen altres col·lectius professionals de suport, ajut i complementa-

Bibliografia recomanada

Luis Tomás Gómez Parada (2017). «Intervención en Salud Mental desde el Trabajo Social». *Marge: Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales* (núm. 86).

rietat al tractament, com, per exemple, professionals de la psicologia, la neurologia, la teràpia ocupacional, el treball social sanitari, professionals especialistes que aporten al diagnòstic i tractament la dimensió social de l'individu. Aquesta reforma serà clau, no solament perquè s'hi contempla la desinstitucionalització de les persones afectades, sinó perquè la psiquiatria amplia les seves branques, pel coneixement científic i en la forma de tractament, que inclou l'atenció ambulatoria i la rehabilitació i inserció social de la persona al medi. A l'espera de la nova Estratègia de salut mental del Sistema Nacional de Salut (<http://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/la-reforma-de-atencion-primaria-frena-el-nuevo-plan-de-salud-mental-2421>), segueix regint l'elaborada el 2006 (http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf).

2. La reforma psiquiàtrica com a moviment sociosanitari

Als segles XVI al XVIII, els hospitals psiquiàtrics, *els manicomis*, eren sinònims de pobresa, malaltia i marginació, en definitiva eren centres d'exclusió social; a falta de mitjans i mancats d'objectius terapèutics, prevalia el control social i no el tractament.

A la segona meitat del segle XIX i principis del XX, alhora que es consolidaven els hospitals psiquiàtrics començaven les crítiques quant a les seves condicions i la seva efectivitat. Després de la Segona Guerra Mundial, es forma un moviment sòlid i transformador de l'atenció psiquiàtrica, defensor que les persones que sofreixen patologies relacionades amb la bogeria han d'atendre els seus problemes en el si de la comunitat.

A Espanya, en els anys vuitanta, s'incorpora el corrent de la *psiquiatria comunitària*, que adquireix carta de naturalesa el 1985 amb *l'Informe de la Comisión Ministerial de la Reforma Psiquiàtrica*¹ del Ministeri de Sanitat i Consum.

⁽¹⁾ I. Lluç (1985). *Informe de la Comisión Ministerial de la Reforma Psiquiàtrica*. Madrid: Ministeri de Sanitat.

Les línies bàsiques d'aquest document són les següents:

- Integració de l'assistència psiquiàtrica i de la promoció de la salut mental en el sistema general de salut.
- Limitació territorial de l'assistència i participació dels agents comunitaris.
- Ordenació dels recursos mitjançant plans generals i programes específics.
- Prestació d'una part de les accions pels equips bàsics de salut.
- Compliment de les funcions de suport i ajuda als equips bàsics de salut pels equips de salut mental, que desenvoluparan també funcions assistencials, de promoció, de prevenció i de recerca.
- Integració funcional dels recursos a l'àrea de salut.
- Preferència de l'atenció extrahospitalària sobre l'hospitalària i reducció de la necessitat d'aquesta última a través de la creació de recursos alternatius.
- L'hospitalització solament es justifica si aporta més beneficis terapèutics que les intervencions que es puguin realitzar a l'entorn de la persona amb malaltia mental i la seva durada serà en funció de criteris terapèutics.
- La realització progressiva dels ingressos a l'hospital general, que ha de comptar entre les seves prestacions amb l'atenció psiquiàtrica i psicològica.
- La posada en pràctica de plans específics dirigits a la transformació i progressiva superació dels hospitals psiquiàtrics i la realització, en forma simultània, d'accions fora d'aquests.
- La reducció progressiva del nombre de llits dels hospitals psiquiàtrics, la preparació dels seus pacients per a la desinstitucionalització i la formació dels seus professionals en altres formes d'atenció psiquiàtrica.
- El desenvolupament dels programes de rehabilitació.

- La prestació dels serveis necessaris per a la cura de les persones amb patologies de llarga evolució, tant en el seu entorn sociofamiliar com en residències apropiades.
- La integració de l'atenció psiquiàtrica d'urgències, en el sistema general d'urgències, com a suport d'aquests serveis.
- La prioritat dels programes específics d'atenció a la salut mental infantojuvenil, a la salut mental a la vellesa, a les repercussions psíquiques de les drogodependències i als condemnats amb patologia mental.
- La garantia dels drets de les persones afectades.
- La implantació d'un sistema operatiu i fiable de registre i informació sanitària.
- L'adequat aprofitament i la capacitat de cada professional de la salut mental.
- L'establiment de normes d'acreditació de centres i serveis, i de control del seu compliment.
- La potenciació de la recerca aplicada.
- Aquest document va suposar per a l'organització i assistència dels hospitals psiquiàtrics, sense cap dubte, una oportunitat per al canvi i la transformació en l'atenció psiquiàtrica.

Vint anys més tard, el 2005 es va celebrar a Toledo un acte de commemoració d'aquest XX aniversari. A l'informe que es pot consultar en línia es troben referències històriques al desenvolupament de la salut mental a Espanya de gran interès per a conèixer-ne l'evolució i el desenvolupament.

Va ser obligat diversificar l'oferta assistencial, adaptar-la als diferents problemes dels individus, el medi social en el qual viuen i articular diferents nivells i programes de salut mental, segons complexitat i especialització.

D'altra banda, en l'àmbit normatiu, la Llei 14/1986, de 25 d'abril, General de Sanitat, en l'article 20, disposa les línies d'actuació en el camp de la salut mental:

- Integració de les actuacions relatives a la salut mental en el sistema sanitari general.
- Equiparació de la persona amb malaltia mental i la resta de persones malaltes amb altres diagnòstics mèdics.
- Cobertura, en coordinació amb els serveis socials, dels aspectes de prevenció primària i de l'atenció als problemes psicosocials.
- Atenció en l'àmbit comunitari, potenciant els dispositius ambulatoris i els sistemes d'hospitalització parcial i l'assistència a domicili.
- Reducció al màxim de la necessitat d'hospitalització, que s'efectuarà a les unitats de psiquiatria dels hospitals generals.
- Desenvolupament dels serveis de rehabilitació i reinserció social, coordinats amb els serveis socials.
- Consideració especial de la psiquiatria infantil i de la psicogeriatría.

Enllaç recomanat

https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est15.pdf

És molt important la proposta transformadora, no solament dels manicomis. Es proposa que siguin les unitats de **salut mental comunitària** l'eix de coordinació entre l'atenció primària i l'especialitzada. Cal prestar una atenció especial a la planificació assistencial, amb l'objectiu de garantir la continuïtat de les cures, i a les patologies cròniques a la comunitat, i intentar d'aquesta manera garantir un grau d'autonomia més gran i afermar l'adherència al tractament.

Perquè conclougui aquest procés s'ha de potenciar la integració social i laboral de cada pacient i no solament l'atenció sanitària, per la qual cosa és indiscutible la presència de professionals del treball social sanitari per a tal compliment.

Bibliografia recomanada

Elena Sánchez Echevarría (2018). «Trabajo social sanitario: Programa de Soporte Social en Salud Mental a la Primaria Social y Sanitaria (PSSMPSS)». *Agathos: Atención Sociosanitaria y Bienestar* (any 18, núm. 2, pàg. 46-53).

3. Aspectes generals de les patologies psiquiàtriques

L'individu, per la seva pròpia naturalesa i al llarg de la seva vida, estarà condicionat per la seva realitat física, és a dir, la seva herència i constitució, per la seva expressió psicològica i la seva interacció amb el mitjà en el qual visqui. Durant la trajectòria vital es donaran una sèrie de requeriments diferents, als quals s'haurà d'adaptar.

«La vulnerabilitat vindrà condicionada per la manera d'interacció de l'individu amb el seu medi ambient. Un individu serà molt més vulnerable com menys recursos personals de tota índole posseeixi. Igualment succeeix quan la provisió d'aportacions pel medi ambient és pobre. La falta d'equilibri en la interacció entre l'individu i el seu entorn augmenta el risc de vulnerabilitat i l'aparició de crisis.

El concepte de crisi implica tant la necessitat d'adaptació als períodes evolutius o de canvi (crisis evolutives o maduratives), com les situacions inesperades i imprevistes que poden sorgir a qualsevol moment de la vida (crisis accidentals o situacionals)».

Com exemples d'aquests conceptes, es pot considerar la pubertat com a crisi evolutiva, i un accident de trànsit amb lesions importants, com a crisi accidental.

Un individu pot ser capaç de portar una vida normal dins del medi en el qual viu, però quan un esdeveniment vital estressant apareix a la seva vida, com, per exemple, una ruptura de parella, això el porta a un període de dolor i sofriment. Quan això succeeix es troba en la primera fase d'impacte, la qual durarà en la mesura en què prengui consciència d'aquest succés a la seva vida, i pot anar acompanyada de diferents manifestacions, com por, pena, culpa o bé d'un debilitament de les percepcions. Més tard es trobarà incrèdul o paralitzat.

Després, l'individu pren consciència de les conseqüències d'aquest esdeveniment, abstractant-se del seu context social habitual i manifestant sofriment.

Seguidament pot adaptar-se, resolent la crisi i augmentant amb això els seus recursos personals a l'hora d'enfrontar-se de nou a un altre esdeveniment de similars característiques; encara que, per contra, pot succeir que no s'adapti, i presenti símptomes crònics, records traumàtics, dependències i, per tant, risc d'emmalaltir, és a dir, deterioració psicològica o física.

En aquest sentit, i si tenim present que la patologia ve determinada per la interacció entre la part biològica, psicològica i social, en el procés de salut i malaltia haurem de delimitar el reconeixement d'aquests factors, tenint en compte que segons sigui el problema i el seu reconeixement, aquesta valoració pot ser més o menys evident.

Tindrem en compte els **factors biològics**, els hereditaris i constitucionals, com són els dèficits intel·lectuals o les diferents síndromes; o els factors adquirits, com són els traumatismes o les toxicomanies. Cal tenir present que en les malalties mentals, en l'esquizofrènia i en la majoria de les psicosis, els factors biològics hi són molt presents.

Tindrem en compte els **factors psicològics**, com l'experiència de la socialització en general, i quant al pensament, sentiments i emocions, així com les formes de comportament.

I entendrem com a **factors ambientals**, «l'aspecte social», l'estil de vida, les seves relacions amb la família, amics, treball, societat, etc. i en funció de l'agressivitat ambiental i del temps d'exposició a una suposada agressió, podrà augmentar la vulnerabilitat de l'individu.

A tall d'exemple, si una persona a la feina està sotmesa a grans pressions laborals, precarietat, humiliacions per algun company o cap, depenent del temps que estigui sotmès a tot això i comptant potser amb escàs suport familiar i d'amics (xarxa de suport informal) i si la seva capacitat d'afrontació personal és escassa, podrà desenvolupar, amb una gran probabilitat, una malaltia o un problema de salut.

4. Les diferents patologies psiquiàtriques

Per a l'elaboració d'un diagnòstic social adequat hem de conèixer les malalties mentals més greus, les més freqüents, així com els seus símptomes, de manera que puguem diferenciar els trets patològics dels de personalitat, dels ambientals i dels socials. Això ens permetrà poder desenvolupar un adequat estudi social i per tant el tractament social que respongui i s'ajusti a les necessitats reals detectades.

Partint de la distinció en funció de la gravetat i de la base orgànica, es diferencien els trastorns psicòtics dels neuròtics. Els **trastorns psicòtics** impliquen que el pacient ha perdut el contacte amb la realitat, mentre que el neuròtic es refereix a un estat de malestar i ansietat, però sense perdre contacte amb la realitat. Les psicosis més comunes serien les **esquizofrènies**; la major part dels trastorns neurològics i cerebrals, les **demències**; i la forma més greu de depressió, la **psicosi maniacodepressiva**. Entre les **neurosis**, hi hauria les fòbies, la histèria i els **trastorns obsessivocompulsius**, com els més importants i que generen una alta dosi d'ansietat, però sense desconnectar amb la realitat.

D'altra banda, els **trastorns infantils** es desenvolupen en la infància, pubertat i adolescència. Es considerarà **retard mental** quan el grau de coeficient intel·lectual sigui inferior a 70. La **hiperactivitat** la considerem com un desordre que parteix d'un dèficit d'atenció i de la concentració, i es caracteritza en l'individu per una inquietud constant i patològica. Altres retards mentals en el nen, com l'autisme, es caracteritzen pel desinterès que mostra el nen cap al món que l'envolta, amb una distorsió simultània i no en tots els casos progressiva de diverses funcions psíquiques, com l'atenció, la percepció, l'avaluació de la realitat i la motricitat. També poden aparèixer en aquestes edats problemes de comportament com la quequesa, trastorns en el desenvolupament del llenguatge, de la parla i l'enuresi, entre d'altres.

Els **trastorns mentals orgànics** tenen com a característica l'anormalitat psíquica i conductual associada a deterioracions en el funcionament del cervell. Els problemes conductuals fan referència a la zona del cervell en la qual es localitzi la lesió, i per tant els símptomes també seran diferents segons la zona afectada. El dany cerebral pot ser degut a una malaltia orgànica o al consum de tòxics. Els símptomes associats a aquests trastorns mentals seran el resultat d'un dany orgànic o la reacció de la persona a la pèrdua de capacitats mentals. Les característiques principals, com la pèrdua de memòria, falta de resposta a petits problemes quotidians, capacitat de judici reduïda, errors perceptius i pensament desordenat que no es correspon amb la realitat, és a dir, una deterioració cognitiva progressiva, ens estan assenyalant la possible aparició d'una demència.

L'esquizofrènia fa referència a la dissociació entre les emocions i la cognició; apareix de forma habitual en l'adolescència, amb una pèrdua del sentit de la realitat; la percepció d'un mateix també està distorsionada, amb una deterioració de la capacitat d'adaptació i integració social.

En l'actualitat existeixen dues grans classificacions de malalties mentals:

- **CIE-10**, establerta per l'Organització Mundial de la Salut, OMS.
- **DSM-V-TR**, publicada per la Societat Americana de Psiquiatria, APA (el 2013).

Les dues classificacions coincideixen en l'existència de cinc tipus diferents d'esquizofrènia, segons els símptomes:

- **Esquizofrènia paranoide.** Si el pacient presenta predomini de símptomes positius. És la més freqüent, d'inici més tardà i la que presenta un millor pronòstic i una adaptació més gran posterior.
- **Esquizofrènia hebefrènica o desorganitzada.** Predominen els símptomes negatius, de predomini emocional, es presenta més precoç i de pitjor pronòstic.
- **Esquizofrènia catatònica.** Predominen les alteracions motores i una marcada inhibició. Els seus símptomes principals són mutisme i rigidesa muscular.
- **Esquizofrènia indiferenciada.** Si els símptomes estan barrejats i no hi ha predomini d'uns sobre els altres.
- **Esquizofrènia residual.** Qualsevol esquizofrènia pot evolucionar a aquest tipus d'esquizofrènia. Es caracteritza per símptomes com la desmotivació, la deterioració emocional i símptomes cognitius o deterioració intel·lectual.

Els **trastorns de l'afectivitat** més freqüents són els estats greus d'ansietat, trastorns paranoies, neuròtics i de la personalitat. En *les alteracions de l'estat d'ànim*, com la *depressió*, apareixen símptomes com gran tristesa, culpa, desesperança, sentiments d'inutilitat, i el seu oposat, la *mania*, amb estat emocional exaltat, expansiu. Els trastorns paranoies cursen amb idees delirants, de persecució, de grandesa; una altra forma serien les celotípies, la *gelosia maltissa*.

En els **trastorns d'ansietat**, l'ansietat és el símptoma predominant, que apareix davant situacions o estímuls concrets. En les fòbies, la neurosi obsessivo-compulsiva, el pànic apareix quan l'individu intenta dominar un altre símpto-

ma, és la por irracional davant una situació concreta, que a més dificulta i mediatitza l'individu a la seva vida; exemples: l'agorafòbia, por als espais oberts, i la claustrofòbia, por i sensació d'ofec en espais tancats.

Les **obsessions** consisteixen en pensaments repetits, imatges i fins i tot impulsos molt repetits i impossibles de controlar per l'individu, que s'hi veu sotmès.

En els **trastorns psicossomàtics** apareixen símptomes físics que no concorren amb causes físiques aparents. És molt habitual en patologies de la pell, com per exemple l'herpes, igual que el lloc o la localització de la lesió en el cos.

A individus amb trets de **personalitat molt rígida** i incapaços d'adaptar-se a situacions noves se'ls diagnostica **trastorns de la personalitat**; aquests individus, per la seva rigidesa, poden arribar a tenir problemes socials i causar-se dany a si mateixos i als altres. En la personalitat paranoide hi ha un gran sofriment de la persona, per la seva desconfiança cap a l'exterior; en la personalitat narcisista, en canvi, es precisa la constant atenció i admiració dels altres. Les personalitats antisocials es caracteritzen per violar els drets dels altres i no respectar les normes socials.

Els evitadors són molt sensibles al rebuig, la humiliació o la vergonya. La personalitat dependent és passiva, la persona no és capaç de prendre decisions pròpies; els compulsius són perfeccionistes fins a l'extrem. Les persones amb trets de personalitat passiva-agressiva es resisteixen a les exigències dels altres, mitjançant maniobres indirectes, com la dilació o la ganduleria.

És molt difícil saber la incidència i distribució de la patologia mental en la població, ja que hi ha un gran nombre de persones que no són ateses a les consultes i, per tant, no es pot elaborar una estadística que reflecteixi la realitat. L'OMS, en un informe que va publicar l'any 2001 sobre aquest tema, va declarar que al món hi ha 450 milions de persones que sofreixen algun tipus de trastorn mental o neurològic. El risc de patir esquizofrènia és d'un 1 %, el de depressió, un 10 %; l'OMS va mostrar igualment gran preocupació per l'augment dels trastorns mentals orgànics en les persones grans.

Existeixen diferents classificacions de les malalties mentals. Faré referència a la classificació **CIE-10**, proposta per l'OMS i que reuneix les patologies en diferents grups:

a) Trastorns mentals orgànics, inclosos els simptomàtics:

- Demència en la malaltia d'Alzheimer.
- Demència vascular.
- Demència en la malaltia de Pick, d'Huntington, de Parkinson, VIH i de Creutzfeldt-Jakob.
- Síndrome amnèsica orgànic.
- Delírium.

- Al·lucinacions.
- Idees delirants.
- Trastorns de la personalitat.

b) Trastorns mentals i del comportament deguts al consum de substàncies psicotrope:

- Esquizofrènies:
 - Esquizofrènia paranoide.
 - Esquizofrènia hebefrènica.
 - Esquizofrènia catatònica.
 - Esquizofrènia indiferenciada.
 - Postesquizofrenia.
 - Esquizofrènia residual.
 - Esquizofrènia simple.
 - Trastorn esquizotípic.
 - Idees delirants persistents.
 - Trastorns psicòtics.

c) Trastorns de l'humor / afectius:

- Episodi maníac / hipomania.
- Trastorn bipolar.
- Episodis depressius.
- Trastorns de l'humor (afectius).

d) Trastorns neuròtics:

- Ansietat fòbica.
- Trastorns d'ansietat.
- Trastorns obsessivocompulsius.
- Reaccions d'estrès greu i trastorns d'adaptació.
- Trastorns dissociatius.
- Trastorns somatomorfs
- Trastorns de somatització.
- Neurastènia.

e) Trastorns del comportament:

- De conducta alimentària.
- No orgànics del son.
- Disfunció sexual no orgànica.
- Trastorns mentals i del comportament en el puerperi.
- Abusos de substàncies que no produeixen dependència.

f) Trastorns de la personalitat:

- Trastorns dels hàbits i del control d'impulsos.
- Trastorns d'identitat sexual i inclinació sexual.
- Retard mental.
- Retard mental lleu.
- Retard mental moderat.
- Retard mental greu.
- Retard mental profund.

g) Trastorns del desenvolupament psicològic:

- Retard de la parla / llenguatge.
- Retard de l'aprenentatge / escolar.

h) Trastorns del comportament:

- Hipercinètics.
- Dissocials.
- De les emocions.
- Trastorns de comportament social.
- Tics.
- Trastorns emocionals, com l'enuresi o l'encopresi.

5. Escales de valoració per a la detecció de malestar mental

5.1. La demència

És interessant prestar una especial atenció a les **demències**, ja que un gran nombre de pacients que atendrem estaran relacionats amb aquesta patologia, per la qual cosa en caldrà una valoració integral per contemplar els aspectes socials en l'estudi de la demència, en el tractament del pacient, i sense oblidar la figura del cuidador.

5.1.1. Valoració de l'esfera clínica

Ha d'incloure l'entrevista psiquiàtrica, la qual la durà a terme el metge especialista, i l'**entrevista social en salut mental**, a càrrec de la treballadora social sanitària. També és interessant conèixer els aspectes clínics i de les malalties en psiquiatria:

«Dins dels aspectes clínics destacar: els efectes de l'envelliment fisiològic, l'elevada incidència de pluripatologia, la tendència de la malaltia a produir incapacitat funcional o fins i tot a debutar com a tal, la forma de presentació atípica com una de les grans síndromes geriàtriques. Tot això condueix a un reconeixement tardà de la malaltia, a un maneig complicat, i sovint es generen conflictes ètics. D'aquí deriva la necessitat d'una valoració (geriàtrica i integral) per un equip multidisciplinari que comporta la participació de diferents professionals de salut».

A. C. Sanjoaquín. *Valoración geriátrica integral*.

Quant als aspectes socials, no podem oblidar la repercussió de la malaltia en ells, tant en l'entorn més proper de l'ancià com en la necessitat de recursos.

5.1.2. Valoració de l'esfera funcional

La valoració funcional és el procés dirigit a recollir informació sobre la capacitat de l'ancià per realitzar la seva activitat habitual i mantenir la seva independència en el medi en què es troba.

Les activitats de la vida diària es classifiquen en activitats **bàsiques** (ABVD), **instrumentals** (AIVD) i **avançades** (AAVD).

En les ABVD incloem aquelles tasques que la persona ha de realitzar diàriament per a l'autocura, neteja, vestimenta, alimentació. Les AIVD fan referència a aquelles tasques en les quals la persona interacciona amb el medi per

mantenir la seva independència, com cuinar, comprar, ús del telèfon... i les AAVD inclouen aquelles que permeten a l'individu la col·laboració en activitats socials, activitats recreatives, feina, viatges i exercici físic intens.

Conforme avança el grau de deterioració funcional augmenten el risc de mortalitat, el nombre d'ingressos hospitalaris i l'estada mitjana, les visites mèdiques, el consum de fàrmacs, el risc d'institucionalització i la necessitat de recursos socials.

Al moment d'explorar l'esfera funcional és imprescindible interrogar sobre la dependència física.

Les escales més utilitzades per avaluar les activitats bàsiques de la vida diària són:

a) Índex d'activitats de la vida diària (índex de Katz):

- Bany.
- Vestir-se/desvestir-se.
- Ús del vàter.
- Mobilitat.
- Continència.
- Alimentació.

b) Índex de Barthel. Publicat el 1965 per Mahoney i Barthel –*Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* (1965, núm. 14, pàg. 61-65)–, és l'instrument recomanat per la Societat Britànica de Geriatria per avaluar les ABVD en l'ancià. És l'escala més coneguda en l'àmbit internacional per a la valoració funcional de pacients amb malaltia cerebrovascular aguda. La seva aplicació és fonamental en unitats de rehabilitació i en unitats de salut mental de mitjana estada:

- Bany.
- Vestimenta.
- Neteja personal.
- Ús del vàter.
- Transferències (trasllat llit-butaca).
- Pujar/baixar graons.
- Continència urinària.
- Continència fecal.
- Alimentació.

Es valorarà de la manera següent, en una escala de 0 a 100 punts:

- Dependència total, puntuació menor de 20.
- Dependència greu, puntuació de 20 a 35.
- Dependència moderada, puntuació de 40 a 55.

- Dependència lleu, puntuació igual o més gran de 60.

Presenta un gran valor predictiu sobre mortalitat, ingrés hospitalari, durada d'estada en unitats de rehabilitació i ubicació a l'alta de pacients amb accident cerebrovascular.

c) Escala d'incapacitat física de la Creu Roja. Creada per l'equip del Servei de Geriatria de la Creu Roja de Madrid el 1972, es tracta d'una escala molt difosa al nostre país –*Revista Española de Geriatria y Gerontología* (1972, núm. 7, pàg. 339-46. Permet obtenir una impressió ràpida i quantificada del grau d'incapacitat. S'avaluen els següents aspectes:

- AVD (activitats de la vida diària).
- Ajuda instrumental per caminar.
- Nivell de restricció de mobilitat.
- Continència d'esfínters.

d) Escala Plutchik. Dissenyada per Plutchik i col·laboradors de l'Hospital Bronx de Nova York el 1970 per distingir pacients poc dependents dels independents en un medi hospitalari per a malalts mentals:

- Alimentació.
- Incontinència.
- Rentar-se i vestir-se.
- Caure del llit o butaca sense proteccions.
- Deambulació.
- Visió.
- Confusió.

e) L'escala més utilitzada per avaluar les AIVD és l'índex de Lawton i Brody. Es tracta d'un instrument publicat el 1969 i construït per al seu ús específic amb població anciana:

- Usar el telèfon.
- Anar de compres.
- Preparar el menjar.
- Fer tasques de la llar.
- Rentar la roba.
- Utilitzar transports.
- Controlar la medicació.
- Manejar els diners.

5.1.3. Valoració de l'esfera mental

En la valoració de l'estat mental és important atendre l'estudi tant de l'esfera cognitiva com afectiva i tenir en compte les variables implicades en la fragilitat d'ambdues àrees.

La fragilitat cognitiva depèn de:

- Variables orgàniques.
- Factors psicosocials.
- Entitats clíniques, com hipertensió arterial, diabetis *mellitus*, accident cerebrovascular, insuficiència respiratòria.

La fragilitat afectiva de l'ancià dependrà fonamentalment de trastorns psíquics, trastorns d'ansietat i depressió.

L'entrevista clínica es pot complementar de forma estructurada mitjançant tests breus de cribatge, i recomanem, sempre que sigui possible, posar en pràctica tots dos procediments. Els tests aporten objectivitat, faciliten la comunicació entre els diversos professionals i permeten, a més, quantificar els canvis en el temps i la resposta al tractament. No obstant això, els tests s'han de valorar en el context clínic del pacient i considerar aquells factors que poden afectar-ne la puntuació (nivell cultural, dèficit sensorial).

No haurem d'oblidar mai que un test és un bon complement de la història clínica, però mai diagnòstica per si sol una demència.

5.1.4. Valoració de l'esfera cognitiva

Comptem amb múltiples tests, dels quals destaquem els següents:

- **Qüestionari de Pfeiffer (Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ)**. Explora l'orientació temporoespacial, la memòria recent i remota, la capacitat de concentració i el càlcul.
- **Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE)**. Detecta la deterioració cognitiva moderada.
- **Mini Examen Cognoscitiu de Lobo (MEC)**. S'utilitza també en persones amb deterioració cognitiva greu.
- **Test del rellotge**. També detecta quadres confusionals.
- **Set-tests**. Explora la fluència verbal, la denominació per categories i la memòria semàntica.
- **Test dels set minuts**. Consta de quatre proves simples:

- La primera consisteix a avaluar l'orientació temporal (preguntes sobre el dia de la setmana, el mes i l'any).
- En la segona part es fa una anàlisi de la memòria.
- La tercera i la quarta es relacionen amb proves de fluïdesa del llenguatge.

Com repercuteix la deterioració cognitiva en la funcionalitat del pacient i en l'esfera familiar i social?

L'alta prevalença de símptomes conductuals i psíquics en la demència, així com les implicacions sobre la qualitat de vida, tant del pacient com del cuidador principal, fan indispensable la valoració a la recerca de símptomes de sobrecàrrega. Es pot realitzar de forma lliure, amb entrevista clínica o dirigida mitjançant l'ocupació d'escales. Una de les escales utilitzades a aquest efecte és l'*escala de Zarit* de sobrecàrrega del cuidador, que explicarem a la valoració social.

5.1.5. Valoració de l'esfera afectiva

La depressió és el trastorn psiquiàtric més freqüent en els ancians. Té importants repercussions sobre la qualitat de vida, la situació funcional i cognitiva. Perllonga les estades hospitalàries i és font de nombroses consultes, ingressos i tractaments. Malgrat que segueix sent més freqüent entre les dones, amb l'edat aquesta diferència es redueix.

L'ansietat és, juntament amb la depressió, un dels principals símptomes afectius a la tercera edat. Té repercussions sobre la qualitat de vida, el rendiment en funcions cognoscitives, agreuja els quadres depressius i les molèsties físiques. En l'ancià és més freqüent l'ansietat com a símptoma que com a malaltia. Igual que les síndromes depressives, l'ansietat és difícil de detectar en l'ancià, atès que es pot presentar mitjançant símptomes localitzats en qualsevol òrgan o sistema, la qual cosa planteja un ampli ventall de diagnòstics diferencials, com la cardiopatia isquèmica, la insuficiència cardíaca, l'hipertiroïdisme, etc.

A l'hora d'explorar l'esfera afectiva, hem d'interrogar sobre estat anímic, labilitat emocional, apetit, trastorn del son, signes d'ansietat, ideació de mort, ideació o temptatives autolítiques i queixes somàtiques.

Per valorar l'esfera afectiva, comptem amb el suport de les escales següents:

- Escala de depressió geriàtrica de Yesavage.
- *Geriatric Depression Scale* (GDS).
- Inventari de depressió de Hamilton.
- Inventari de depressió de Beck.

- Escala de Zung.
- Escala de Cornell de depressió en la demència.
- Escala de depressió i ansietat de Goldberg.

Podríem utilitzar aquestes escales en persones grans amb factors de risc que poden desencadenar una depressió.

L'escala de depressió i ansietat de Goldberg, breu, senzilla i de fàcil maneig, es va desenvolupar el 1988 amb la finalitat d'aconseguir una entrevista de cribatge dels trastorns psicopatològics més freqüents, l'ansietat i la depressió.

Material de suport

Trobareu material annex en els recursos de l'aula.

5.1.6. Escales de valoració social

Les escales de valoració de recursos són les següents:

- **Escala OARS de recursos socials.** És una eina diagnòstica multidimensional adaptada per Grau en població anciana espanyola, on s'ha comprovat la seva fiabilitat i viabilitat. Proporciona informació sobre cinc àrees: estructura familiar i recursos socials, recursos econòmics, salut mental, salut física i capacitats per a la realització de les AVD (Duke University, 1978). Avalua les respostes en una escala de 6 punts, que van des d'excel·lents recursos socials (1 punt) fins a la deterioració social total (6 punts).
- **Escala de valoració sociofamiliar de Gijón.** Creada a la fi dels anys noranta, s'empra per a valorar la situació social i familiar de les persones grans que viuen al domicili. El seu objectiu és detectar situacions de risc i problemes socials per a la posada en marxa d'intervencions socials.
- **Escala de Filadèlfia.** Desenvolupada el 1975 per Lawton (*Gerontol*, 1975), és l'escala recomanada per grups d'experts de la British Geriatrics Society i l'American National Institute of Aging per al mesurament o la quantificació de la qualitat de vida. Avalua l'actitud enfront de l'envelliment, la insatisfacció amb la solitud i l'ansietat amb un objectiu clar, el de mesurar el grau subjectiu de satisfacció de l'ancià. La seva aplicabilitat és excel·lent i solament es veu limitada o interferida per la presència de trastorns del llenguatge (afàsies) i deterioració cognitiva. En realitzar la valoració social, no hem d'oblidar-nos del cuidador principal, peça clau en l'entramat de l'atenció en el dia a dia de l'ancià. En la sobrecàrrega dels cuidadors poden influir els factors següents: la gravetat de la demència; els problemes de comportament que mostrava el pacient; el tipus de relació entre el cuidador i el pacient; els mecanismes d'enfrontament utilitzats pels cuidadors, i l'accessibilitat als recursos socials.
- **Escala de Zarit.** L'escala més utilitzada per valorar la sobrecàrrega del cuidador principal de pacients amb demència és l'escala de Zarit. Explora el sofriment del cuidador principal en àrees de salut física, psíquica, activitat

social i recursos econòmics. L'escala desenvolupa les àrees següents: integració social, ocupació i orientació, i independència física.

Existeixen altres escales de valoració social, com l'escala d'avaluació de la capacitat adaptativa (EVALCAD), l'escala d'intensitat de suport (SIS), l'escala de Kuntzman i l'escala d'AVD de grups d'utilització de recursos.

En algunes unitats de psiquiatria de diferents comunitats autònomes s'utilitza l'escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales), instrument d'avaluació desenvolupat per la unitat de recerca del Royal College of Psychiatrists britànic en el marc del *Project Health of the Nation* del departament de salut britànic. S'utilitza per a mesurar tot el rang de problemes físics, personals i socials associats a la malaltia mental, utilitzables per professionals de la salut mental de forma rutinària i en un context clínic.

Material suport

Trobareu material annex en els recursos de l'aula.

6. Estructures de salut mental i l'equip de salut mental

L'atenció a la salut mental comprèn el diagnòstic i seguiment clínic dels trastorns mentals, la psicofarmacoteràpia, les psicoteràpies individuals, de grup o familiars, així com l'hospitalització, i inclou els punts següents:

«El diagnòstic i tractament dels trastorns mentals aguts i de les reaguditzacions de processos crònics, que comprenen les intervencions individuals i/o familiars, el tractament ambulatori, les intervencions psicoterapèutiques en hospital de dia i l'hospitalització de curta estada quan es necessiti.

L'atenció a les persones amb trastorn mental greu.

El diagnòstic i tractament de trastorns mentals crònics, inclosa l'atenció integral a l'esquizofrènia, que inclouen el tractament ambulatori, les intervencions individuals i familiars i la rehabilitació.

El diagnòstic i tractament de conductes addictives, inclosos l'alcoholisme i les ludopaties.

El diagnòstic i tractament de trastorns de la infància i adolescència, inclosa l'atenció a nens amb psicosi, autisme i amb trastorns de conducta general alimentària (anorèxia / bulímia), que comprenen el tractament ambulatori, les intervencions psicoterapèutiques a l'hospital de dia, l'hospitalització de curta estada i el reforç de les conductes saludables.

L'atenció als trastorns de salut mental derivats de les situacions de risc o exclusió social.

Actuacions preventives i de promoció de la salut, en coordinació amb altres recursos sanitaris i no sanitaris.

Informació i assessorament a les persones vinculades al pacient, especialment al cuidador principal».

Cartera de serveis sanitaris d'atenció a la salut mental a l'Aragó.

Les estructures de salut mental que integren el model assistencial de psiquiatria comunitària són les que exposen a continuació, encara que òbviament, es diferenciaran i es compliran segons ho estructurari cada comunitat autònoma.

6.1. Els centres de salut mental

Constitueixen l'eix central de la xarxa assistencial de salut mental, estan habitualment situats en centres de salut d'atenció primària i es divideixen en:

- Centres de salut mental per a adults.
- Centres de salut mental infantojuvenils.

Les seves funcions bàsiques són les següents:

- Oferir tractament a totes les persones afectades i les seves famílies de forma ambulatoria, tant al centre, com al domicili i explorar la consulta virtual.

- Coordinar-se amb els equips d'atenció primària, així com amb altres dispositius assistencials, serveis socials i educatius de la zona sanitària que els correspongui.
- Elaborar programes de promoció de la salut i prevenció de les malalties. Per a això, hem de basar-nos en evidències i aquestes varien d'un territori a un altre i d'una àrea a una altra; fins i tot diferents districtes d'una ciutat poden presentar diferències, la qual cosa implica accions o programes diferents.

Il·lustra l'argument anterior la taula 2, on es presenta el «Percentatge de població adulta en risc de mala salut mental», sempre d'acord amb l'Enquesta Nacional de Salut.

Taula 2. Distribució per sexe i comunitat autònoma del percentatge de població adulta en risc de mala salut mental

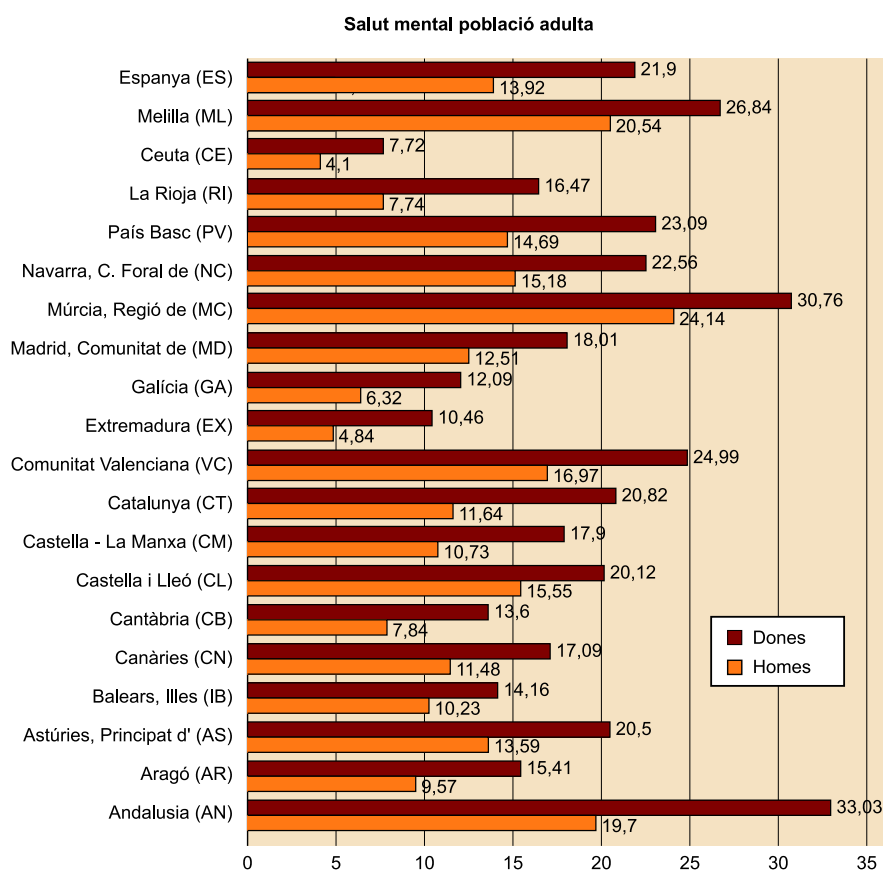
Comunitat autònoma	Anys		
	2017		
	Homes	Dones	Total
Andalusia (AN)	19,7	33,03	26,5
Aragó (AR)	9,57	15,41	12,54
Astúries, Principat d' (AS)	13,59	20,5	17,23
Balears, Illes (IB)	10,23	14,16	12,2
Canàries (CN)	11,48	17,09	14,33
Cantàbria (CB)	7,84	13,6	10,8
Castella i Lleó (CL)	15,55	20,12	17,86
Castella - La Manxa (CM)	10,73	17,9	14,3
Catalunya (CT)	11,64	20,82	16,36
Comunitat Valenciana (VC)	16,97	24,99	21,07
Extremadura (EX)	4,84	10,46	7,68
Galícia (GA)	6,32	12,09	9,32
Madrid, Comunitat de (MD)	12,51	18,01	15,4
Múrcia, Regió de (MC)	24,14	30,76	27,45
Navarra, C. Foral de (NC)	15,18	22,56	18,92
País Basc (PV)	14,69	23,09	19,04
La Rioja (RI)	7,74	16,47	12,16
Ceuta (CE)	4,1	7,72	5,88
Melilla (ML)	20,54	26,84	23,7

Comunitat autònoma	Anys		
	2017		
	Homes	Dones	Total
Espanya (ES)	13,92	21,9	18,01

A la llum dels resultats, veiem que els percentatges més alts relacionats amb el risc de mala salut mental, si prenem la població general d'Espanya, els tenen les dones, amb un risc del 21,9 %, enfront del 13,92 % dels homes.

La figura 2 mostra les diferències que hi ha entre comunitats autònomes i, alhora, entre les dones i els homes. Posa de manifest les diferències entre tots dos sexes i entre comunitats, la qual cosa obliga a aprofundir en l'estudi de cadascuna perquè les propostes d'accions preventives s'ajustin a les dades i les evidències obtingudes.

Figura 2. Distribució per sexe i comunitat autònoma del percentatge de població adulta en risc de mala salut mental



Font: Encuesta Nacional de Salud. MSSSI/INE. Periodicitat: Quinquennal.

Si bé els resultats es poden analitzar comunitat per comunitat, veiem que la població femenina d'Andalusia presenta un risc de patir problemes de salut mental d'un 33,03 %. A l'altre extrem, el risc més petit el presenten les dones de Ceuta, amb un 7,72 %. En el cas de la població masculina, els que presenten

un risc més gran de patir problemes mentals són els habitants de la Regió de Múrcia, amb el 24,14 %, i a l'extrem oposat, el risc més petit també el presenten els homes de Ceuta, amb el 4,1 %.

Els col·lectius professionals de les unitats de salut mental són psiquiatres, psicòlegs, personal d'infermeria, personal auxiliar administratiu i, en algunes, una treballadora social sanitària. El nombre de psiquiatres i psicòlegs estarà en funció de la grandària de la població a la qual s'ha d'atendre.

6.2. Les unitats d'hospitalització psiquiàtrica

Són els serveis d'ingrés en hospitals generals; en aquests s'atenen les urgències i els ingressos en cas de psicopatologia aguda. Quan hi ha una descompensació greu de la malaltia, un episodi psicòtic per exemple, amb distorsió de la realitat, sol venir acompanyat d'abandó de la medicació i absència de consciència de malaltia i necessitat de tractament. En aquests casos l'ingrés sol ser necessari i pot ser voluntari, és a dir, comptant amb l'acceptació del pacient, o involuntari, amb intervenció de la justícia per decretar l'ingrés. Els col·lectius professionals que ocupen la unitat són psiquiatres, personal d'infermeria i auxiliars de clínica. En hospitals de dimensions importants, de grans ciutats, hi sol haver una o diverses treballadores socials per a l'atenció psiquiàtrica de forma específica, tant a la unitat d'ingrés com en consultes externes o ambulatories.

Una vegada que s'ha donat d'alta el pacient, si aquest ha recuperat un estat adequat de consciència de la malaltia i els símptomes han remès, se sol optar pel seguiment ambulatori, amb visites inicialment freqüents. Hi ha altres alternatives per al seguiment de les persones afectades, com l'hospitalització parcial i els centres de dia. Si el seu estat no remet, es pot optar per l'hospitalització en un centre de mitjana i llarga estada, la institucionalització.

6.3. Unitats de psicogeriatria

Dedicades a l'atenció de trastorns específics com demències i trastorns conductuals en pacients amb demència, depressions en l'ancià, processos de dol, psicosis i deliris tardans, o trastorns psiquiàtrics amb alteracions del comportament.

Hi ha unitats monogràfiques: de trastorns de la personalitat, de trastorns de la conducta alimentària d'adults i adolescents, de trastorns greus refractaris i unitats de psicossomàtica.

Aquestes unitats específiques, i la de psicogeriatria, compleixen funcions d'enllaç amb atenció primària i amb les especialitats que es considerin precises. En el cas de la unitat de psicogeriatria, es coordina l'actuació amb el servei

Presència del treballador social

Desafortunadament, no totes les unitats de salut mental compten amb la nostra presència, aquest lloc es comparteix amb molta regularitat amb la treballadora social sanitària d'atenció primària.

de geriatria, neurologia o neuropsicologia. A més duen a terme funcions de coordinació amb la xarxa de suport social comunitari públic i el tercer sector, i pot incloure la valoració al domicili.

6.4. Centres de rehabilitació

Els centres de rehabilitació són els següents:

a) Hospitals de dia

Són dispositius assistencials en règim d'hospitalització parcial diürna. S'hi s'aborden aspectes relacionats amb el tractament i la rehabilitació. El pacient hi sol anar des del matí a mitja tarda, durant un temps variable que fluctua entre un i sis mesos. Els objectius que es treballen en aquests centres són diversos: monitoritzar i assegurar el tractament farmacològic i sobretot focalitzar l'esforç de la reintegració, mitjançant entrenament d'habilitats socials i l'establiment de programes psicoeducatius que contribueixin a la conscienciació de la malaltia.

Les persones afectades que accedeixen a aquests programes són aquelles en remissió total o parcial dels símptomes. Se solen formar grups que desenvolupen activitats formatives o tallers d'expressió emocional per a la conscienciació de la malaltia en grup o l'adquisició d'hàbits. També s'aplica un treball amb les famílies, per la qual cosa es promou un espai on compartir experiències i augmentar el coneixement de la malaltia gràcies a la transferència d'informació.

L'hospital de dia està integrat per professionals de la psiquiatria, la psicologia, l'infermeria (inclou auxiliars de clínica) i el treball social sanitari.

b) Unitats de rehabilitació

S'acostumen a estructurar en unitats de mitjana o llarga estada, estructura especialitzada en règim d'internat, amb activitats rehabilitadores, que intenten reparar les limitacions pròpies de la malaltia. El seu objectiu és la resocialització i integració del pacient en el seu medi natural.

c) Centres de dia

Les seves principals funcions són les de reinserció social i rehabilitació. Els col·lectius professionals són educadors, auxiliars de clínica, terapeutes ocupacionals i treballadora social sanitària.

d) Pisos protegits, tutelats

Aquests estan inserits a la comunitat, en convivència grupal, però sempre amb suport i supervisió de terapeutes; habitualment són professionals del treball social sanitari i auxiliars de clínica els qui supervisen i controlen aquestes es-

structures. Les persones afectades poden fer vida totalment autònoma. En situacions on no existeix xarxa de suport informal o davant situacions de claudicació familiar, aquest pot ser un recurs definitiu.

«Donaran cobertura a les necessitats bàsiques per a la vida diària.
Supervisió de l'autocura.
Organització i desenvolupament de les tasques domèstiques i de la convivència.
Activitats instrumentals.
Seguiment de la medicació.
Desenvolupament d'activitats i gestions externes.
Integració comunitària.
Oci i temps lliure.
Coordinació amb dispositius sanitaris, socials i comunitaris».

Cartera de serveis d'atenció a la salut mental del Sistema de Salut de l'Aragó

e) Petites residències

Donen el suport habitual d'un centre residencial. Cobreixen, per tant, les necessitats bàsiques de la vida diària, com són neteja personal, higiene, alimentació i cures generals, i la supervisió de la presa de medicació i adhesió al tractament. A més d'aquestes activitats s'acompanya les persones afectades a les gestions que necessitin, amb tracte individualitzat, és a dir, l'atenció al centre s'ajusta a les necessitats que cadascú plantegi.

D'altra banda, el tractament a les residències serà integral i contemplarà també els aspectes socials, incloent activitats com suport en la recuperació d'habilitats socials, potenciant l'autonomia personal i fomentant l'autocura; psicoeducació, integració a la comunitat i dedicació a activitats per a l'ocupació de l'oci i el temps lliure.

f) Tallers ocupacionals i centres especials d'ocupació

Són dispositius comunitaris, que poden estar o no vinculats als serveis de salut mental. Estan orientats a la reinserció social i laboral del pacient. Els equips professionals d'aquests dispositius els conformen professionals de la teràpia ocupacional, de l'educació social i, habitualment, professionals del treball social sanitari. Mitjançant un treball en equip dirigeixen aquests serveis, sempre que siguin específics de salut mental.

Els equips de treball social sanitari han dut a terme una anàlisi de les seves funcions i activitats en la seva intervenció professional en salut mental que ha donat lloc a l'elaboració de diferents **programes de treball**, amb les persones afectades, amb les seves famílies i amb la comunitat en general, per contribuir amb tots ells a la comprensió de les malalties mentals i, per tant, a la seva acceptació.

Existeix un gran nombre de pacients que atensem a les consultes de salut mental d'atenció primària en els quals veiem prioritària la pràctica d'alguna activitat o taller, com **teràpia ocupacional**, promoció de la salut i integració en el medi. Són pacients que no tenen el perfil adequat, per patologia i intensitat

d'aquesta, per participar en els recursos dirigits a malalts mentals, per la qual cosa hem d'utilitzar la xarxa de suport ordinària que s'ofereix a la població general, és a dir, a qualsevol altra persona que, encara que estigui malalta, no pateixi una malaltia mental.

Hi ha experiències de grups per a pacients, fora dels dispositius específics de salut mental, per a malalts diagnosticats d'alguna patologia psiquiàtrica. Aquests participen en **grups terapèutics** per a treballar aspectes sobre la salut i no sobre la malaltia; aquests grups sempre estan dirigits per un terapeuta.

Atès que els dispositius comunitaris no responen a les necessitats de detecció, diagnòstic, valoració i atenció a la psicosi primerenca, en algunes comunitats autònomes s'estan implantant de forma progressiva els equips d'intervenció precoç i els equips de tractament assertiu comunitari, com dispositius d'intervenció i seguiment de pacients amb trastorn mental greu. D'aquesta manera es pretén atendre tant les persones afectades que no arriben a les unitats de salut mental per problemes en la no acceptació de la malaltia, com les persones afectades que per problemes propis de la malaltia, circumstàncies socials, familiars o pels insuficients recursos de salut mental, es trobin en risc d'abandó del tractament o d'exclusió social. Aquests equips seran interdisciplinaris i intentaran apropar les persones afectades al tractament sanitari adequat a la comunitat, garantiran la continuïtat de cures i la coordinació amb els equips de salut mental i sociosanitaris que es precisin.

7. El treballador social sanitari en salut mental. Especificitat

Els canvis que ha anat experimentant el concepte de salut han estat determinants per al creixement de la professió de treball social en l'àmbit sanitari. El metge ja no és l'única autoritat sobre els assumptes de salut.

Aquest canvi sobre el concepte de salut va acompanyat de canvis en tot el sistema, que es veu obligat a reconèixer que les malalties poden estar determinades per molts factors, entre elles les característiques psicosocials, les emocionals i les del seu entorn. El sistema sanitari està modificant els seus objectius cap a la detecció de riscos físics, socials i psicològics, i se centra cada vegada més en programes de prevenció i promoció de la salut. Això mateix està passant amb la salut mental.

Els canvis no solament es donen en el concepte de salut, sinó també en la forma de tractament, en el qual s'inclouen la prevenció, promoció, rehabilitació i reinserció social. Aquest tipus d'atenció no sembla tenir resposta en la formació tradicional dels col·lectius professionals del sistema sanitari. Com a treballadors socials sanitaris, per la nostra formació i enfocament multidisciplinari i pel nostre concepte d'atenció a la persona, sí, som professionals amb preparació per atendre les exigències del sistema sanitari i del sistema social imperant.

En el sistema de salut mental, el nostre treball consisteix a donar suport a les persones amb problemes mentals, i millorar amb la nostra intervenció la seva qualitat de vida i el seu grau d'autonomia personal, familiar i social.

«La filosofia que anima els principis del treball social posa al centre de la pràctica valors que típicament donen la primàcia a l'autonomia dels clients: drets de ciutadania, dignitat de les persones, autodeterminació, col·laboració com a iguals i devolució de poder.

Tots aquests valors creen un estil de pensament i de comportament professional al que repugna qualsevol tipus d'actuació benvolent "pel propi bé del client", la qual es percep com a caritativa i paternalista. La doctrina predominant dins del treball social en relació amb els dilemes que presenta el paternalisme consisteix a negar que les intervencions paternalistes estiguin justificades i adopta la regla general de respectar i tutelar les decisions autònomes dels clients. No obstant això, aquesta regla general sobre la bona pràctica professional admet dues excepcions en les quals el treballador social estaria autoritzat a actuar de forma paternalista:

Aquelles situacions en les quals existeixi un mandat institucional clar i ineludible per al treballador social de protegir el client.

Aquelles en les quals la disminució de competència del client per a realitzar eleccions sobre el seu propi bé li fes incórrer en decisions o accions perjudicials per a la seva pròpia persona.

Però, en considerar-se aquestes situacions com excepcionals, el principi general que es considera que ha de regular tota pràctica professional és contrari a qualsevol violació del dret d'autodeterminació dels clients».

P. Rubí. [document en línia]
<<http://monografias.com/trabajos11/hispsiq/hispsiq.shtml>>

Com comenta igualment l'autor en aquest text, aquestes dues situacions excepcionals són més aviat la norma en el camp de la salut mental.

En l'àmbit de la salut mental, els equips de treball social sanitari han de protegir les persones afectades, que la majoria de vegades no tenen capacitat suficient, ni capacitat de judici per poder prendre les pròpies decisions, o almenys les més adequades per a protegir i preservar la seva salut, la de la seva família i entorn.

Són moltes les situacions en les quals hem de protegir les persones afectades i fins i tot instar al fet que se'ls retirin els drets, com és la pròpia incapacitació judicial, però no sense abans donar l'oportunitat al pacient de millorar la seva salut i la seva capacitat de decidir ell sol, de forma saludable, sobre la seva vida i els seus béns.

El treball social sanitari en salut mental té com a objecte, igual que altres especialitats, potenciar el grau d'autonomia de la persona, encara que a vegades –sense intentar estigmatitzar-la, sinó protegir-la– la desproveïm de drets.

D'altra banda, per poder desenvolupar el nostre acompliment professional de forma adequada, és fonamental tenir un coneixement, bàsic i previ al treball amb malalts de salut mental, de psicologia i psiquiatria.

Una característica distintiva del treballador social sanitari en salut mental és l'interès pel context social dins del qual es produeixen les modificacions dels problemes individuals o familiars de la persona afectada.

D'altra banda, parlar de l'especificitat del treballador social en salut mental és parlar de les seves funcions, de les activitats que exercim en els diferents dispositius de salut mental, i de com exercim les nostres funcions de manera diferenciada pel que fa a la resta de l'equip tant sanitari com en els diferents dispositius de serveis socials.

Les funcions bàsiques són les següents:

a) Atenció directa. La prestarem a les persones afectades, famílies i grups que presenten un problema social en relació amb la seva malaltia mental:

- Analitzarem la demanda, procedirem a la valoració social i familiar, elaborarem el diagnòstic social sanitari (en aquest mateix semestre es cursa un mòdul íntegre sobre el diagnòstic social sanitari), planificarem la nostra intervenció i coordinarem amb l'equip de salut mental les nostres intervencions.
- El professional ha d'identificar els problemes, avaluar riscos a curt, mitjà i llarg termini, així com identificar les capacitats conservades de la persona afectada i potenciar-les.
- Aplicarem tractaments individuals o de grup, que tinguin com a objectiu la contenció, la socialització, la rehabilitació, el suport, l'orientació familiar, la inserció laboral, la generació de recursos, a més de la potenciació i/o definició del projecte vital de la persona afectada.

Més tard desenvoluparem i desglossarem de forma més detallada les funcions.

b) Funció preventiva.

- De promoció i inserció social. Intentarem aconseguir la integració social de la persona afectada mitjançant la informació i tramitació dels recursos normalitzats o específics de salut mental. I fomentarem i potenciarem la creació de grups d'autoajuda, grups terapèutics, associacions d'afectats i familiars de malalts mentals.

c) Formació, docència i recerca.

d) Coordinació mitjançant reunions amb l'equip sanitari i els serveis socials.

Bibliografia

Dolors Colom Masfret (2012). *El diagnòstic social sanitari*. Barcelona: Editorial UOC.

8. Funcions i activitats de la unitat de treball social sanitari en els equips de salut mental

Dins de la Llei d'ordenació de professions sanitàries², es dedueix que els diferents col·lectius de professionals del sistema sanitari tenen competències sobre les funcions: assistencial-educativa, preventiva, docent, investigadora, gestió clínica i promoció de la salut.

⁽²⁾Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries.

Si bé les funcions són les mateixes, les activitats que els donen contingut difereixen d'un col·lectiu a un altre. Les funcions i activitats de les unitats de treball social sanitari són les següents:

a) Funció assistencial. Estarà determinada per l'atenció a persones que per la seva malaltia acudeixin al sistema sanitari i presentin una demanda d'atenció sociosanitària. L'assistència es realitzarà al centre sanitari o al domicili de la persona afectada i sempre s'aplica el procediment bàsic o, en cas que s'hagi definit, el protocol de treball social sanitari corresponent.

Com podem veure a l'assignatura *Eines del treball social sanitari*, tant un procediment com un protocol es compon de tres fases: estudi de treball social sanitari, diagnòstic social sanitari i tractament o intervenció de treball social sanitari.

Activitats:

- Entrevista a la persona malalta afectada i als seus familiars.
- Sempre d'acord amb el diagnòstic social sanitari i dins dels serveis determinats, es poden realitzar activitats de:
 - Orientació, suport i assessorament als individus, la família i els grups.
 - Informació dels drets i deures respecte a la seva salut i l'assistència sanitària.
 - Col·laboració i coordinació amb la resta de professionals de l'equip de salut mental per a la detecció de pacients de risc. Anàlisi dels factors socials que incideixen en el procés de salut.
 - Potenciar els recursos personals de cada pacient i la seva família, i fomentar l'autoresponsabilitat en la resolució del seu problema.

b) Funció educativa. Es pretén una modificació dels hàbits, comportaments i actituds en les persones afectades i els seus familiars.

Activitats:

- Desenvolupament d'activitats educatives dirigides al fet que l'usuari es responsabilitzi de la seva cura.
- Consells terapèutics.
- Mobilització de recursos personals i institucionals.

c) **Funció preventiva.** Entendrem per prevenció la pràctica d'activitats encaminades a disminuir els riscos d'emmalaltir i a evitar possibles recaigudes o les conseqüències que es poden derivar de la malaltia.

Activitats:

- Coneixement i anàlisi dels factors socisanitaris que incideixen en la persona malalta o en la salut de la població.
- Recepció i captació de les demandes sorgides en grups, institucions i associacions de la comunitat.
- Participació a la programació, execució i avaluació de les activitats de l'equip de salut mental, aportant els continguts psicosocials i aspectes metodològics propis del treball social sanitari.

d) **Funció docent.** Es participarà a les unitats docents de la zona, i es procurarà una aportació d'aspectes propis del treball social sanitari i de participació social i comunitària.

Activitats:

- Participació en la formació continuada específica dels membres de la unitat de treball social sanitari i d'altres professionals de l'equip de salut mental.
- Col·laboració amb els diferents programes formatius de pregrau i postgrau dels diferents professionals de l'equip.

e) **Funció investigadora.** En aquesta funció s'exploraran les causes o els factors psicosocials que tenen més relació en el procés de salut-malaltia, ja sigui per incidència o prevalença, així com aquelles intervencions socials que són més eficaces en els diferents processos.

Si prenem la «Prevalença declarada de trastorns mentals en la població adulta» d'acord amb l'Enquesta Nacional de Salut, trobem les dades següents:

Taula 3. Distribució per sexe i comunitat autònoma de la prevalença declarada de trastorns mentals en la població adulta

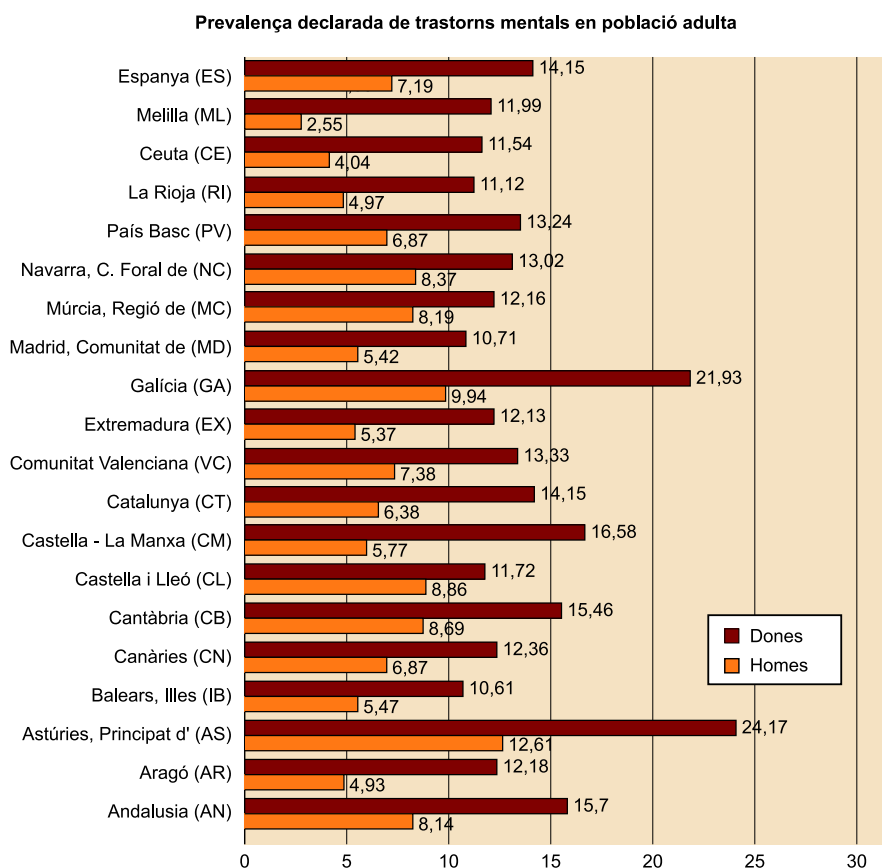
Comunitat autònoma	Any		
	2017		
	Homes	Dones	Total
Andalusia (AN)	8,14	15,7	12

Comunitat autònoma	Any		
	2017		
	Homes	Dones	Total
Aragó (AR)	4,93	12,18	8,62
Astúries, Principat d' (AS)	12,61	24,17	18,68
Balears, Illes (IB)	5,47	10,61	8,07
Canàries (CN)	6,87	12,36	9,66
Cantàbria (CB)	8,69	15,46	12,18
Castella i Lleó (CL)	8,86	11,72	10,31
Castella - La Manxa (CM)	5,77	16,58	11,16
Catalunya (CT)	6,38	14,15	10,38
Comunitat Valenciana (VC)	7,38	13,33	10,42
Extremadura (EX)	5,37	12,13	8,78
Galícia (GA)	9,94	21,93	16,2
Madrid, Comunitat de (MD)	5,42	10,71	8,2
Múrcia, Regió de (MC)	8,19	12,16	10,18
Navarra, C. Foral de (NC)	8,37	13,02	10,72
País Basc (PV)	6,87	13,24	10,18
La Rioja (RI)	4,97	11,12	8,11
Ceuta (CE)	4,04	11,54	7,76
Melilla (ML)	2,55	11,99	7,29
Espanya (ES)	7,19	14,15	10,76

La prevalença significa que el trastorn està diagnosticat. Com en indicadors anteriors, en aquest cas veiem que la prevalença més alta relacionada amb el trastorn mental, si prenem la població general d'Espanya, es dona en les dones, amb un índex d'afectades del 14,15. Els homes afectats es redueixen a la meitat, amb una prevalença del 7,19.

La figura 3 mostra les diferències que hi ha entre comunitats autònomes i entre dones i homes. De nou les dades són reveladores i obliguen a aprofundir entre les diferències, que en alguns casos són abismals, per exemple, si es pren el Principat d'Astúries, les dones presenten una prevalença del 24,17, enfront dels homes, amb el 12,61, també el més alt de totes les comunitats autònomes. Li segueix Galícia: en el cas de les dones la prevalença és del 21,93 i per als homes, del 9,94.

Figura 3. Distribució per sexe i comunitat autònoma del percentatge de població adulta en risc de mala salut mental



Font: Encuesta Nacional de Salud. MSSSI/INE. Periodicitat: Dos/tres anys.

La diferència entre comunitats necessita una recerca en profunditat per a poder comparar els plans d'atenció, prevenció, l'organització de l'assistència, etcètera. Una vegada que les evidències estan presents és responsabilitat de tots els agents de la política i professionals buscar accions correctores que permetin millorar les estratègies de salut allà on la prevalença és més alta.

Activitats:

- Participació en l'elaboració del diagnòstic de salut aportant l'estudi de les condicions sociosanitàries, mediambientals i culturals de la població adscrita a la zona bàsica de salut.
- Aportació als programes de salut dels aspectes psicosocials que poden influir en el procés de la malaltia.
- Col·laboració a la programació, execució i avaluació dels programes de salut per mitjà del pla de treball.
- Elaboració d'estudis sobre la prestació del servei per millorar la seva qualitat i fer-lo més accessible. Els diferents resultats que es vagin obtenint hauran de difondre's pels canals habituals de literatura científica, revistes professionals.
- Participació en els projectes de recerca de tipus clínic, epidemiològic i social proposats a l'equip.

f) Funció de gestió clínica. Com que es tracta d'una unitat interdisciplinària i multidisciplinària, ha de ser tota la unitat la que assumeixi aquesta funció com a part del desenvolupament i prestació de serveis de salut mental.

La coordinació com a tècnica transversal estarà present en totes i cadascuna de les funcions. Cada professional del treball social sanitari serà l'enllaç entre l'equip i la comunitat. Aquest és un aspecte important per a optimitzar els recursos i desenvolupar actuacions que es duguin a terme en funció de la situació i problemàtica sociosanitària de la població dins de la mateixa institució, entre sectors i entre les diferents institucions.

Activitats:

- Informació als diferents col·lectius professionals de l'equip sanitari sobre els recursos socials i sanitaris públics i privats i la seva adequada utilització.
- Establiment de canals d'interconsulta permanent amb l'equip i altres àmbits.
- Participació en les reunions periòdiques d'avaluació i coordinació de l'equip.
- Establir els procediments i els protocols segons correspongui i dins d'aquests definir els serveis de treball social sanitari que s'han de prestar, incloent la definició dels seus processos, amb l'equip sanitari i amb institucions, organitzacions i associacions de la zona que treballin en la rehabilitació i inserció social de les persones afectades amb problemes de salut mental i les seves famílies. Recordem que un dels procediments per excel·lència del treball social sanitari en general, i en salut mental en particular, és el de la planificació de l'alta.
- Reunions de coordinació amb altres equips de treballadors socials sanitaris de la zona, tant d'atenció primària com d'especialitzada, per al seguiment de casos.

g) Funció de promoció de la salut. La promoció de la salut mental parteix del principi que totes les persones tenen necessitats de salut mental i no solament aquelles a les quals han estat diagnosticades condicions de salut mental. La promoció de la salut mental concerneix essencialment la realitat social en la qual tots se sentin compromesos amb el benestar mental.

La psicologia positiva s'interessa també per la salut mental i fins i tot hi és més propera que els tractaments psiquiàtrics. La *promoció de salut mental* és un terme que cobreix una varietat d'estratègies. Aquestes estratègies poden ser vistes des de tres dimensions:

Bibliografia reomendada

Dolors Colom Masfret (2011). *El treball social sanitari. Els procediments, els protocols i els processos*. Barcelona: Editorial UOC.

Bibliografia reomendada

Dolors Colom Masfret (2013). *La planificació de l'alta. Programa multidisciplinari per a la coordinació sociosanitària*. Barcelona: Editorial UOC.

1) **Dimensió individual.** Motivar els recursos propis de la persona per mitjà d'estímul en l'autoestima, la resolució dels propis conflictes, l'assertivitat en àrees com la paternitat, el treball o les relacions interpersonals.

2) **Dimensió comunitària.** Una creixent i cohesionada inclusió social, que desenvolupa les estructures d'ajuda que promouen la salut mental en els llocs de treball, estudi i a la ciutat.

3) **Dimensió oficial.** L'Estat de cada nació comprometès en plans que redueixin les barreres socioeconòmiques i promogui oportunitats en igualtat d'accés als serveis de salut pública per part dels ciutadans més vulnerables a aquest desordre.

9. L'entrevista social en salut mental

L'entrevista social en salut mental constitueix una de les principals eines del nostre treball. D'aquesta entrevista obtindrem la major part de la informació necessària per a elaborar el diagnòstic social i per al posterior abordatge terapèutic.

Comentarem aspectes que s'han de tenir en compte a l'hora de realitzar una entrevista:

- **Privadesa.** Procurarem que l'entrevista es realitzi en un despatx o en una habitació, això dependrà del lloc on es realitzi, però sempre tindrà lloc en un espai on es garanteixi la confidencialitat.
- **Confidencialitat.** Sol·licitarem a la persona afectada la seva opinió a l'hora de mantenir l'entrevista, si prefereix estar sola o per contra prefereix que estigui present algun membre de la família. Els assegurarem que el que en aquest espai es parli, es mantindrà en estricte «secret professional».
- **Comoditat.** Intentarem que l'espai sigui el més còmode possible, tant per a la persona afectada com per a nosaltres; procurarem no tenir objectes perillosos a l'abast de la persona afectada, com poden ser unes tisores o elements punxants.
- **Registre.** Els elements claus de l'entrevista, aquella informació que pugui resultar rellevant, s'ha de registrar i garantir tant la confidencialitat i privadesa, com restringir-hi l'accés.

Se'ns pot presentar la necessitat de valorar, al seu domicili, una persona amb un diagnòstic de malaltia o trastorn psiquiàtric, en fase aguda de la seva malaltia, no col·laborador amb el tractament i suspicax davant la nostra intervenció. En aquests moments sempre hem d'anar acompanyats d'un professional sanitari o social i, si es considera necessari, l'internament; llavors, comptant amb la no voluntarietat de la persona afectada, sol·licitarem la presència de les forces d'ordre públic, policia o guàrdia civil.

La durada de l'entrevista anirà en funció de la situació, però intentarem que no excedeixi d'una hora.

Si ens excedim en aquest temps tant l'entrevistador com l'entrevistat es poden cansar i no ser operativa l'entrevista.

L'entrevista pot ser oberta i dirigida o tancada, segons la situació que s'hagi tractat, l'espai i el grau de col·laboració de la persona afectada.

És aconsellable tenir preparada una entrevista semiestructurada, però deixar oberta la possibilitat que la persona afectada ens expliqui coses. Serà molt més enriquidor i ens aportarà més dades.

Intentarem tenir una actitud de respecte cap a la persona afectada i la seva situació, mostrant **cordialitat, empatia³, disposició assertiva, ordre, respecte i flexibilitat**.

Prendrem notes, sempre que la situació ho permeti. No es pot escriure en situacions que requereixen estar atents tant al contingut verbal de l'entrevista com a l'actitud no verbal.

Si tenim alumnes en pràctiques, ja siguin de grau de Treball Social, de postgrau de Treball social sanitari o residents de Medicina, sempre preguntarem al pacient si li importa que estiguin presents durant l'entrevista. És recomanable que no hi hagi més de dos terapeutes a la sala, és a dir, no més d'un acompanyant/observador a la consulta.

⁽³⁾Intentar posar-se en el lloc de l'altre, però amb una distància emocional i professional que ens permeti més tard establir amb la persona afectada i la seva família pautes per a un tractament.

10. Història del treball social sanitari en salut mental

És important saber realitzar una entrevista en salut mental i no és menys important registrar les dades obtingudes, així com l'elaboració del diagnòstic social i la planificació terapèutica. Registrar les dades no vol dir que el dispositiu sanitari en el qual desenvolupem la nostra labor professional disposi d'una història social al marge de la història clínica. Els membres dels equips de treball social sanitari hem de treballar i per tant registrar el nostre treball en el document d'història clínica, que serà el document únic de registre propi.

És important recollir les dades següents per a una posterior interpretació i elaboració del diagnòstic social sanitari:

- Qui ha enviat la persona afectada a la consulta?
- De qui prové la derivació?
- Qui ha identificat el problema?
- Qui ens demana ajuda?

Per diferents programes d'atenció del centre sanitari, protocol.

A sol·licitud de:

- La persona afectada
- La família
- El sanitari, metge, infermeres, etc.
- La xarxa comunitària informal, amics, veïns, etc.
- Organitzacions o serveis de la comunitat. Associacions de malalts, etc.
- Els serveis socials comunitaris.

10.1. Motiu de consulta

És important recollir el motiu tant per part de la persona que formula la demanda com de la persona afectada, és a dir, hem de conèixer el problema presentat i escoltat. Per a això pot ser important una interconsulta amb el professional sanitari que permeti contrastar opinions referents a la situació.

Cal recollir els antecedents sanitaris, les malalties passades i presents, a més del tractament pautat, i contrastar aquesta informació amb les dades de la història clínica i la informació i els informes que ens porta la persona afectada.

També s'han de recollir els antecedents sanitaris de la seva família d'origen i de la seva família actual.

Reflexió

Existeixen encara centres sanitaris on les unitats de treball social sanitari disposen de les seves pròpies històries de treball social sanitari. De cara al desenvolupament professional, i com a col·lectiu sanitari, no és aconsellable tenir documentació paral·lela, perdríem informació de forma bilateral, tant nosaltres, com la resta de professionals sanitaris que treballen amb la persona afectada.

Reflexió

No sempre el motiu de consulta coincidirà. A vegades, el motiu pel qual se sol·licita la nostra intervenció serà diferent en funció de cada professional, que pot tenir un objectiu concret respecte a la nostra intervenció i una visió determinada del problema de la persona afectada. I, per un altre costat, com veu la pròpia persona el seu problema o la seva situació. Ambdós motius són importants i els tindrem presents.

És important conèixer les malalties més importants de la família, ja que el factor biològic hi és present i, d'altra banda, saber les dificultats que pot tenir la persona afectada si hi ha una altra persona malalta a casa seva.

Exemple

En un pacient amb problemes de salut mental, per exemple una esquizofrènia, és molt important conèixer els seus antecedents familiars, oncle patern o matern, mare, pare, algun altre germà. Ja sabem que l'esquizofrènia és una malaltia amb un component orgànic important. Al mateix temps, també hem de saber si la seva parella o els seus fills sofreixen alguna malaltia, ja sigui psíquica o física, que els pugui general pèrdua d'autonomia.

S'han de recollir les dades següents:

- Dades de la personalitat de la persona afectada:
 - Expressivitat emocional.
 - Sociabilitat.
 - Trets obsessius, etc.
 - Inquietud, tremolor, rigidesa.
 - Confiança en si mateix.
 - Impulsivitat.
 - Autonomia.
 - Altruisme.
 - Capacitat de judici.

- Aparença i conducta:
 - Contacte, col·laboració.
 - Aspecte físic, higiene, roba.
 - Com camina, es mou, tremolors, etc.

- Llenguatge:
 - Discurs molt ràpid, lent, no parla.

- Pensaments:
 - Les seves idees, si són repetides, pobres, coherents, obsessives.

- Percepció:
 - Al·lucinacions, il·lusions, despersonalització.
 - Afectivitat.
 - Estat d'ànim.
 - Ansietat.
 - Appetit.
 - Somni.
 - Energia i interès per les coses.
 - Idees autolítiques, idees suïcides.

- Estat cognitiu:
 - Memòria, atenció i concentració i orientació en temps i espai.

- Consciència que té de la malaltia.
- Valoració sobre la informació que posseeix del funcionament dels serveis i sistemes públics.
- Valoració d'habilitats socials.
- Valoració del grau d'autonomia (limitacions físiques i psíquiques per a la realització de les AVD).
- Estudi de la unitat de convivència.
- Genograma.
- Estudi de les relacions convivencials (parella, gent gran, menors).
- Estudi dels recursos econòmics de la unitat familiar.
- Treball i ocupació.
- Educació i formació.
- Estudi de la situació de l'habitatge.
- Nivell de participació social.
- Valoració del grau d'acceptació social.
- Acceptació de la malaltia de la persona afectada i de la unitat familiar (cuidadora).
- Adhesió al tractament.
- Afectació de la malaltia en l'estil de vida.
- Valoració del consum de tòxics.
- Registre dels problemes sentits per la persona afectada.
- Registre del grau de minusvalidesa.
- Registre de valoració de la dependència.
- Registre d'incapacitat laboral i grau.
- Registre d'incapacitat judicial.

- Registre de voluntats anticipades.
- Registre de problemes relacionats amb la justícia.
- Registre d'esdeveniments vitals estressants.

Si l'entrevista la realitzem al domicili, haurem d'incidir en els punts següents:

- Anàlisi de la situació de dependència físicamental i social de la persona afectada.
- Anàlisi i estudi de les relacions en el seu entorn familiar i social.
- Estudi del grau d'autonomia per a la realització de les activitats de la vida diària.
- Estudi de la situació de convivència.
- Característiques del medi familiar.
- Rol de la persona afectada en el medi familiar.
- Estudi de les relacions de la persona afectada amb la família i els cuidadors (tipus, freqüència, grau de satisfacció).
- Registre de l'existència de cuidador o cuidadors.
- Valoració i estudi de les característiques de l'habitatge (barreres arquitectòniques, condicions d'habitabilitat, tinença).
- Valoració del grau d'angoixa i estrès dels cuidadors.
- Elaboració del diagnòstic social.
- Elaboració d'un pla d'intervenció social.
- Pautar visites domiciliàries de seguiment amb l'equip sanitari i els cuidadors.
- Pautar visites a domicili amb institucions de caràcter social i del tercer sector.
- Atenció social als problemes detectats.
- Fomentar l'autoestima de la persona afectada i dels cuidadors.
- Ajuda per a l'acceptació de les seves limitacions.
- Suport emocional.
- Facilitar la comunicació entre la persona afectada i el medi familiar.
- Afavorir la col·laboració de la família, els veïns i amics.
- Mobilització de recursos socials i sanitaris a domicili.
- Coordinació amb els serveis socials.
- Coordinació amb els diferents dispositius sanitaris tant de primària com especialitzada i socio-sanitaris.

Hem estudiat les funcions i activitats del treballador social sanitari en salut mental, sabem com realitzar una entrevista social en salut mental i la manera de registrar-la. Posem-ho en pràctica.

Cas pràctic A

Dona de 52 anys, alcohòlica, viu amb la seva parella de 55 anys en un petit poblet d'uns seixanta habitants. La relació de convivència és insuportable, defunció de la seva única filla als 17 anys. La derivació la realitza la treballadora social dels serveis

socials de la comarca en la qual viu i el motiu és la sortida de la pacient del nucli rural en el qual viu amb la seva parella; ella ha de sortir de la casa, és d'ell. Demana iniciar un estudi i tractament social per a la deshabitació de l'alcohol de la pacient.

Derivació de: treballadora social dels serveis socials comunitaris.

Demanda: tractament de deshabitació de l'alcohol.

Després de la informació que fins ara tenim de quines són les dades importants per registrar, elaboraríem un estudi dels hàbits d'alcohol a la família d'origen de la pacient, pare alcohòlic i un germà alcohòlic. La seva parella no consumeix alcohol, però hi ha una relació de parella basada en domini-submissió, poder-control, per part d'aquest, és a dir, hi ha una relació violenta entre tots dos. Si ho considerem necessari preguntarem, amb molt de tacte, sobre la defunció de la seva filla. Ara com ara disposem de dades com són l'alcoholisme de la pacient i els seus familiars, la relació violenta amb la seva parella i la defunció de forma traumàtica de la seva filla.

Planificació terapèutica I:

- Establir l'enllaç terapèutic amb la Maribel.
- Psicobiografia.
- Història psicosocial amb l'alcohol. Antecedents d'alcohol a la família.
- Estudi de la relació de parella.
- Cerca d'habitatge protegit.
- Estudi de la situació laboral i econòmica.

Sabem que l'entrevista és complicada, no coneixem l'estat de deterioració psicològica de la pacient.

En la primera entrevista amb la pacient, aquesta es mostra expectant, a la defensiva, molt crítica amb la nostra possible intervenció, per la qual cosa serem amables i li oferirem ajuda per a iniciar el suport psicosocial en la deshabitació de l'alcohol i li proposarem coordinar-nos i donar-li suport en la cerca d'habitatge. Iniciem la relació **terapeuta-pacient**, cal treballar constantment aquest vincle. Deixarem que s'expliqui, sense cap objectiu terapèutic, solament per afermar la relació de confiança.

En la segona entrevista, està més tranquil·la, fem la seva **psicobiografia**, els records que tingui des de la seva infantesa, la relació amb els seus germans, les amigues, les parelles, la filla i com l'alcohol ha interferit i format part de la seva vida. Ella comenta durant l'entrevista que el seu pare i el seu germà són alcohòlics, ella ha conviscut sempre amb l'alcohol; amb la seva primera parella, el seu marit, tenia un bar, ja llavors bevia, no com ara; es va separar del seu marit i se'n va anar a viure amb l'actual parella, el va conèixer en el bar on ella treballava, se'n va anar amb ell i se'n va endur la seva filla. Parla molt malament de la seva parella, li plantejem què és el que més la preocupa ara, insisteix en la relació amb la seva parella, és violenta en la seva expressivitat cap a ell, diu que li fa fàstic.

En successives entrevistes seguim establint amb ella la relació de confiança, parla de la quantitat d'alcohol i el tipus d'alcohol que pren diàriament, en una de les entrevistes ha begut; explica que la seva filla no va morir en accident de trànsit com ella va comentar, sinó que es va suïcidar, es va penjar a la casa en la qual viu amb l'actual parella, plora la mort de la seva filla, ja fa cinc anys; no suporta el dolor, ningú pot anomenar la seva filla.

Afegirem altres dos ítems més a la nostra **planificació terapèutica**:

- Suport en la resolució de dol pel suïcidi de la seva filla.
- Coordinació amb el psiquiatra.

Ella té una invalidesa per treballar de la Seguretat Social, és una invalidesa total per a la seva professió habitual, té molt pocs diners, diu que no pot viure amb aquesta quantitat, 400 euros. Des dels serveis socials comunitaris l'ajuden a trobar un habitatge de lloguer, és molt còmode i econòmic; tan sols han de deixar que la seva propietària hi pugui entrar durant un dia o unes hores, quan hagi de fer algun encàrrec a la ciutat; ella accepta i surt de l'habitatge de la seva parella; passa el temps, però ella, encara que més tranquil·la, no està millor, no deixa de prendre alcohol.

Intentem en les entrevistes següents seguir escoltant, **escolta terapèutica**, i insistim en el suport per al tractament de la deshabitació de l'alcohol, li proposem juntament amb el psiquiatre l'ingrés per començar un tractament. Accepta, després d'uns mesos.

Arriba a l'hospital de referència, es nega a ingressar-hi quan veu la planta de curta estada, no accepta l'ingrés, ens acusa (com hem pogut fer-li això!). Insistim, tant el psiquiatre com jo, que és el lloc del que disposem per dur a terme la desintoxicació. Ella assenteix i demana que mai més l'enviem a aquest lloc.

La pacient se situa en la comprensió ràpida de la situació per no perdre el **vincl** **pacient-terapeuta** que té amb nosaltres, ve a la consulta cada setmana, és l'únic espai del que disposa per parlar de la seva vida, el problema amb la seva parella, l'alcohol, la defunció de la seva filla.

Durant un any, roman al domicili que li han llogat, però s'enfada amb les propietàries i la fan fora del pis; torna amb la seva parella, des de llavors l'assumpte ha empitjorat, ja que existeix una relació patològica de dependència amb aquest home i al mateix temps de maltractament. Ella segueix bevent.

Planificació terapèutica II:

- Suport psicosocial, emocional, escolta empàtica.
- Nou domicili protegit.
- Treball o activitat per a relacionar-se.

Després de diverses entrevistes amb la pacient, aquesta segueix bevent. Treballem la importància que visqui sola i tranquil·la si és que vol poder abandonar el consum de l'alcohol de forma ambulatoria. La relació amb la seva parella és molt violenta, amb tracte vexatori, humiliant, ella pateix. Ell, militar retirat, ve a veure'ns i ens diu que la Maribel està molt malalta i que la traguem de la seva casa.

Li proposem a la pacient sol·licitar un habitatge protegit per ser dona víctima de violència de gènere, per mitjà de l'Institut de la Dona. Li explico que per a això no cal posar denúncia a la seva parella; ella no el vol denunciar, accepta l'acord, però posa límits en el temps, diu que no sap què fer amb els seus mobles, la roba, etc., s'evidencia la dependència, **personalitat dependent**.

Tampoc va a cap activitat de les quals se l'ha informat i orientat; aïllament social, no es vol relacionar.

Ara com ara seguim mantenint una relació terapèutica amb la pacient, encara no s'ha aconseguit cap objectiu terapèutic amb ella, solament establir relació terapèutica; ara com ara haurem de seguir així.

Són molts els casos i les situacions amb persones afectades amb les quals aconseguir un objectiu marcat és molt costós en el temps, en ocasions se n'aconsegueix un i més tard es fa marxa enrere, però els equips de treball social sanitari som un recurs més per l'atenció que podem oferir a les persones afectades que atenem. És així en aquest cas, suport emocional, escolta terapèutica, informació i orientació de recursos, confrontació o en ocasions suport o acompanyament en el seu projecte de vida, presa de decisions.

Aquesta és una diferència important que ens situa en una altra perspectiva respecte als equips de treball social dels recursos comunitaris, per part nostra no manegem directament els recursos socials, sabem amb quins recursos comptem, en coneixem la utilitat, com gestionar-los, però el recurs social principal en salut mental som els equips de treball social sanitari.

11. Models aplicats al tractament social en salut mental. El mètode bàsic en el treball social sanitari de cas, el *casework*

Partim d'una important quantitat d'informació procedent de les respostes a les entrevistes que hem mantingut amb la persona afectada, els familiars i l'entorn. És possible que fins i tot hàgim realitzat una visita al domicili, ara hem de garantir que aquesta informació que tenim és veraç per començar a elaborar el **diagnòstic social sanitari**.

Abans de l'elaboració del diagnòstic haurem d'entendre que cada persona presentarà unes vivències i una forma de sentir la seva malaltia, i com ella, també la seva família i l'entorn. El diagnòstic, i per tant el pla d'intervenció que marquem amb la persona afectada, estarà carregat de la particularitat d'ella i de cada professional. Intentarem que cada intervenció que marquem i cada entrevista que fem no estigui carregada de les nostres subjectivitats i els nostres prejudicis.

Què fem ara amb tota aquesta informació? Primer hem de conèixer quin és el diagnòstic mèdic i el seu pronòstic, i amb aquesta informació estudiarem i analitzarem com interfereix i afecta en l'estil de vida de la persona, en les seves relacions socials, en el seu treball, amb la seva parella, és a dir, en la vida.

Estudiarem com l'afecta la malaltia, però també com se sent, què pensa, quines són les seves pors davant la malaltia i com se situa amb els seus valors i les seves creences davant el fet d'emmalaltir, tant ell com el seu entorn. Hem de pensar en la unitat de la persona, tenint en compte l'aspecte biològic, psicològic i social, però no hem d'oblidar-nos de l'espiritualitat. La manera de sentir i viure el procés de salut i malaltia de cada persona va en funció de les seves creences, valors, maneres de pensar, de sentir i d'afrontar en definitiva els esdeveniments vitals que es vagin desenvolupant al llarg de la seva vida.

Hem parlat de l'estudi de la situació, l'elaboració del diagnòstic social i fins i tot de la planificació de la nostra intervenció, anem construint el **mètode bàsic en treball social sanitari individual**, el *casework*.

La interpretació que el treballador social sanitari fa després de l'estudi i l'anàlisi de les dades obtingudes en les entrevistes i visites és el que anomenem **diagnòstic social**.

El diagnòstic social sanitari ha de ser ferm, concís i no donar lloc a altres interpretacions. Haurem de poder justificar i defensar el judici emès en qualsevol moment, però tenint present el concepte temps: cada esdeveniment vital i problema dependrà del moment en el qual es desenvolupin els fets, això és **temporalitzar**. En l'estudi, el diagnòstic i la planificació de les nostres intervencions haurem de marcar els diferents objectius en el temps. Haurem de comptar amb la **xarxa de suport social, formal i informal**, amb la qual compta la persona afectada i la capacitat de resposta de l'entorn per a, d'aquesta manera, pactar els objectius i establir el pla terapèutic. Els objectius terapèutics en el temps els marcarem a curt, mitjà i llarg termini.

Reflexió

Tindrem en compte el medi en el qual es trobi el pacient. No és el mateix atendre un pacient que viu en una ciutat gran on hi hagi serveis que donin resposta a les necessitats detectades i plantejades per l'individu, que un cas que es desenvolupi en el medi rural, on amb gairebé tota probabilitat, depenent de la distància en quilòmetres a la que es trobi del centre urbà i els mitjans per desplaçar-se, no disposarem de recursos per a resoldre i orientar la situació en la mateixa mesura.

Cas pràctic B

Rachid, jove de 24 anys, immigrant, el seu país d'origen és el Marroc; fa uns tres anys va venir a Espanya, viu amb el seu germà, la seva cunyada i dos fills d'aquests; no té parella, el seu projecte vital se centra a treballar i enviar diners als seus pares; treballa a la construcció, ara està de baixa laboral, però d'aquí a un mes se li acaba el contracte de treball.

Fa uns mesos va començar a sentir-se malament, sent sorolls, veus, no pot dormir, tremola constantment, no té gana, menja per a sobreviure, i perquè insisteix la seva família, fuma constantment, se sent malalt.

La seva metgessa de família l'ha derivat al seu psiquiatre de referència, qui té consulta dos dies per setmana al centre de salut. Viu en un poble d'uns 450 habitants, el nucli urbà més proper dista quaranta quilòmetres del lloc on resideix. Amb prou feines surt de casa, de vegades passeja pel poble ell sol, no parla amb ningú.

Desenvoluparem les diferents fases del mètode bàsic en el supòsit pràctic:

- Abordarem l'estudi social per a la identificació dels problemes i la posterior emissió del diagnòstic social.
- Professional que ens planteja la demanda: el seu metge de família.
- Demanda que ens planteja: informació i suport en l'àmbit laboral.
- Citem a la consulta del centre d'atenció primària el pacient, entrevista.

Començarem l'entrevista presentant-nos, ja hem estudiat que el tracte ha de ser amable, de respecte, intentarem mostrar empatia en la mesura que puguem amb el pacient.

Podem iniciar l'entrevista amb unes preguntes senzilles, obertes i que disposin el pacient a explicar-nos coses.

A manera d'exemple:

- Com et sents?
- Com et van les coses per casa?
- Com estàs d'ànim?

En aquest cas, el pacient amb prou feines diu res, la seva mirada és fixa, somriu, es mostra amable.

Rachid: Em sento malament, no dormo.

Treballadora social sanitària (TSS): Ha passat alguna cosa últimament que et preocupi?

Rachid: No.

TSS: Per què et sents malament?

Rachid: No ho sé.

TSS: Què és el que més et preocupa en aquest moment?

Rachid: Els sorolls.

Mostra dificultat en l'idioma, està rígid, segueix amb la mirada fixa en l'entrevistadora.

TSS: M'ha comentat la teva metgessa que vius amb el teu germà.

Rachid: Sí.

TSS: Com va la relació amb el teu germà i la seva família?

Rachid: Bé.

TSS: I la feina?

Rachid: No treballo, els sorolls...

TSS: L'hi has comentat al psiquiatre?

Rachid: Sí.

TSS: T'ha donat medicació?

Rachid: Sí.

TSS: Te la prens?

Rachid: Sí.

TSS: Com et senta?

Rachid: Segueixen els sorolls, més a la nit.

TSS: El teu germà o la teva cunyada parlen espanyol?

Rachid: Sí.

TSS: T'importaria que parli amb ells?

Rachid: Clar que no.

Ens acomiadem del pacient, li dono una nova cita, però abans comprovo la seva adreça i telèfon i li demano els telèfons dels seus familiars. Li comento que telefonaré al seu germà per entrevistar-lo, li comento la importància que coneguem l'opinió de la família. El pacient accepta.

Què podem valorar a la primera entrevista? Amb les dades que tenim, què pensem de la situació?

- Identificació de problemes:
 - Pacient que pateix patologia psicòtica, amb important sofriment.
 - Dificultat en la comunicació per desconeixement de l'idioma.
 - Escassa xarxa de suport formal.
 - Pacient en risc d'exclusió social.

Ara com ara tenim una primera impressió diagnòstica, coneixem l'estigmatització de la malaltia i com al pacient l'està limitant en les seves capacitats intel·lectuals i en les seves habilitats socials, a més és una persona immigrant amb dificultat en l'idioma, també sabem que se sent malament. Necessitem més dades. A la demanda que ens han fet, ara com ara, no li podem donar una altra resposta. Començarem a planificar la nostra actuació pel que fa al diagnòstic. Ara com ara, entrevista amb la seva família i coordinació amb el seu psiquiatre.

Segona entrevista amb Rachid:

En aquesta ocasió està acompanyat del seu germà, qui parla espanyol perfectament. Salutació primera al pacient i després em presento al seu germà.

Comencem l'entrevista:

TSS: Com van les coses per casa?

Germà: Les coses van malament, en Rachid no dorm a la nit, amb prou feines parla, només fuma, no fa res ni a casa, ni fora de casa, de vegades surt a fer un volt pel poble, però ve de seguida a casa.

TSS: I com estan els ànims de tota la família a casa amb aquest problema?

Germà: Bastant intranquils, la meva dona treballa fora de casa, cuida un ancià al poble i quan torna a casa està tot per fer i en Rachid, fumant.

TSS: Què en saben de la malaltia d'en Rachid? Han parlat amb el seu psiquiatre? Al Marroc ja estava malalt? Hi ha algú de la família que estigui malalt com en Rachid?

Germà: Sí. He parlat amb el psiquiatre, al Marroc el meu germà estava bé, era un noi normal, a la meva família no hi ha ningú malalt.

TSS: Com era la seva professió? A què es dedicava?

Germà: Pintava taules daurades, escrits de l'Alcorà.

TSS: Era artista! Aquí a què es dedica, com és la seva situació laboral?

Germà: Va venir fa uns tres anys, jo li vaig aconseguir feina a la construcció, està treballant amb mi. Ell estava bé abans, és ara, tot va malament.

TSS: I la seva situació laboral?

Germà: D'aquí a un mes se li acaba el contracte, ara està de baixa laboral, crec que no podrà treballar mai.

TSS: La malaltia d'en Rachid està en un moment de fase aguda, estarà bé que parlem amb el psiquiatre.

Germà: Bé, correcte, però què passarà amb en Rachid?

TSS: De vegades, la malaltia ens limita i condiciona a la vida per treballar, relacionar-nos, és bo que en Rachid es relacioni i estigui a prop de terapeutes que l'acompanyin en el seu procés de la malaltia, no solament és la medicació la que l'ajudarà, el tractament s'ha de completar amb la realització d'alguna activitat.

Germà: Però al poble no hi ha res.

TSS: Estaria bé que en Rachid anés a classes d'aprenentatge d'idioma, d'espanyol, què et sembla Rachid?

Rachid: Bé, aniré a classe.

L'entrevista amb el seu germà ens confirma el grau de malestar del pacient i de la família, i l'absència de suport formal, a excepció de la que se li està donant des del centre de salut.

Planificació terapèutica a curt i mitjà termini I:

Coordinació amb el seu psiquiatre:

- Estudi de la **situació laboral**, valorar la possibilitat que pugui tornar a treballar, esbrinar el temps treballat.
- Estudi de la situació administrativa, permís de residència i de treball.
- Valorar la petició del centre de dia psiquiàtric.

Després de coordinació amb el psiquiatre, aquest ens comenta que ja al Marroc va estar malalt, la seva cunyada li va portar un informe, encara que el seu germà no accepta que en Rachid estigui malalt. Sabem que els símptomes de les diferents malalties tenen diferent significat segons la cultura d'on provenguin. Al Marroc, el concepte de la màgia és alguna cosa molt habitual. La família i el germà d'en Rachid pensen que aquest passa per un estat màgic o d'encantament i que és passatger.

Durant la conversa amb el psiquiatre comentem que, ara com ara, i durant un llarg període de temps, estaria bé que el pacient segueixi amb el tractament i acudeixi al centre de dia com li plantejo. Mentre, la família sol·licita l'informe de la vida laboral. Nova cita. Com que no venen a dues cites, els truco per acordar una visita a domicili.

Tercera entrevista amb el pacient i la seva cunyada:

TSS: Hola, Rachid, com estàs avui? Teniu una casa molt acollidora.

Rachid: No estic bé. Estic aprenent espanyol.

TSS: Què bé! Jo també tinc notícies referent al transport perquè vagis al centre de dia. Hi ha una plaça al transport col·lectiu de la comarca i hi podràs anar diàriament per continuar amb el tractament.

Rachid: És molt aviat, no vull sortir.

Cunyada: És necessari per a tots que surtis de casa, que facis alguna activitat, t'anirà bé, hem comprovat el seu temps treballat a Espanya, són dos anys i mig, el contracte es va acabar ahir. I ara? Com menjarà en Rachid, si no té diners?

TSS: Si en Rachid inicia el tractament rehabilitador seguirà estant de baixa laboral, a més, té dret a percebre prestació per desocupació; després, si continua la baixa, ell seguirà percebent la seva prestació econòmica. No té el temps suficient treballat com per a poder sol·licitar una incapacitat laboral, per la qual cosa, si estan d'acord,

demanarem un informe al seu psiquiatre i així poder sol·licitar el reconeixement de minusvalidesa.

Rachid: Bé, el que tu diguis.

Cunyada: Bé, així ho farem.

Ara com ara es van complint els objectius terapèutics, el pacient accepta anar a rehabilitació. Cal tenir en compte que la distància és d'uns quaranta quilòmetres, però ara com ara ho accepta.

El domicili estava cuidat, amb decoració típica àrab, reuneix condicions d'habitabilitat.

Segueix de baixa laboral.

Planificació terapèutica, a mitjà i llarg termini II:

- Sol·licitud de centre de dia psiquiàtric per afavorir la reinserció social.
- Elaboració de l'informe social per a la sol·licitud de centre de dia.
- Reconeixement de minusvalidesa.
- Coordinació amb el centre de dia per a informar i establir pautes d'intervenció amb el pacient.
- Seguiment individual del cas, per a suport emocional, orientació, informació, suport en la resolució de conflictes.
- Reforçar el suport familiar, per a evitar la claudicació familiar.

Diagnòstic social sanitari: «Pacient amb important pèrdua d'autonomia per dèficit psíquic. Col·laborador amb el tractament. Adequat suport familiar. Pacient en risc d'exclusió social per aïllament social i dificultat amb l'idioma. Actuem en les esferes de suport social, emocional i reconeixement de dèficits».

Tractament social sanitari: Amb el tractament social, buscarem disminuir les situacions de desavantatge o discapacitat detectades, i proporcionarem els suports i el suport social necessaris per a millorar la seva adaptació social i afavorir la seva reinserció a la comunitat. Així, gestionem el suport social.

Suport social és la intervenció que consisteix a animar a les persones o grups a vèncer les dificultats, a mantenir l'equilibri personal o familiar. Pot ser de diversos tipus:

- Suport emocional. Mitjançant l'escolta, empatia i disponibilitat intentarem aclarir situacions amb el pacient en relació amb ell mateix, els seus sentiments i les seves emocions i amb el medi en el qual viu.
- Suport instrumental. Ajudes en béns i serveis.
- Suport informatiu. Consisteix a proporcionar informació útil per a millorar el fet d'afrontar els problemes que sorgeixin durant el procés de malaltia.
- Suport avaluatiu. Fer repàs amb el pacient dels canvis que es van produint en el seu procés vital.

El suport es pot realitzar mitjançant intervencions directes, com:

- Aclarir.
- Informar.
- Persuadir.
- Posar límits.
- Creació de noves oportunitats.
- Estructuració d'objectius i tasques amb el pacient, organitzades en el temps.

Seguiment: Intentarem assegurar la continuïtat assistencial des dels serveis sanitaris i dels que utilitzi el pacient per a complir els objectius marcats en el pla terapèutic.

Avaluació: La reformulació diagnòstica i del pla d'intervenció es farà en cada fase cronològica sobre els objectius marcats, revisant la documentació, el sistema de registre i aplicant els criteris de qualitat del servei.

Hem vist les diferents fases del mètode bàsic:

- Identificació dels problemes.
- Estudi social sanitari.

- Diagnòstic social sanitari.
- Planificació terapèutica.
- Tractament social.
- Seguiment.
- Avaluació.

Podem basar el nostre treball en diferents **instruments i escales**, que es poden utilitzar de manera transversal en totes les seves fases:

- Història del treball social sanitari.
- Escales com GHQ, SPQ, Gijón, Lawtn i Brody, Zarit, Delta, Barber, Barthel, DAS.
- Sol·licitud de col·laboració.
- Informes de treball social sanitari.
- Informe de coordinació i continuïtat assistencial.
- Coordinació intersectorial entre els serveis sanitaris i socials.

12. Els recursos de treball social sanitari en salut mental i la seva aplicació. Intervencions psicològiques en el treball social sanitari en salut mental

Principalment, es poden diferenciar dos tipus d'intervencions psicològiques: les individuals, amb terapeuta i persona afectada; i les grupals, amb terapeuta i diverses persones afectades. També es poden distingir per les tècniques o els objectius que es proposen. Els tractaments psicosocials poden ser dirigits per diferents professionals de les ciències de la salut, que poden ser psiquiatres, psicòlegs i, per descomptat, treballadors socials sanitaris formats per a aplicar aquest tipus de tractaments.

És important incidir que aquestes tècniques psicosocials són complementàries a qualsevol altra, inclosa la teràpia farmacològica. És a dir, formen part del tractament integral i a més la seva indicació s'ha d'individualitzar en cada cas i a cada moment evolutiu de la malaltia.

Les teràpies de rehabilitació psicosocial pretenen facilitar la reincorporació de cada pacient a la seva forma de vida, o ajudar-lo en l'adaptació a la seva nova situació en relació amb el moment en què es troba en el seu projecte vital. Poden variar des d'intervencions no estructurades, on es reuneixi un grup de persones afectades per a millorar el seu grau de socialització, fins a tècniques protocolitzades en les quals es treballin aspectes concrets o objectius terapèutics que ens marcarem.

Entre les modalitats de tractaments psicosocials diferenciarem els següents:

a) La **psicoeducació**. Consisteix en una sèrie de principis com el de proporcionar la informació estructurada i actualitzada sobre la malaltia, l'assessorament i la millora en la resolució de problemes, la millora en la comunicació familiar, la intervenció sobre el compliment terapèutic i els consells sobre com conviure amb la malaltia i els seus símptomes, tant per a les persones afectades com per als seus familiars. A continuació, esmentaré alguna estratègia psicològica. Per a afrontar alguna situació crítica o de tensió se'ls pot recomanar que practiquin el seu *hobby* favorit, que surtin a passejar o parlar amb amics, llegir, utilitzar alguna tècnica de relaxació, escoltar música, veure una pel·lícula, etc.

b) La **teràpia familiar**. Pot ajudar a reduir l'anomenada emoció expressada, comentaris crítics sobre involucració, hostilitat, ira, culpa, etc. i millorar el funcionament social i familiar de la persona afectada. Propulsors d'aquesta tècnica, com el doctor Julian Leff, indiquen les baixes taxes d'ingressos de les persones afectades que viuen en ambients amb baixa intensitat d'emoció expressada. Els dos abordatges citats s'han demostrat eficaços per a disminuir

el nombre de recaigudes i per tant de reingressos. També són vàlids per a disminuir el grau d'emoció expressada i útils per a crear una aliança terapèutica entre persona afectada, família i equip assistencial.

c) **L'entrenament en habilitats socials.** És bàsic. En malalties com l'esquizofrènia, que se sol iniciar al final de l'adolescència o a l'inici de la vida adulta, es produeix una repercussió en totes les esferes de la vida en un moment clau d'aprenentatge i assentament dels vincles afectius i professionals. Part del treball de la psicoteràpia s'ha de centrar a entrenar les habilitats socials interpersonals. Entre elles destaquen tres aspectes fonamentals:

- Habilitats en les activitats de la vida diària, per a guanyar la màxima autonomia personal en les tasques bàsiques de la vida, com el maneig del temps lliure, buscar treball, manejar els diners, l'aspecte personal, la neteja i la higiene, etc.
- Habilitats socials i resolució de problemes, per a millorar el grau d'interacció social, centrant-se, entre altres, en l'expressió i comprensió adequada de les emocions, la millora de l'empatia, aprendre a mirar als ulls quan es parla amb algú o a modular la gesticulació i l'expressió facial.
- Percepció social, que recull l'interessant concepte de la teoria de la ment, propugnat pel doctor Frith, qui incideix en el «reconeixement del contingut emocional i afectiu en les relacions interpersonals», en certa manera de les intencions dels altres, del que sentim més enllà del que se'ns diu amb les paraules.

L'entrenament en habilitats socials s'ha mostrat eficaç en la resolució de símptomes negatius i en la millora del funcionament psicosocial. Igual que en la qualitat de vida, hi ha dubtes sobre la seva durada en el temps una vegada cessades les teràpies.

d) **La rehabilitació vocacional.** Consisteix en ajudar a interpretar i dirigir, si cal, l'activitat laboral de la persona afectada. Es basa en la planificació optimitzada de les activitats diàries personals i els projectes vitals d'acord amb les possibilitats reals de cadascú. És intentar aconseguir un treball o una ocupació dins de la xarxa normalitzada, és a dir, no un treball protegit, sinó amb una dinàmica laboral dins del mercat de treball ordinari. Per a aquesta tècnica cal saber els gustos de la persona afectada, valorar els efectes negatius de la malaltia i realitzar un seguiment terapèutic molt de prop.

e) **La teràpia cognitivoconductual.** Centra el seu enfocament en l'experiència subjectiva de la persona afectada i en com intentar modificar les seves creences sobre la naturalesa de les seves experiències. S'identifiquen els problemes concrets i es plantegen tècniques per a afrontar-los i millorar-ne la comprensió. Es treballa també l'afectivitat, la baixa autoestima i la discapacitat social.

f) **La rehabilitació cognitiva o neuropsicologia.** És una tècnica nova propugnada per l'equip del doctor Brenner; queda, però, per determinar amb estudis la seva eficàcia. S'ha descobert com alguns dels dèficits cognitius estan relacionats amb els períodes de psicosis o de distorsió de la realitat, mentre que altres no es relacionen amb aquests episodis i són permanents en l'individu. Consisteix en una teràpia individualitzada que es focalitza en les alteracions cognitives fonamentals. La base d'aquesta tècnica són programes exercits per a millorar les anomenades funcions executives, com alteracions en l'atenció, capacitat d'abstracció, la memòria, etc., i programes amb exercicis encaminats a la identificació i a la millora d'aquestes alteracions.

Hi ha un ampli ventall de teories i models de tractament en el treball social, i hi ha moltes superposicions entre ells, de fet en la pràctica no existeixen grans diferències entre els uns i els altres, però sí en la teoria. Els models que aplicarem estaran en funció de la forma de treball i el punt de vista del professional.

L'important no és el model d'intervenció que seguim, el realment important és efectuar un gran procés d'estudi i anàlisi dels casos.

Els diferents models aplicats al treball social sanitari:

- Model de teràpia familiar.
- Model d'intervenció en crisi.
- Model de planificació a curt termini.
- Model de tasques orientades al tractament.

Charlotte Towle, el 1969, va definir quatre models de treball social de cas:

- Model funcional.
- Model *problem-solving*.
- Model de modificació de conducta.
- Model psicosocial.

Hi ha altres models, com el sistèmic, el de xarxes, centrat en la tasca, etc., però el que és comú de tots ells és l'anàlisi detallada dels casos i dels problemes.

Marc ampli per a l'acompliment

Limitar-nos a un model o una tècnica delimitaria molt la nostra intervenció i per tant la nostra eficàcia professional, considerar-les totes conforma un marc més ampli per a desenvolupar la nostra obstinació professional.

13. Aspectes jurídics i legals en la malaltia mental

Totes les persones tenim dret d'exercir la nostra llibertat i per tant som lliures de decidir si volem ser tractats o no i de triar el tipus de tractament en el nostre procés de malaltia. Però existeixen situacions, així ho recull la llei, i alguns supòsits legals en els quals es pot coartar aquest dret constitucional, quan existeix risc per a la salut i la vida de la persona i de tercers, ja sigui per salut física, per risc per a la salut pública o per malaltia psíquica.

El Consell d'Europa, en *el seu Llibre blanc*, proposa una sèrie de criteris d'internament involuntari en els quals diu que ha d'existir un trastorn mental greu i que aquest representi un seriós perill per a la persona afectada o altres persones, sense que altres mesures menys traumàtiques siguin viables.

Des de la seva entrada en vigor al gener de 2001, aquest fet està regulat a Espanya per la Llei d'enjudiciament civil, a l'article 763. Sempre caldrà una autorització judicial prèvia per a realitzar un **internament involuntari**, excepte en els casos o situacions d'urgència. En aquestes situacions, sempre s'ha de comunicar al jutjat de guàrdia en les vint-i-quatre hores següents a l'ingrés. El jutjat ha de donar resposta en el termini màxim de setanta-dues hores després de l'internament. En aquest termini de temps el jutjat, mitjançant el Ministeri Fiscal, podrà entrevistar l'afectat i qualsevol altra persona que estimi oportú, així com assegurar el dictamen facultatiu del psiquiatre responsable. Després de la ratificació de l'internament involuntari, els equips de facultatius hauran d'informar periòdicament de l'estat de salut de la persona afectada i la necessitat de continuar amb l'ingrés, a més d'informar al moment de l'alta hospitalària.

Després de comprovar la necessitat d'ingrés, per existir greu risc per a la seva salut o de la d'alguna altra persona, i la falta de col·laboració de la persona afectada, es precisarà un informe o ordre mèdic i, ja que l'ingrés sanitari és un acte mèdic, se sol·licitarà una ambulància per realitzar el trasllat, tenint en compte que hi ha unitats especials per a realitzar aquest tipus d'ingressos, i si cal, se sol·licitarà suport a les forces d'ordre públic i seguretat de l'estat, policia o guàrdia civil.

Si es considera que l'estat de la persona afectada requereix valoració, però no es tracta d'una urgència i ell no es mostra col·laborador o es nega a anar a la consulta, podem preparar un informe i sol·licitar al jutjat corresponent l'ordre d'internament o autorització judicial.

Reflexió

Sempre intentarem convèncer i persuadir la persona afectada perquè acudeixi a urgències del seu centre de salut mental de referència o hospital més proper, ja que un ingrés d'aquestes característiques és molt violent i traumàtic per la persona afectada.

Podem elaborar un informe sociosanitari, en el qual consti la necessitat de valoració de la persona afectada i remetre'l al jutjat, per la qual cosa no cal un volant o un comunicat mèdic, ja que com a professionals que som podem emetre aquests informes, sempre ben documentats.

13.1. La incapacitat judicial

Davant determinades situacions i persones que no puguin governar la seva conducta fins al punt de posar-se en perill a si mateixos o els seus béns, es pot optar per sol·licitar una incapacitat judicial. Aquesta és una **mesura de protecció per a la persona afectada** i no s'ha de contemplar com un càstig. Hi ha d'haver una sentència judicial sobre aquest tema, i els nostres informes són vinculants per a la petició d'aquesta mesura judicial. Es nomenarà **un tutor legal**, que pot ser un familiar o una persona jurídica, com pot ser l'Administració o una fundació que contempli aquesta mesura de protecció, o fins i tot una associació d'afectats. Cada comunitat autònoma i fins i tot cada província té articulat el procediment i l'organització o institució que desentelará la funció de tutoria.

Són el Codi Civil, en els articles 199 i 200, i la Llei d'enjudiciament civil, en els articles 756 a 762, els que regulen aquest procediment.

Aquest és un procediment lent, però en ocasions necessari com a mesura de protecció.

Existeix la possibilitat de sol·licitar al sistema judicial una incapacitat judicial, amb nomenament de tutor legal, o una **curatela**, encara que aquesta representa una **incapacitat judicial parcial**, que habitualment solament se sol·licitarà quan s'hagin de protegir i administrar els béns de la persona afectada, tant béns mobles com immobles, pensions, pisos, terres; en aquest cas, la figura de protecció és la de **curador legal** i no la de tutor.

La persona amb responsabilitat de tutora legal haurà de presentar anualment al Ministeri Fiscal un balanç d'ingressos i despeses dels béns i diners de la persona afectada.

Hi ha altres mesures legals, quant a l'esterilització de dones, per exemple, en dones amb discapacitat intel·lectual greu; també es pot sol·licitar una petició d'ingrés en centres per a persones grans dependents, per exemple en persones amb demència senil avançada. Aquestes mesures solen ser anteriors a la incapacitat judicial, a més de ser processos més ràpids en el temps.

Quant a l'esterilització:

Recomanació

Es recomana verificar sempre la legislació vigent perquè el Codi civil es pot haver modificat.

«No serà punible l'esterilització de persona incapacitada que emmalalteixi de greu deficiència psíquica quan aquella, prenent-se com a criteri rector el de més interès de l'incapaç hagi estat autoritzada pel jutge, bé pel mateix procediment d'incapacitació, bé en un expedient de jurisdicció voluntària, tramitat amb posterioritat al mateix, a petició del representant legal de l'incapaç, oit dictamen de dos especialistes, el Ministeri Fiscal i prèvia exploració de l'incapaç».

Article 156 del Codi Civil.

Altres situacions legals:

- El testament. Regit per l'article 45 del Codi Civil, segons el qual si una persona realitza un testament sense comprendre l'abast dels seus actes, aquest no serà vàlid.
- Igualment, el matrimoni. L'article 663 del Codi Civil fa referència a la nul·litat: si la persona no és capaç de conèixer l'abast d'aquest fet, no serà vàlid legalment.
- Poden sorgir altres problemes que no es troben regulats legalment, com la conducció de vehicles i maquinàries, o el permís d'armes. No hi ha jurisprudència sobre aquest tema, però poden ser objecte de conflictes o peticions judicials mitjançant informes sociosanitaris.

Un altre assumpte legal, que sí que està regulat i actualment en procés de canvi, és la **interrupció de l'embaràs**. Dins dels supòsits legals, existeix la possibilitat de la interrupció de l'embaràs quan aquest pugui suposar un risc per a la salut física o psíquica de la dona. Igual que en la resta de dones, la situació d'afrontament de la maternitat ha d'incloure una comprensió clara de les responsabilitats i obligacions que es contreen a l'hora de tenir un fill i la previsió de cobertura de les necessitats que aquest precisi. En dones malaltes, que sofreixen patologies psiquiàtriques, hauríem d'assegurar-nos que aquestes condicions es compleixen mitjançant un estudi de la seva situació personal, afectiva i econòmica, saber amb quins suports comptarà per a la cura del menor i, per descomptat, si la dona és conscient del que suposa la maternitat i comptar amb el seu desig o no de dur a terme tal propòsit.

D'altra banda, hi ha el possible efecte secundari dels fàrmacs antipsicòtics durant l'embaràs, efecte que encara no està demostrat amb estudis concloents que associïn l'exposició del fàrmac antipsicòtic amb defectes congènits posteriors en el nen. No obstant això, és convenient recordar que la psicosis és una situació de risc per al fetus, en el cas que aquesta no estigui controlada adequadament per un especialista i no es compti amb el suport adequat de familiars o un altre tipus de suports.

Reflexió

En qualsevol cas, si una dona ens sol·licita informació referent a una interrupció d'embaràs, ja que és el seu desig interrompre'l, la nostra obligació com a treballadores socials sanitàries és donar aquesta informació sol·licitada de forma exhaustiva, proporcionar-li els mitjans i l'acompanyament terapèutic que estigui al nostre abast.

Cas pràctic C

La Carmen, dona de 58 anys, que ve a la nostra consulta acompanyada d'una amiga, sol·licita la nostra atenció de forma urgent, està molt nerviosa, desesperada, explica que es tracta de la seva filla de 25 anys, ella creu que està embarassada, se n'ha assabentat ja que des de fa uns dos mesos no té la menstruació. Elles són de Santo

Domingo, República Dominicana, parlen en espanyol, fa uns deu anys que viuen a Espanya; des de llavors, «la nena» no fa res, és la seva mare qui treballa fora de casa per a mantenir la família, treballa a l'hostaleria, diu: «és un treball dur i passo moltes hores fora de casa». Es queixa: «jo no puc mantenir aquest nen, ni tan sols sabem qui és el pare, la meua filla no està preparada per a ser mare». La seva amiga assenteix.

Comprenem el seu estat d'intranquil·litat i li proposem passar a la consulta i parlar amb més calma de la situació.

Planificació terapèutica a curt termini I:

- Estudi social del cas. Entrevista amb la mare, la seva amiga i la pacient.
- Cita de la pacient amb l'equip sanitari.
- Coordinació amb infermeria per efectuar la prova d'embaràs.
- Informació de la llei que contempla la interrupció voluntària d'embaràs i els seus supòsits pràctics.

Hem de ser ràpides a donar una solució al problema que presenta ja que, si l'embaràs és positiu, serà menys pernicios per a la salut física i psicològica una interrupció de l'embaràs el més aviat possible.

Procedim a l'entrevista amb la mare i la seva amiga; hi fem l'exploració següent:

- Valoració de les habilitats socials de la Carmen i la seva amiga.
- Valoració del grau d'autonomia d'ambdues.
- Estudi de la unitat de convivència.
- Realitzarem un genograma.
- Projecte vital.
- Estudi de les relacions convivencials.
- Recursos econòmics de la unitat familiar.
- Documentació legal, DNI o NIE, targeta sanitària.
- Nivell de treball-ocupació, així com de la formació.
- Habitatge, habitabilitat, tinença.
- Nivell de participació social de les dues.
- Nivell de consciència de malaltia, concepte de sexualitat.
- Afectació de la malaltia al seu estil de vida.
- Consum de tòxics.
- Problemes sentits per la pacient, la mare i l'amiga.
- Preguntar sobre dades de minusvalidesa, etc.

Abans de començar l'entrevista l'informo sobre la legislació actual entorn de la interrupció de l'embaràs i intento tranquil·litzar-la. Durant l'entrevista va baixant el grau d'estrès de la Carmen.

A l'entrevista observem que tant la Carmen com la seva amiga se situen de la mateixa manera, ambdues són de Santo Domingo, es coneixen des de nenes. Comenten que la Lola és molt nena, mai ha madurat, no sap fer res a casa, només dorm, mira la televisió i escolta música, surt poc al carrer i tenen por que l'enganyin. Des de fa unes setmanes el seu comportament ha canviat, ja no es mostra dòcil, està una mica agressiva, nerviosa, surt fora de casa durant hores, torna a la nit, ella mai havia fet això, diu la mare. A Santo Domingo ella estava molt de temps al carrer, allí les coses són diferents, diu, no temia per la seva seguretat.

La seva amiga mostra gran preocupació ja que la Lola no fa res en tot el dia. Pregunto sobre l'activitat de la nena a Santo Domingo, estudiava?, a quin curs va abandonar els estudis? La Lola no va aprendre a llegir ni a escriure, al col·legi li van dir que no podria aprendre. És filla única, no té germans, mai va conèixer el seu pare. Comenten que la Lola, des de fa ja un temps, s'arregla molt, es pinta i es posa talons, és atractiva, diuen. No coneixen que surti amb nois ni noies de la seva edat. No participa en cap grup ni practica activitats, encara que últimament la truquen per telèfon, ella diu que són amigues, però no les coneixen.

Els plantejo que vinguin avui al centre de salut amb la Lola. Jo per la meua banda parlaré amb els sanitaris.

Tornen a la consulta mare i filla. La Lola està una mica enfadada, no sap perquè és al centre.

Li comento que cal que li fem alguna prova per a conèixer el seu estat de salut, ella contesta que se sent bé; hi insisteixo, sempre amb tracte amable, li comento la ne-

cessitat de fer-li una prova, no li farà mal, solament ha de donar una mostra d'orina, hi accedeix.

La prova d'orina és positiva, està embarassada. Li dono la notícia a la Carmen i li explico el protocol d'actuació per a la realització d'una interrupció de l'embaràs.

Parlem amb la pacient, a ella no li importa estar embarassada, li és igual, no té una clara comprensió del que suposa l'embaràs ni de les obligacions que tenir un fill li pot suposar. Parla de la relació amb un noi, diu que la porta a casa seva, ella riu, diu que vol estar amb ell.

És una persona major d'edat, encara que durant l'entrevista s'observa clarament un retard mental o dèficit intel·lectual. No disposem de cap suport legal o informe per incapacitar-la legalment, no coneixem la gravetat del seu dèficit. No obstant això, aquest procés seria molt llarg en el temps i no disposem de tant temps.

Diagnòstic social sanitari: «Pacient amb clar dèficit intel·lectual, sense valoració mèdica, ni psicològica. Absència de responsabilitat davant futura maternitat. Absència de participació social. Es proposa una valoració psiquiàtrica per disposar d'un diagnòstic clínic i iniciem una intervenció de cas per abordar les relacions amb els altres, així com la qüestió de la continuïtat del seu embaràs».

Planificació terapèutica a curt termini II:

- Entrevista amb el psiquiatre de la unitat de salut mental.
- Petició d'informe d'especialista en el qual hi hagi constància del risc per a la seva salut psíquica si prossegueix amb l'embaràs.

Planificació terapèutica a mitjà-llarg termini III:

- Seguiment sociosanitari de la pacient per a la utilització dels mètodes de planificació familiar més adequats.
- Treballar amb la pacient les relacions amb els altres i el concepte de sexualitat.
- Valoració psicològica i psiquiàtrica del seu dèficit intel·lectual.
- Reconeixement legal de la seva discapacitat; minusvalidesa.
- Petició de centre d'educació especial per a discapacitats intel·lectuals.

Després de diverses entrevistes amb el seu metge, la infermera, el psiquiatre i la treballadora social sanitària, la Lola accepta la intervenció per a la interrupció de l'embaràs. Li explico la tècnica perquè no tingui por.

Més tard se li dona cita amb l'equip de salut mental, per a disposar d'un diagnòstic clar i de l'informe per a la sol·licitud de reconeixement de discapacitat i petició de centre per a discapacitats intel·lectuals.

14. Esdeveniments vitals estressants

14.1. Estratègies d'afrontament

Són molts els problemes que atendrem a les nostres consultes i diferent l'impacte que tindran depenent de cada persona. Ja hem estudiat que els esdeveniments vitals estressants ens afecten en funció de factors biològics, és a dir, predisposició genètica, factors psicològics, comportament, i que depenen dels sentiments, pensaments i emocions de la persona, tenint present els factors ambientals, els socials, les creences, els valors, els suports, etc.

Davant un mateix factor potencialment estressant les persones reaccionem de maneres diferents, encara que hi ha certes condicions ambientals amb capacitat d'esgotar la resistència de qualsevol organisme.

Quan ocorre un esdeveniment vital estressant, la persona en fa una valoració, primer analitza si el fet és positiu o no i després valora les conseqüències immediates i futures. Més tard, es fa una valoració secundària en la qual l'objecte d'anàlisi és la resposta de l'organisme per a afrontar l'esdeveniment i és en aquesta valoració on amb tota probabilitat obtindrem la resposta d'estrès, que pot ser per malestar fisiològic, cognitiu, emocional i conductual.

Els esdeveniments vitals estressants més habituals amb els quals acostumem a treballar, i que poden desencadenar problemes per a la nostra salut mental, són els següents:

- Defunció del cònjuge.
- Defunció d'un fill.
- Malaltia mental o malaltia greu d'un fill.
- Malaltia greu del cònjuge.
- Empresonament.
- Alcoholisme.
- Assetjament sexual.
- Ludopaties.
- Pèrdua de treball, inexistència de treball.
- Canvi de situació laboral i de treball. Perillositat laboral.
- Problemes relacionats amb immigració.
- Assetjament laboral.
- Problemes econòmics.
- Accident laboral o de tràfic.
- Aparició de malaltia incapacitant en la persona o en familiars.
- Cura de persona dependent, amb pèrdua d'autonomia.
- Claudicació familiar, per cura de malalt mental.

- Embaràs no desitjat.
- Ruptura sentimental.
- Maltractaments en la parella, violència de gènere.
- Dependències a tòxics.
- Abusos sexuals.
- Abusos econòmics.

L'impacte que tindran aquests esdeveniments estressants en cadascun de nosaltres estarà en funció de les habilitats que tinguem per a afrontar-los, és a dir, dependrà de les estratègies d'afrontament.

L'afrontament es refereix a la sèrie de pensaments i accions que cada persona tingui per manejar situacions difícils, amb l'objecte de reduir els danys col·laterals en l'individu.

«L'afrontament el definirem com aquells processos cognitius i conductuals constantment canviants que es desenvolupen per a manejar les demandes específiques externes i/o internes que són avaluades com a excedents o desbordants dels recursos de l'individu».

Lazarus i Folkman (1986).

Segons els mateixos investigadors, Lazarus i Folkman, es distingeixen dos tipus generals d'estratègies:

- Estratègies de resolució de problemes, dirigides a manejar o alterar el problema que genera el malestar.
- Estratègies de regulació emocional, que són els mètodes dirigits a regular la resposta emocional davant el problema.

El maneig d'una de les estratègies per a la resolució dels problemes té repercussió en l'altra, tant de manera favorable com desfavorable.

Davant un problema com el d'una col·lisió entre dos vehicles, hom pot sortir del cotxe i cridar a l'altre conductor, deixant sortir la seva ira; o, per contra, pot sortir del vehicle, veure que cap dels dos s'ha fet mal i arreglar immediatament els papers de les assegurances.

Si cridem al conductor de l'altre vehicle, no solament no canviem la situació, sinó que, a més, podem empitjorar-la, doncs, en enfadar-se l'altre conductor alimentem la nostra ira i l'estrès; de l'altra forma, si ens adonem que no hi ha cap lesió física per part dels dos conductors i arreglem adequadament la documentació precisa, estem solucionant la situació, és a dir, aquesta estratègia és eficaç per a solucionar el problema i al mateix temps redueix la resposta emocional.

En el maneig d'una situació estressant cada persona té unes estratègies o habilitats per enfrontar-se a la situació problemàtica; això s'anomena estil d'afrontament.

14.2. Els diferents estils d'afrontament

Els diferents estils d'afrontament són els següents:

- Hi ha persones evitadores i persones confrontatives. L'estil evitador és més útil per a successos amenaçadors a curt termini, però bastant ineficaç per a donar solució a problemes o conflictes continuats en el temps o situacions vitals molt complexes.
- Catarsi. Expressar els sentiments i estats emocionals intensos pot ser eficaç per a afrontar situacions difícils. Comunicar-nos i expressar les nostres preocupacions redueix els danys, tant en l'estat fisiològic com en les ideacions obsessives. Solament el fet de posar en paraules els nostres pensaments fa que col·loquem les coses de diferent manera i ens ajudi a afrontar-les; l'escolta terapèutica és una de les estratègies en el treball social sanitari.
- Ús d'estratègies múltiples. Hi ha esdeveniments vitals que comporten diversos problemes i tots de diferent naturalesa per la qual cosa requereixen diverses estratègies d'afrontament diferents. Tenir capacitat personal i habilitats adequades influirà en la resolució més o menys adequada dels problemes. El treballador social sanitari haurà de capacitar el pacient o la família –és a dir, ensenyar, informar, donar suport i dirigir les diferents estratègies– per manejar de la manera més apropiada els problemes derivats dels esdeveniments vitals, com, per exemple, davant l'aparició d'una malaltia crònica.

D'altra banda, el patró de **personalitat de cada pacient** és procliu a una bona o mala salut, ja sigui la persona optimista, amb gran capacitat d'adaptació i sensació de control, o bé pessimista, amb tendència a la tristesa o amb poc sentit de l'humor. Aquestes últimes tenen més factors de risc per a la no resolució dels problemes.

Hi ha altres **factors externs**, no de capacitat personal, que influeixen de manera determinant en la resolució dels problemes i que poden afectar de forma directa o servir de suport per a afrontar els efectes estressants, com el suport social rebut, l'educació o els ingressos econòmics.

El **suport social** es pot considerar com una estratègia per a afrontar els factors estressants, és un recurs més eficaç com a suport a situacions emocionals difícils, a més d'entendre's com un amortidor del propi estrès. El suport social pot ser informal, és a dir, la xarxa d'amistats, la família, el veïnat, o formal, a càrrec de les institucions, les associacions de persones afectades i, per descomptat, de professionals, en aquest cas del treball social sanitari.

Hi ha estudis que demostren que l'existència de suport social i psicosocial té repercussions beneficioses en la salut dels individus i que, per tant, disminueix la probabilitat general de presentar malalties, accelera la recuperació i redueix les taxes de mortalitat (House i altres, 1988).

15. El tractament psicosocial amb persones que sofreixen una malaltia mental

El tractament s'iniciarà en funció del medi en què hàgim de treballar, és a dir, en equips de salut mental situats en atenció primària o en el medi hospitalari, atenció especialitzada, amb les estructures específiques de tractament i rehabilitació en salut mental. Per descomptat, i abans de res, seran el pacient, la seva malaltia, l'impacte d'aquesta en ell i en els seus familiars, els suports amb els quals compta i el seu grau de col·laboració, el que ens permetrà establir el pla terapèutic més adequat, el tractament òptim per a l'objecte de la nostra labor professional: aconseguir augmentar el grau d'autonomia del pacient.

Una vegada elaborat l'estudi detallat del cas i amb la nostra valoració, és a dir, el nostre diagnòstic social sanitari, ens marcarem els objectius de la nostra intervenció amb el pacient, a curt, mitjà i llarg termini. Són els següents:

- Informació de la xarxa de suport social formal. Informarem sobre prestacions, el seu accés i la seva utilització.
- Informació al pacient dels drets i deures respecte a la seva salut i assistència sanitària.
- Fomentar l'autoresponsabilitat en la resolució del seu problema de salut mitjançant activitats educatives, **psicoeducació**. Donarem informació estructurada sobre la malaltia i els seus símptomes.
- Intervenció amb la família amb l'objectiu de millorar el funcionament familiar i social del pacient. Teràpia familiar.
- Entrenament en habilitats socials. Es pot abordar mitjançant tècniques per a la resolució de conflictes i també amb estratègies per guanyar autonomia en activitats bàsiques de la vida diària.
- Suport emocional mitjançant l'escolta, disponibilitat, la millora de l'empatia. Treballar les relacions interpersonals amb els altres.
- Ajuda en la tramitació de béns o serveis. En ocasions, el pacient precisarà sol·licitar alguna prestació per a la qual precisi el nostre informe; ajuda en la tramitació i/o acompanyament.
- Aclarir problemes o situacions que generin problemes de salut, ajudar en la reinterpretació dels problemes que sent i té el pacient, donar-los una altra visió.

- Persuadir o influir en el pacient mitjançant consell terapèutic.
- Confrontació.
- Mediació familiar, laboral, educacional.
- Seguiment i control terapèutic.
- Estructurar una relació de treball amb el pacient en temps i espai.
- Suport en la presa de decisions.
- Reformulació diagnòstica i del pla d'intervenció pel que fa a la fase cronològica que ens hàgim marcat.
- Elaboració de l'informe de treball social sanitari.
- Elaboració de sol·licitud de col·laboració a altres entitats/institucions de caràcter sanitari i/o social.

Hem estudiat les diferents patologies psiquiàtriques, les funcions d'un treballador sanitari en salut mental, com realitzar l'estudi social del cas, els recursos amb els quals comptem, els mètodes i les diferents tècniques de tractament. Posem-ho en pràctica.

Reflexió

El tractament social estarà en funció de la nostra preparació acadèmica i la formació posterior en cursos de postgrau i especialitats.

Cas pràctic D

La María, dona de 72 anys, casada amb en José de 73 anys, no tenen fills. Viuen en un poble de colonització d'uns cent habitants des de fa ja uns trenta anys. En José treballa en la recollida de caragols, cap dels dos cobra pensió econòmica. Viuen de les fruites i hortalisses que els donen els veïns del poble i dels ingressos dels caragols, sempre s'ha dit al poble que la María és «molt estranya», no surt de casa. En José passa moltes hores al bar del poble, el conviden a beure vi, el seu metge diu que sofreix alcoholisme. Cap dels dos va mai a la consulta mèdica, però ara en José ho ha fet per primera vegada, té vòmits amb sang, està preocupat.

Estudi de la situació:

- Demanda per part del metge de família. Planteja una possible ajuda econòmica per a aquesta família.

És important conèixer qui ens fa la demanda, ja que ens informa que no són les persones afectades les qui estan demanant la nostra intervenció.

Planificació terapèutica a curt termini I:

- Visita a domicili amb el metge per a conèixer i entrevistar les persones afectades i el medi en el qual viuen, la seva salut i les condicions de l'habitatge.
- Estudi de la situació laboral i econòmica.
- Estudi de les xarxes de suport, entrevista amb veïns.
- Estudi dels hàbits, en l'alimentació, higiene, relacions.
- Elaboració del diagnòstic social sanitari.

Ens presentem al domicili, ens donem a conèixer, tracte amable. Després de la visita a domicili: l'entrevista va ser difícil per l'escassa col·laboració de la María, suspicax, no col·laboradora, discurs incoherent, conducta extravagant, mirada perduda, durant l'entrevista s'enfada, ella solament vol parlar amb gent de la «confederació». No per-

met parlar en José, diu que hem anat a treure'ls les terres que els pertanyen i ens demana que li retornem el seu fill, al que raptem, plora, mostra un gran sofriment.

Encara que en José intenta dir-nos alguna cosa, ella insisteix en no deixar-lo parlar, està coaccionat, la seva actitud és de total submissió a l'esposa. Tenen verdures i brou que els donen les veïnes, l'habitatge no reuneix condicions d'habitabilitat. Els oferim ajuda per a l'estudi de la situació econòmica i citem a la consulta en José, solament, per estudiar el seu estat de salut.

Acudeix en José, acompanyat del seu veí, per fer-se les proves mèdiques i a la consulta, no tenen la targeta sanitària en regla, ni el carnet d'identitat en vigor. Informo el pacient i el seu veí que necessitem documents actualitzats, plantegem la renovació del carnet d'identitat i la sol·licitud del temps treballat dels dos. Per a això demanem novament la col·laboració del seu veí, ell aprova la nostra sol·licitud.

Després de tenir actualitzats els documents, DNI, targeta sanitàries i aconseguir el llibre de família i la certificació de l'INSS del temps cotitzat, indiquem a en José que pot sol·licitar la seva pensió de jubilació, li expliquem què és una pensió i que és un dret que té; ell ens comenta que fa uns anys una persona de l'Ajuntament va passar per casa seva amb uns documents per signar, la seva esposa no li va permetre signar-los, van pensar que els podien treure les terres; des de llavors segueixen igual, però ens explica que ja no pot més, ell té dolor, surt molt d'hora de casa als matins i torna a casa per a dinar, torna a sortir a la tarda al bar i no torna fins a la nit, li agrada jugar a les cartes. Li plantegem què fa la seva esposa durant el dia, ell diu «no ho sé», mai surt de casa, està en el jardí, amb els gossos, abans tenien conills, gallines i fins i tot porcs, des de fa uns anys ja no pot.

Durant aquest procés arriben les analítiques d'en José, està molt malalt, la seva malaltia és greu i de mal pronòstic.

Planificació terapèutica II:

- Nova visita a domicili per informar de la situació mèdica d'en José i la necessitat d'ingrés a l'hospital.
- Sol·licitud de pensió de jubilació de tots dos.
- Coordinació amb serveis socials municipals per a planificar el suport al domicili.
- Contactar i informar de la situació a nebots o familiars.

Novament ens dirigim al domicili, metge i treballadora social sanitària. Insisteixo a la María que som de la «confederació» i m'acompanya el metge, els informo dels documents i els demano que signin, sembla que la María confia, els signa i permet a en José signar-los; més tard, expliquem a les persones afectades l'estat de salut d'en José i la conveniència d'ingrés hospitalari. En aquest moment, la María perd absolutament el contacte amb la realitat i ens diu que pertanyem a un altre planeta, ella solament parlarà amb gent de la «confederació». Insisteixo que hi som per a ajudar-los i el millor serà que el seu espòs ingressi a l'hospital, que és probable que la seva vida corri un risc.

Els plantejo que d'aquí a uns dies hi aniré de nou amb una treballadora social de l'Ajuntament que els prestarà ajuda a casa i per a l'atenció personal dels dos; la María no vol que ningú entri a la seva casa, en José se situa de la mateixa manera, ell ara també insisteix que som gent d'un altre planeta i volem fer-los mal. Ens n'anem del domicili, ara ja no és apropiat romandre-hi més temps, el discurs de tots dos és malalt.

Acudim a casa del seu veí i li demanem que acompanyi en José a la consulta mèdica.

Amb aquest estudi de la situació ja podem fer un diagnòstic social que reflecteixi la situació.

Diagnòstic social sanitari: «Pacient, la María, amb problema de salut mental greu, sense diagnosticar. En José, pacient que sofreix carcinoma hepàtic en situació terminal i amb problemes de salut psíquics per situació ambiental. Absència de reconeixement del problema de salut mental per tots dos. Aïllament social i afectiu. Absència d'ingressos econòmics per causa de malaltia mental. Es treballarà la presa de consciència de la malaltia i es consensuaran suports externs per a garantir-los a cadascun».

Anem donant forma al cas, encara que serà difícil la col·laboració de la María pel seu problema de salut.

A la consulta mèdica següent se li exposa a en José la possibilitat de l'ingrés, ja que cal donar-li la medicació adequada perquè no tingui dolor. En José, aïllat del contacte de

la seva esposa i fora de l'ambient patològic, accepta l'ingrés sempre que cuidem de la seva esposa, li assegurem que així ho farem.

Em dirigeixo novament al domicili juntament amb la treballadora social dels serveis comunitaris. Li proposo suport al domicili perquè l'ajudin a casa i se senti acompanyada, ja que en José ha ingressat a l'hospital i ningú li portarà diners ni menjar. Ella s'hi nega, no accepta que ningú entri a tocar les seves coses; insisteixo, però ella s'hi nega, li proposem portar-li el menjar a domicili. Durant uns dies una veïna li porta menjar, però la María no l'accepta, no vol menjar, es nega a acceptar l'ajuda de ningú; temem pel seu estat de salut físic, ja que la primesa de tots dos ja era extrema i no podrà estar molt més temps sense menjar.

De nou vaig al domicili, solament em parla des d'una finestra, no em deixa entrar a casa, el seu aspecte és molt feble. Insisteixo i em deixa passar, el seu aspecte és molt pitjor del que jo esperava, discurs incoherent, repetit, fora de la realitat, no menja fa dies, no dorm, la seva vida corre un risc. La convido a fer una visita al seu espòs a l'hospital i poder-se quedar allí uns dies, no ho accepta, ni tan sols es recorda d'en José, almenys, no l'anomena.

Vaig al consultori local i em poso en contacte amb el seu metge per organitzar un ingrés involuntari; telefono a una ambulància per procedir a l'ingrés, el metge fa la sol·licitud d'ingrés i el volant per a l'ambulància; telefono a la treballadora social sanitària de l'hospital de referència, la informo de la situació.

Mentre espero amb la pacient que arribi l'ambulància, li vaig insistint que anirà a veure el seu marit i passarà uns dies a l'hospital amb ell. Arriba l'ambulància i amb molta resistència al final accepta pujar-hi, davant d'ella tanquem la porta de casa seva i diposito les claus en lloc segur, amb la seva veïna; algú ha de donar de menjar al gosset.

Sabem que la pacient ingressa a la unitat de curta estada, està més tranquil·la amb la pauta de la medicació, menja perfectament, segons els especialistes va arribar en un estat de deterioració física i mental greu; li han diagnosticat esquizofrènia paranoide residual, per la qual cosa haurà de rebre sempre un tractament perquè no sofreixi tant.

Nova planificació terapèutica III:

- Sol·licitud de plaça en centre per a gent gran dependent, per a en José, amb l'objecte d'ajudar-lo a morir dignament.
- Coordinació amb l'equip de salut mental per a planificar a curt termini la possibilitat de la María de tornar al seu domicili amb ajuda, o ingressar a la unitat de llarga estada per a pacients amb problemes de salut mental, o ingressar en un centre residencial per a gent gran.

Durant l'ingrés de tots dos, en col·laboració amb els serveis socials comunitaris, se sol·licita una estada temporal en un centre per a gent gran del Govern de la comunitat autònoma, com a òrgan competent en aquesta matèria. Pretenem que en José mori dignament, encara que no va arribar a fer ús del centre, perquè va morir a l'hospital.

Mentre, i després de coordinar-nos amb l'equip de salut mental de la unitat de curta estada de l'hospital, decidim informar al jutge de la situació de la María amb informe mèdic i informe social, per iniciar un procés d'incapacitat judicial i una ordre d'ingrés en contra de la seva voluntat en una residència privada, i entretant sol·licitar un centre per a gent gran dependent de forma pública. Aquesta decisió es pren, ja que durant l'ingrés de la María a l'hospital, amb la medicació i atenció adequada, es troba bé, adaptada i tranquil·la, per la qual cosa aquesta mesura es considera suficient per a garantir a la pacient una qualitat de vida adequada a la seva malaltia i nova situació. De nou fem partícips als serveis socials comunitaris per a sol·licitar un centre per a gent gran, de caràcter públic, i aconseguir finançament per al pagament d'una residència privada durant uns mesos fins que li concedeixin el centre.

Nova planificació terapèutica IV:

- Informe de treball social sanitari per a promoure la incapacitat judicial de la María.
- Comunicar a familiars i veïns la situació.
- Sol·licitud de valoració de la dependència.
- Coordinació amb els serveis socials comunitaris per a sol·licitar l'ingrés en un centre per a persones grans dependents de caràcter públic.

En l'actualitat, la Maria segueix ingressada en una residència privada, i després de la valoració de la dependència per a persones amb discapacitat, és el Govern de la comunitat autònoma qui l'està ajudant a pagar el centre per a gent gran. Aquesta decisió es va prendre, ja que vàrem considerar que era millor no canviar la pacient d'ubicació, perquè ja s'havia adaptat al centre.

Hem vist en aquest cas que hi ha patologies psiquiàtriques que conviuen a la comunitat, sense precisar atenció especialitzada mentre no sorgeixin problemes que limitin greument les persones afectades per a les activitats de la vida diària. En aquesta ocasió ha estat l'alarma social, per mitjà del veïnat, el que ha fet que es doni una sortida a la situació de sofriment i abandó.

D'altra banda, comprovem que els problemes de salut mental afecten en gran manera no solament qui els sofreix, sinó que quan hi ha una persona malalta en el si d'una família, la resta de la unitat familiar corre un greu risc d'emmalaltir amb el pacient –transferència de la malaltia.

En ocasions, hi ha situacions que requereixen iniciar un o diversos processos judicials, com en aquest cas, ingrés involuntari i incapacitat judicial, però sempre com a mesura de protecció a la persona.

Resum

Hem vist en aquest mòdul el perfil del treballador social sanitari en salut mental, les seves funcions i activitats i els recursos específics en l'àmbit de salut mental, i hem explicat molt breument les patologies més greus i freqüents que podem trobar en l'emmalaltir psíquic.

Cada professional del treball social sanitari en salut mental exerceix la seva labor com a terapeuta, és a dir, amb experiència i perícia en la interacció humana, per a la consecució d'un objectiu molt concret: capacitar la persona per a l'assoliment de la seva autonomia personal i el desenvolupament de les seves capacitats en un sentit positiu. En això juga un paper important la personalitat de cada professional, qui tindrà com a principi el respecte i l'acceptació de la persona malalta com a persona, partint de la base d'una relació de calidesa i seguretat que li permeti expressar les seves dificultats, amb l'esperança de trobar ajuda per a resoldre-les dins d'unes perspectives adequades.

D'altra banda, també hem estudiat la possible pèrdua de capacitat jurídica de la persona i la nostra implicació en això, però sempre com una mesura de protecció i no com una mesura estigmatitzadora. No hem de dubtar en consultar amb els serveis jurídics quan així ho estimem oportú.

Bibliografia

- Brandt Guastav, A.** (1983). *Psicología y trabajo social*. Barcelona: Herder.
- Cabrera Forneiro, J.; Fuertes Rocañin, J. C.** (1994). *La enfermedad mental ante la ley*. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas.
- Desviat, M.** (1994). *La reforma psiquiátrica*. Madrid: Dor.
- Espinosa, J. i altres** (1986). *Cronicidad en psiquiatría*. Madrid: Mariar.
- García Castellar, A. i altres** (1995). *Estrategias para la salud mental en Aragón*. Saragossa: D. G. A.
- González de Chávez, M.** (1985). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. Madrid: Editorial Mayoría.
- Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Ministerio de Sanidad y Consumo* (1985). Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Iradeta Goldaracena, F.** (2018). *Trabajo social psiquiátrico. Reivindicación ética de la dimensión social en salud mental*. València: Nau Llibres.
- Mateo Martí, I.** (1990). *Guía para la elaboración del programa de salud mental en Atención Primaria de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Olivares, D. M.; Del Valle Barrera, M.** (2019). «Salud Mental Comunitaria: Equipos psicosociales y políticas públicas en la intervención de personas con adicciones». *Psicoperspectivas* (núm. 18, vol. 2). <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol18-issue2-fulltext-1602>
- Olmeda García, M.** (1998). *El duelo y el pensamiento mágico*. Madrid: Master Line.
- Parellada Rodón E.; Fernández-Egea, E.** (2004). *Esquizofrenia. Del caos mental a la esperanza*. Barcelona: Morales y Torres editores.
- Pérez de Ayala, E.** (1999). *Trebajando con familias*. Saragossa: Certeza.
- Quemada Ubis, J. I.** (1994). *Manual de entrevista psiquiátrica*. Madrid: ELA.
- Roca, M.** (2002). *Trastornos de personalidad*. Barcelona: Ars XXI.
- Roca, M.** (2002). *Trastornos neuróticos*. Barcelona: Ars XXI.
- Roca, M.** (2007). *Trastornos psicóticos*. Barcelona: Ars XXI.
- Rubí González, P.** <http://www.monografias.com/trabajos11/hispsiq/hispsiq.shtml>
- Sánchez Echevarría, E.** (2018). «Trabajo social sanitario: Programa de Apoyo Social en Salud Mental a la Primaria Social y Sanitaria (PSSMPSS)». *Agathos: Atención Sociosanitaria y Bienestar* (any 18, núm. 2, pàg. 46-53).
- Sartre, J. P.** (1946). *El existencialismo es un humanismo*. Barcelona: Edhasa.
- Seva Díaz, A.** (2001). *Tratado de psiquiatría*. Saragossa: INO.
- Seva Díaz, A. i altres** (1996). *La esquizofrenia*. Saragossa: CAI.
- Seva Díaz, A. i altres** (1997). *Las demencias*. Saragossa: CAI.
- Seva Díaz, A. i altres** (1998). *El alcoholismo*. Saragossa: CAI.
- Seva Díaz, A. i altres** (1999). *La drogadicción*. Saragossa: CAI.
- Seva Díaz, A. i altres** (2003). *Las neurosis*. Saragossa: CAI.
- Tolosa, E. i altres** (1991). *Demencia senil*. Barcelona: Comgrafic.
- Valoración geriátrica integral. Escala HoNOS*. [document en línia].
- Vallejo Ruiloba, J.** (2006). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson.

