

El treball social sanitari en salut mental

María Luisa Juan Germán

PID_00206275

Índex

Introducció.....	5
1. La salut mental en les diferents cultures.....	11
1.1. La seva història. La psiquiatria en les cultures primitives i en les cultures antigues	11
1.1.1. La psiquiatria en la cultura grega i romana	12
1.1.2. La psiquiatria medieval i renaixentista	13
1.1.3. La psiquiatria durant els segles XVII i XVIII.....	13
1.1.4. La psiquiatria contemporània	14
2. La reforma psiquiàtrica com a moviment sociosanitari.....	16
3. Aspectes generals de les patologies psiquiàtriques.....	18
4. Les patologies psiquiàtriques.....	20
5. Escales de valoració per a detectar malestar mental.....	25
5.1. La demència	25
5.1.1. Valoració de l'esfera clínica	25
5.1.2. Valoració de l'esfera funcional	25
5.1.3. Valoració de l'esfera mental	28
5.1.4. Valoració de l'esfera cognitiva	28
5.1.5. Valoració de l'esfera afectiva	29
5.1.6. Escales de valoració social	30
6. Estructures de salut mental i l'equip de salut mental.....	32
6.1. Els centres de salut mental	32
6.2. Les unitats d'hospitalització psiquiàtrica	33
6.3. Unitats de psicogeriatria	33
6.4. Centres de rehabilitació	34
7. El treballador social sanitari en salut mental. Especificitat..	37
8. Funcions i activitats dels treballadors socials sanitaris en els equips de salut mental.....	40
9. L'entrevista social en salut mental.....	43
10. Història de treball social sanitari en salut mental.....	45
10.1. Motiu de consulta	45

11. Models aplicats al tractament social en la salut mental. El mètode bàsic en el treball social sanitari de casos.....	51
12. Els recursos dels treballadors socials en salut mental i la manera d'aplicar-los. Intervencions psicològiques en el treball social sanitari en salut mental.....	57
13. Aspectes jurídics i legals en la malaltia mental.....	60
13.1. La incapacitat judicial	61
14. Esdeveniments vitals estressants.....	65
14.1. Estratègies d'afrontament	65
14.2. Els estils d'afrontament	66
15. El tractament psicosocial amb persones que tenen una malaltia mental.....	68
Resum.....	73
Bibliografia.....	75

Introducció

L'alienació mental no és estranya a l'alienació social; les malalties mentals i les formes de malestar que apareixen en la vida tenen una estreta relació amb la nostra vida quotidiana. L'àmbit individual i el social estan connectats. Quan hi ha diferents esdeveniments vitals estressants que apareixen en la nostra vida, com la inseguretat i la precarietat laboral, sorgeixen problemes econòmics, tensions familiars, és a dir, problemes socials, la qual cosa provoca desajustaments en l'esfera de l'àmbit psicològic. La malaltia deixa de ser una situació personal per a convertir-se en fruit de les contradiccions internes de l'estructura social en què apareix.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) descriu la salut mental com "un estat de benestar en què 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 el funcionament efectiu d'un individu i una comunitat.

Actualment, les majories de les cultures se superposen. Cal 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.

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

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

Els drets humans apoderen els individus i les comunitats perquè els concedeixen privilegis; també ajuden a igualar la distribució i l'exercici del poder dins la societat, de manera que mitiguen la impotència del pobre i, així, defensen 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 manera que ho estan la salut i la malaltia de manera general.

El risc de tenir malalties mentals en el món desenvolupat i en via de desenvolupament està associat amb indicadors de pobresa, incloent-hi baixos nivells d'educació, amb males condicions d'habitabilitat i baixos ingressos.

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

Actualment, amb els alts nivells de desocupació, baixos ingressos, educació limitada, condicions estressants de feina, discriminació de gènere, estils de vida no saludables i violacions als drets humans, el risc de tenir una malaltia mental és molt més elevat.

L'observació del comportament d'una persona en la seva vida diària és la principal manera de saber l'estat de la seva salut mental en aspectes com el maneig de seves llibertats i capacitats, les seves competències i responsabilitats, la mantenció de les seves pròpies necessitats, la manera 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 davant 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 raïonament, les emocions i el comportament davant diferents situacions de la vida quotidiana. També ajuda a determinar com s'ha de 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 contribueix a moltes malalties somàtiques i afectives, com la depressió o l'ansietat.

El tema de la salut mental, a més, no concerneix solament els aspectes d'atenció posterior al sorgiment de desordres mentals evidents, sinó que respon també al terreny de la prevenció d'aquests desordres amb la promoció d'un ambient sociocultural, determinat per aspectes com l'autoestima, les relacions interpersonals i altres elements que ja han de venir 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 al veïnat, de la responsabilitat assumida pels mitjans de comunicació i de la guia conscient cap a una salut mental a l'escola i als espais de treball i d'estudi en general.

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

Vegem alguns dels elements que caracteritzen l'anormalitat psicològica:

- **Patiment.** És el "dolor de l'ànima", la falta de confort, el malestar que en uns casos és conseqüència d'elements biològics –hi ha una causa física i una disfunció corporal– i en d'altres deriva d'idees, esdeveniments existencials, records i altres aspectes que no són tangibles i que es refereixen a qüestions 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, d'afrontar els problemes amb èxit i d'ajustar-se i funcionar davant qual-sevol canvi dins les exigències de l'entorn; si el canvi no és possible, arriba a un problema d'adaptació, té conflictes amb l'entorn en què es troba i entra en un estat de frustració.
- **Pèrdua de control.** El control, en la salut mental, es refereix a la predictibilitat que amb el pas del temps mostra una persona pel que fa a la conducta. Connota la capacitat d'anticipar la reacció d'una persona coneguda davant un esdeveniment determinat. Una persona amb control de si mateixa és molt predictable, però perquè hi hagi control ha d'actuar d'una manera racional i amb un propòsit. La pèrdua és característica de la persona amb caràcter explosiu, com és coneguda col·loquialment, i s'associa amb episodis d'agressió que poden arribar a la pèrdua de la feina, de la parella, de la família.

La capacitat per a tolerar la frustració és una primera capacitat sana que permet a l'individu en desenvolupament començar el procés de pensament i comprensió del món i de si mateix. La funció del pensament és la base de la salut mental, la qual es veu afavorida per un ambient de contenció (funció materna o cuidadora) que permet tolerar la frustració i començar el desenvolupament de l'aparell mental, la base de la salut mental. De vegades hi ha nens o adolescents que tenen problemes mentals, i es recomana portar-los a un psicòleg o parlar-hi molt clar.

La salut mental ha estat definida com un estat de benestar en què l'individu és conscient de les seves pròpies capacitats, entre les quals té la d'afrontar les tensions de la vida quotidiana i la de treballar de manera productiva. En la majoria dels països, els serveis de salut mental pateixen una greu escassetat de recursos, tant humans com econòmics. La majoria dels recursos d'atenció sanitària disponibles es destinen actualment a l'atenció i al tractament especialitzats dels malalts mentals i, encara que no tant, 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 serveis comunitaris de salut mental. La promoció de la salut mental requereix implementar programes mèdics,

socials i sobretot governamentals amb una mateixa finalitat, promoure la salut mental durant tot el cicle vital per a garantir nens mentalment sans i evitar trastorns mentals en 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 amb èxit les interaccions quotidianes.

No obstant això, cal 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, és a dir, les condicions de salut mental, els psiquiatres es basen sovint en el Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (DSM), de l'Associació Psiquiàtrica dels Estats Units, o en la Classificació internacional de trastorns mentals (ICD-10), de l'OMS, que actualment ja s'ha editat en el DSM-V, el maig del 2013; i també en guies sempre actualitzades 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 estan associats normalment a la psiquiatria, i no hi ha altres alternatives, la qual cosa comporta un determinat límit, ja que la salut mental s'associa amb problemes psiquiàtrics, i per tant es redueix el concepte de les condicions de salut mental i psicològica.

El concepte de *salut mental* és un constructe social i cultural, encara que es poden definir o determinar alguns elements comuns. Per aquesta raó, hi ha diferents professions, comunitats, societats i cultures que tenen maneres diferents de conceptualitzar la seva naturalesa i les seves causes, de manera que determinen què és la salut mental i decideixen quines són les intervencions que consideren adequades.

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

Hi ha nombrosos professionals de la salut mental que han començat a entendre la importància de la diversitat religiosa i espiritual en allò que competeix a la salut mental. L'Associació Nord-americana de Psicologia diu explícitament que la religió ha de ser respectada, mentre que l'Associació Nord-americana de Psiquiatria diu que l'educació en afers religiosos i espirituals també és una necessitat.

Un exemple de model del benestar és el que van elaborar Jane E. Myers, Thomas J. Sweeney i Melvin Witmer, en el qual s'inclouen les cinc àrees vitals següents:

- 1) Essència o espiritualitat.

- 2) Feina i oci.
- 3) Amistat.
- 4) Amor.
- 5) Autodomini.

A més hi ha 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 tensions pròpies.
- 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 ofereixen un mitjà de resposta a les circumstàncies de la vida d'una manera que proporciona un funcionament saludable.

L'acceptació social de persones que pateixen condicions de salut mental ha provat que és la millor ajuda i la millor prevenció de desordres mentals. Desgraciadament, hi ha molts països en què les persones amb condicions de salut mental són víctimes de discriminació, fins i tot del seu propi nucli familiar, i no són acceptades amb facilitat en el 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 la població general, i s'ha de sumar al fet que és el grup que busca menys ajuda en aquest sentit. Els 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 primer de tot dins 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 feina, obtenir una assegurança de salut i trobar un tractament.

Els treballadors socials sanitaris som els professionals més ben capacitats per a atendre els conflictes i problemes socials sanitaris que sorgeixen de posar-se malalt, amb l'objectiu fonamental de millorar l'atenció als pacients, reduir l'estigma i la marginació que arriben a experimentar de vegades, a més de tre-

ballar 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-se tota sola i de cuidar la seva relació amb els altres.

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, això és, màgica, organicista, psicologista i avui, tal com defensa l'OMS, d'una manera integral, veient l'individu en els aspectes físic, psicològic i social.

El treball social, en la seva trajectòria històrica, s'ha hagut de modificar per a 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 de la promoció humana.

El terme *psiquiatria* també ha canviat al llarg del temps: va néixer com a *alienisme* durant la Revolució Francesa i va arribar a *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 arriba al seu caràcter científic per mitjà de la psicopatologia.

Els primers intents per a explicar la malaltia mental es basen en la influència maligna que exercien sobre l'individu altres éssers, humans o sobrenaturals. 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, les va reemplaçar pel pensament científic i actualment es mou en un camp ampli (la malaltia mèdica, la neurologia, la psicologia i psicopatologia clínica i la sociologia) i en la recerca 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 exercien sobre l'home les forces i poders sobrenaturals. Els déus i poders divins són els responsables de fer posar malalt; la possessió es fa servir sovint com a explicació per a tota mena 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 afecions mentals es consideraven possessions demoníiques i es tractaven amb mètodes màgics i religiosos, i els rituals eren el camí per a aconseguir expulsar l'esperit demoníic. En aquestes cultures hi havia un sentiment unitari de la persona: no hi ha divisió entre ànima i cos.

Els egipcis van establir als seus temples centres dedicats a curar el malalt amb activitats recreatives, totes lligades al plaer, a la pau espiritual i a l'harmonia, com la música, la dansa, la pintura, els massatges, les excursions. Van ser els primers a definir el trastorn emocional, que més endavant els grecs van anomenar *histèria*; també van fer servir els somnis per a conèixer les malalties i tractar-les.

La bogeria continua tenint matisos religiosos. Amb el temps es van diferenci-ant els trastorns mentals. Els maies ja distingien entre la bogeria, la malenconia, el deliri, les al·lucinacions, el frenesí.

A l'Índia hi continua tenint un origen sobrenatural i demoníac. La seva essència és sobretot mística i està tota impregnada amb dos ideals: el panteisme i la fecunditat.

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

Pel que fa a la cultura xinesa, el seu principi rector és el Tao; hi ha dues forces contraposades, el *yin* i el *yang*, i l'harmonia entre l'una i l'altra és l'equilibri per a la salut.

1.1.1. La psiquiatria en la cultura grega i romana

Amb l'arribada de la civilització grega apareix la medicina científica; no obstant això, la creença popular pel que fa a l'origen sobrenatural de certes malalties hi continuava essent. 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 el va fer servir va ser Homer (800-1000 aC) a *La Ilíada*, amb el significat de 'sense color'.

Més endavant, Plató (400 aC) el va fer servir en el seu *Timeu* 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 tornar a ser Homer qui el va emprar amb el sentit de 'vida i esperit'.

Hipòcrates de Cos fa una de les primeres *classificacions de les malalties mentals*, diferenciant entre epilèpsia, mania, malenconia i paranoia. També elabora tota una teoria sobre la bilis i els colors d'aquesta.

Amb l'arribada de l'Imperi Romà, les ciències naturals i la filosofia experimenten un abandó, i 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 i produïen malalties mentals*. Entre els més destacats hi ha Celso, que va diferenciar les malalties en generals i locals. Areteu va ser el primer a parlar de personalitats prepsicopàtiques, i 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 hi havia fins llavors que va acabar essent un sumari.

1.1.2. La psiquiatria medieval i renaixentista

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

La psicologia i la psiquiatria són reconquistades pel clergat. Hi torna a haver el predomini del que és sobrenatural, de manera que en aquell moment històric el boig es considerava un sant o un dimoni. L'exorcisme es converteix en una pràctica habitual.

L'església va ser l'encarregada d'analitzar els símptomes i la manera de tractar-los, això és, la tortura i la foguera. Es van fer les atrocitats més grosses seguint la bandera d'"alliberar l'ànima".

Un pecat era equivalent a una malaltia mental, com va quedar plasmat en el *Malleus malleficarum* ('El martell de les bruixes'), en el qual es manifesta que "tota bruixeria prové de la concupiscència carnal, que en la dona és insaciable"; els seus autors eren frares dominics.

A la meitat del segle XVI, hi comença a haver les primeres crítiques sobre aquest tema, té lloc la primera revolució psiquiàtrica, es funda el primer hospital psiquiàtric del món a València, i el 1590 Rudolf Goeckel fa servir per primera vegada la paraula *psicologia*.

A partir d'aquesta data aniran apareixent diferents tendències en psicologia. Joan L. Vives (1492-1540) és considerat 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 eren enviats a la foguera, els malalts psiquiàtrics continuaven rebent un tracte humiliant i eren ingressats en centres per a alienats; els malalts mentals eren ingressats amb persones marginals, malalts crònics i prostitutes. No és fins a l'arribada de

Philippe Pinel (1745-1826) que es produeix un canvi profund en el concepte de *malaltia mental* i la manera de tractar-la; s'origina així la segona revolució psiquiàtrica.

Pinel, en la seva obra *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, va classificar les malalties mentals en quatre tipus: *mania*, *malenconia*, *idiòcia* i *demència*, i n'explica l'origen per l'herència i les influències ambientals. Jean É. D. Esquirol, deixeble de Pinel, va ser el psiquiatre més influent d'aquesta època, continuador de la teràpia moral, i va definir el terme *al·lucinació*.

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

En aquesta època comença la decadència de la psiquiatria francesa amb Bénédict A. Morel, que en el seu *Tratado de enfermedades mentales* va exposar que hi havia algunes malalties mentals que es podien heretar dels pares que en tinguessin de semblants i va parlar de la predisposició per a tenir una malaltia, que es podia manifestar per algun factor o esdeveniment vital estressant.

A mitjan segle XIX es dona la tercera revolució psiquiàtrica, amb Emil Kraepelin i Sigmund Freud com a màxims exponents. Es va valorar especialment la recerca clínica, sobre la teoria i l'anatomia. El 1896, amb Freud, apareix la psicoanàlisi, la base de la qual és la interpretació dels somnis i l'aparició de l'inconscient.

1.1.4. La psiquiatria contemporània

El segle XX va representar 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 patologies.

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

Alfred Adler va ser el primer psicoanalista que va afegir "l'estil de vida" a les seves teories i el "complex d'inferioritat". Ivan P. Pavlov, amb les seves experiències sobre la conducta apresada, dona origen al conductisme.

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

Avui, amb la reforma psiquiàtrica, el metge psiquiatre i la psicofarmacologia ja no són exclusivitat del tractament de les patologies psiquiàtriques; apareixen altres professionals com a ajuda, suport i complementarietat al tractament, com psicòlegs, neuròlegs, terapeutes ocupacionals i els treballadors socials sanitaris, com els especialistes que han d'aportar al diagnòstic i al tractament la dimensió social de l'individu. Aquesta reforma serà clau, no solament perquè s'hi preveu la desinstitucionalització dels pacients, 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 del pacient al medi.

2. La reforma psiquiàtrica com a moviment sociosanitari

Del segle 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 destituïts d'objectius terapèutics, prevalia el control social per sobre del tractament.

En la segona meitat del segle XIX i principis del XX, alhora que es consolidaven els hospitals psiquiàtrics, començaven les crítiques pel que fa 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 del fet que les persones que tenen patologies relacionades amb la bogeria han d'atendre els seus problemes en el si de la comunitat.

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

⁽¹⁾E. Lluch (1985). *Informe de la Comisión Ministerial de la Reforma Psiquiátrica*. Madrid: Ministerio de Sanidad.

Les línies bàsiques d'aquest document són les següents:

- La integració de l'assistència psiquiàtrica i de la promoció de la salut mental en el sistema general de salut.
- La limitació territorial de l'assistència i participació dels agents comunitaris.
- L'ordenació dels recursos mitjançant plans generals i programes específics.
- La prestació d'una part de les accions pels equips bàsics de salut.
- El compliment de les funcions de suport i ajuda als equips bàsics de salut pels equips de salut mental, que han de dur a terme també funcions assistencials, de promoció, de prevenció i de recerca.
- La integració funcional dels recursos a l'àrea de salut.
- La preferència de l'atenció extrahospitalària sobre l'hospitalària i la reducció de la necessitat d'aquesta última creant recursos alternatius.
- L'hospitalització només es justifica si aporta més benefici terapèutic que les intervencions que es puguin fer a l'entorn del malalt mental i la durada d'aquesta hospitalització depèn de criteris terapèutics.
- La realització progressiva dels ingressos a l'hospital general, que ha de tenir com a prestació l'atenció psiquiàtrica i psicològica.
- La posada en pràctica de plans específics dirigits a transformar i progressivament superar els hospitals psiquiàtrics i a dur a terme, de manera simultània, accions fora d'aquests hospitals.
- 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 dotació dels serveis necessaris per a la cura dels pacients amb patologia de llarga evolució, tant en el seu entorn sociofamiliar com en residències adequades.
- 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 en la vellesa, a les repercussions psíquiques de les drogodependències i als penats amb patologia mental.
- La garantia dels drets dels pacients.
- La implantació d'un sistema operatiu i fiable de registre i d'informació sanitària.
- L'aprofitament adequat i la capacitat dels professionals de la salut mental.
- L'establiment de normes d'acreditació de centres i serveis i de control del compliment d'aquestes normes.
- La potenciació de la recerca aplicada.
- Aquest document va comportar per a l'organització i l'assistència dels hospitals psiquiàtrics, no n'hi ha cap dubte, una oportunitat per al canvi i la transformació en l'atenció als malalts psiquiàtrics.

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

D'altra banda, en l'àmbit normatiu, l'article 20 de la Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat, 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 del malalt mental i la resta dels malalts.
- 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'ha de fer 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.

És molt important la proposta transformadora, no solament dels manicomis. Es proposa que les unitats de **salut mental comunitària** siguin 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 cures, i a les patologies cròniques a la comunitat, i d'aquesta manera intentar garantir un grau més gran d'autonomia i afermar l'adherència al tractament.

Perquè aquest procés arribi al final, s'ha de potenciar la integració social i laboral dels pacients, i no solament l'atenció sanitària, de manera que la presència dels treballadors socials sanitaris és indiscutible per a aconseguir-ho.

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 medi en què visqui. Al llarg de la trajectòria vital es donaran una sèrie de requeriments diferents, als quals s'haurà d'adaptar.

"La vulnerabilitat estarà condicionada per la manera que tingui l'individu d'interaccionar amb el seu medi. Un individu serà molt més vulnerable com menys recursos personals de tota índole tingui. Passa el mateix quan la provisió d'aportacions del medi 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 a les situacions inesperades i imprevistes que poden sorgir en qualsevol moment de la vida (crisis accidentals o situacionals)".

Com a 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 el medi en què viu, però quan apareix en la seva vida un esdeveniment estressant com, per exemple, una ruptura de parella, això el porta a un període de dolor i patiment. Quan passa això es troba en la primera fase d'impacte, que dura en la mesura que prengui consciència d'aquest fet en la seva vida, la qual cosa pot anar acompanyada de diferents manifestacions, com por, pena, culpa o bé un debilitament de les percepcions. Més endavant es tornarà incrèdul o es trobarà paralitzat.

Després, l'individu pren consciència de les conseqüències d'aquest esdeveniment, s'abstreu del seu context social habitual i manifesta patiment.

Tot seguit s'hi pot adaptar, i així resoldre la crisi, i per tant augmentar els recursos personals a l'hora de tornar-se a enfrontar a un altre esdeveniment de característiques semblants; però també pot passar que no s'hi adapti, i presenti símptomes crònics, records traumàtics, dependències, i per tant corri el risc de posar-se malalt, és a dir, de deterioració psicològica o física.

En aquest sentit, i si tenim present que la patologia està determinada per la interacció entre els àmbits biològic, psicològic i social, en el procés de salut i malaltia hem de delimitar el reconeixement d'aquests factors, tenint en compte que, segons quin sigui el problema i el reconeixement que se'n faci, aquesta valoració pot ser més o menys evident.

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

Hem de tenir en compte els **factors psicològics**, com l'experiència de la socialització en general, i tot el que estigui relacionat amb el pensament, els sentiments i les emocions, i també les formes de comportament.

Hem d'entendre per **factors ambientals** "l'àmbit social", l'estil de vida, les seves relacions amb la família, els amics, la feina, la 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 hi estigui sotmès i si potser no té gaire suport familiar i d'amics (xarxa de suport informal) i la seva capacitat d'afrontació personal és escassa, pot desenvolupar amb una gran probabilitat una malaltia o un problema de salut.

4. Les patologies psiquiàtriques

Per a elaborar un diagnòstic social adequat, hem de conèixer les malalties mentals més greus, les més freqüents, i també n'hem de conèixer els símptomes, de manera que puguem diferenciar els trets patològics dels de personalitat, dels ambientals i dels socials. Això ens permetrà elaborar un estudi social adequat 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 els neuròtics es refereixen a un estat de malestar i d'ansietat, però sense perdre contacte amb la realitat. Les psicosis més comunes són 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 ha les fòbies, la histèria i els **trastorns obsessivocompulsius**, que són els més importants i els que generen una alta dosi d'ansietat, però sense desconnectar de la realitat.

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

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 què es localitza la lesió, i per tant els símptomes també són diferents segons la zona afectada. El dany cerebral es pot deure a una malaltia orgànica o al consum de tòxics. Els símptomes associats a aquests trastorns mentals són 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, la falta de resposta a petits problemes quotidians, la capacitat de judici reduïda, els errors perceptius i el pensament desordenat que no es correspon amb la realitat, és a dir, una deterioració cognitiva progressiva, ens assenyalen la possible aparició d'una demència.

L'esquizofrènia fa referència a la dissociació entre les emocions i la cognició; apareix de manera 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 hi ha dues grans classificacions de malalties mentals:

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

Les dues classificacions coincideixen a indicar que hi ha 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 més bon pronòstic i una més bona adaptació posterior.
- Esquizofrènia hebefrènica o desorganitzada. Hi predominen els símptomes negatius, de predomini emocional, es presenta més precoçment i té més mal pronòstic.
- Esquizofrènia catatònica. Hi predominen les alteracions motores i una marcada inhibició. Els símptomes principals són mutisme i rigidesa muscular.
- Esquizofrènia indiferenciada. Si els símptomes estan barrejats i no hi ha predomini d'uns sobre altres.
- Esquizofrènia residual. Qualsevol esquizofrènia pot evolucionar a una de residual. 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, els trastorns paranoïdes, neuròtics i de la personalitat. En *les alteracions de l'estat d'ànim*, com la *depressió*, apareixen símptomes com una gran tristesa, culpa, desesperança, sentiments d'inutilitat, i el seu oposat, la *mania*, amb estat emocional exaltat, expansiu. Els trastorns paranoïdes cursen amb idees delirants, de persecució, de grandesa; una altra forma són les zelotípies, la *gelosia malaltissa*.

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 símptoma.

toma: és la por irracional davant una situació concreta, que a més dificulta la vida de l'individu i el mediatitza; per exemple, 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.

Als 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 patiment de la persona, per la seva desconfiança de l'exterior; en la personalitat narcisista, en canvi, fa falta la constant atenció i admiració dels altres. Les personalitats antisocials es caracteritzen pel fet de violar els drets dels altres i no respectar les normes socials.

Les persones amb trastorn de la personalitat per evitació són molt sensibles al rebuig, la humiliació o la vergonya. La personalitat dependent és passiva, i la persona no és capaç de prendre decisions pròpies; els compulsius són perfeccionistes fins a l'extrem. Les persones amb trets de personalitat passivoagressiva 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 en les consultes, i per tant no es pot elaborar una estadística que reflecteixi la realitat. L'OMS, en un informe que va publicar el 2001 sobre aquest tema, va dir que al món hi ha 450 milions de persones que tenen algun tipus de trastorn mental o neurològic. El risc de patir d'esquizofrènia és d'un 1%, el de depressió, d'un 10%. L'OMS també va mostrar una gran preocupació per l'augment dels trastorns mentals orgànics en la gent gran.

Hi ha diferents classificacions de les malalties mentals. Farem referència a la **CIE-10**, proposada per l'OMS i que reuneix les patologies en diferents grups:

a) Trastorns mentals orgànics, incloent-hi els simptomàtics:

- Demència en la malaltia d'Alzheimer.
- Demència vascular.
- Demència en les malalties de Pick, de Huntington, de Parkinson, del VIH i de Creutzfeldt-Jakob.
- Síndrome d'amnèsia orgànica.
- Delírium.

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

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

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

c) Trastorns de l'humor o afectius:

- Episodis de mania i d'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:

- Trastorns de conducta alimentària.
- Trastorns 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 i del llenguatge.
- Retard de l'aprenentatge i retard escolar.

h) Trastorns del comportament:

- Trastorns hipercinètics.
- Trastorns dissocials.
- Trastorns de les emocions.
- Trastorns de comportament social.
- Tics.
- Trastorns emocionals, com l'enuresi o l'encopresi.

5. Escales de valoració per a detectar malestar mental

5.1. La demència

És interessant prestar una atenció especial a les **demències**, ja que hi haurà un gran nombre de pacients que atendrem que estaran relacionats amb aquesta patologia, de manera que caldrà fer-ne una valoració integral per a veure els aspectes socials en l'estudi de la demència i en el tractament del pacient, sense passar per alt la figura del cuidador.

5.1.1. Valoració de l'esfera clínica

Ha d'incloure l'entrevista psiquiàtrica, que l'ha de dur a terme el metge especialista, i l'**entrevista social en salut mental**, a càrrec del treballador social sanitari. També és interessant conèixer els aspectes clínics i de les malalties en psiquiatria:

"Dentro de los aspectos clínicos destacar: los efectos del envejecimiento fisiológico, la elevada incidencia de pluripatología, la tendencia de la enfermedad a producir incapacidad funcional o incluso a debutar como tal, la forma de presentación atípica como uno de los grandes síndromes geriátricos. Todo esto conduce a un reconocimiento tardío de la enfermedad, a un manejo complicado, generándose a menudo conflictos éticos. De ahí deriva la necesidad de una valoración (geriátrica e integral) por un equipo multidisciplinar que conlleva la participación de diferentes profesionales de salud".

A. C. Sanjoaquín. *Valoración geriátrica integral*.
<<http://www.segg.es/publicaciones.asp>>

Pel que fa als aspectes socials, hem de tenir present la repercussió que hi té la malaltia, tant en l'entorn més pròxim de la persona gran 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 la persona gran de fer 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 hi incloem les tasques que la persona ha de fer cada dia per a l'autocura, la higiene, la roba, l'alimentació. Les AIVD fan referència a les tasques en què la persona interacciona amb el medi per mantenir la independèn-

cia, com ara cuinar, comprar o fer servir el telèfon. Les AAVD inclouen les que permeten a l'individu col·laborar en activitats socials, en activitats recreatives, treballar, fer viatges i fer exercici físic intens.

A mesura que avança el grau de deterioració funcional, augmenta 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.

En el moment d'explorar l'esfera funcional, és imprescindible interrogar la persona sobre la dependència física.

Les escales més usades per a avaluar les activitats bàsiques de la vida diària són les següents:

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

- Banyar-se.
- Vestir-se i 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* (núm. 14, pàg. 61-65)–, és l'instrument recomanat per la Societat Britànica de Geriatria per a avaluar les ABVD en les persones grans. És l'escala més coneguda en l'àmbit internacional per a la valoració funcional de pacients amb malaltia cerebrovascular aguda. L'aplicació d'aquesta escala és fonamental en unitats de rehabilitació i en unitats de salut mental de mitjana estada:

- Banyar-se.
- Vestir-se.
- Higiene personal.
- Ús del vàter.
- Transferències (trasllat llit-butaca).
- Pujar o baixar graons.
- Continència urinària.
- Continència fecal.
- Alimentació.

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

- Dependència total: puntuació de menys de 20.
- Dependència greu: puntuació de 20 a 35.
- Dependència moderada: puntuació de 40 a 55.

- Dependència lleu: puntuació igual o més gran que 60.

Presenta un gran valor predictiu sobre mortalitat, ingrés hospitalari, durada d'estada en unitats de rehabilitació i emplaçament en 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. 339-346). Permet obtenir una impressió ràpida i quantificada del grau d'incapacitat. S'avaluen els aspectes següents:

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

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

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

e) L'escala més emprada per a avaluar les AIVD és l'índex de Lawton i Brody, instrument publicat el 1969 i construït per a fer-lo servir específicament amb població de persones grans:

- Fer servir el telèfon.
- Anar a comprar.
- Preparar el menjar.
- Fer feines de la casa.
- Rentar la roba.
- Fer servir transports.
- Controlar els medicaments.
- 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'aquestes dues àrees.

La fragilitat cognitiva depèn dels punts següents:

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

La fragilitat afectiva de la persona gran depèn fonamentalment de trastorns psíquics, trastorns d'ansietat i depressió.

L'entrevista clínica es pot complementar de manera 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 els factors que en poden afectar la puntuació (nivell cultural, dèficit sensorial).

Hem de tenir sempre present que un test és un bon complement de la història clínica, però no diagnòstica mai per si sol una demència.

5.1.4. Valoració de l'esfera cognitiva

Tenim múltiples tests, dels quals destaquem els següents:

- **Qüestionari de Pfeiffer (*short portable mental status questionnaire*).** Explora l'orientació temporoespacial, la memòria recent i remota, la capacitat de concentració i càlcul.
- ***Mini-mental state examination*, de Folstein.** Detecta la deterioració cognitiva moderada.
- **Miniexamen cognoscitiu, de Lobo.** També es fa servir en persones amb deterioració cognitiva greu.
- **Test del rellotge.** També detecta quadres confusionals.
- ***Set-test*.** 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 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, i també les implicacions sobre la qualitat de vida, tant del pacient com del cuidador principal, fan indispensable la valoració per a trobar símptomes de sobrecàrrega. Es pot fer de manera lliure, amb entrevista clínica o dirigida mitjançant l'ús d'escala. Una de les escales emprades amb aquesta finalitat és l'*escala de Zarit* de sobrecàrrega del cuidador, que explicarem en la valoració social.

5.1.5. Valoració de l'esfera afectiva

La depressió és el trastorn psiquiàtric més freqüent en la gent gran. Té repercussions importants sobre la qualitat de vida, la situació funcional i cognitiva. Fa allargar les estades hospitalàries i és la font de nombroses consultes, ingressos i tractaments. Malgrat que continua essent més freqüent en les dones, amb l'edat aquesta diferència es redueix.

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

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

Per a valorar l'esfera afectiva, tenim el suport de les escales següents:

- Escala de depressió geriàtrica de Yesavage.
- *Geriatric depression scale*.
- 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 fer servir 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 fàcil de fer anar, es va elaborar 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 Gerardo Grau en població espanyola de gent gran, en què s'ha comprovat la fiabilitat i viabilitat. Proporciona informació sobre cinc àrees: estructura familiar i recursos socials, recursos econòmics, salut mental, salut física i capacitats per a dur a terme AVD (Duke University, 1978). Avalua les respostes en una escala de 6 punts, que van des de recursos socials excel·lents (1 punt) fins a l'**Escala de valoració sociofamiliar de Gijón**. Creada a finals dels noranta, es fa servir per a valorar la situació social i familiar de les persones grans que viuen en un domicili. L'objectiu és detectar situacions de risc i problemes socials per a posar en marxa intervencions socials.
- **Escala de Filadèlfia.** Elaborada 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 a mesurar o quantificar la qualitat de vida. Avalua l'actitud davant l'envelliment, la insatisfacció amb la solitud i l'ansietat amb un objectiu clar, el de mesurar el grau subjectiu de satisfacció de la persona gran. L'aplicabilitat és excel·lent i només és limitada o interferida per la presència de trastorns del llenguatge (afàsies) i deterioració cognitiva. Quan fem la valoració social, hem de tenir en compte el cuidador principal, peça clau en l'entramat de l'atenció en el dia a dia de la persona gran. En la sobrecàrrega dels cuidadors hi 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 emprats pels cuidadors i l'accessibilitat als recursos socials.
- **Escala de Zarit.** L'escala més usada per a valorar la sobrecàrrega del cuidador principal de pacients amb demència és l'escala de Zarit. Explora el patiment 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.

Hi ha altres escales de valoració social, com l'escala d'avaluació de la capacitat adaptativa, l'escala d'intensitat de suport, l'escala de Kuntzman i l'escala d'AVD de grups d'ús de recursos.

En algunes unitats de psiquiatria de diferents comunitats autònomes es fa servir 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 projecte Health of the Nation del Departament de Salut britànic. Es fa servir per a mesurar tot el rang de problemes físics, personals i socials associats a la malaltia mental, que poden emprar professionals de la salut mental de manera rutinària i en un context clínic.

Material de 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, i també l'hospitalització. Inclou els punts següents:

"El diagnòstic i tractament dels trastorns mentals aguts i de les reaguditzacions de processos crònics; comprèn les intervencions individuals o familiars, el tractament ambulatori, les intervencions psicoterapèutiques a l'hospital de dia i l'hospitalització de curta estada quan calgui.

L'atenció a les persones amb trastorn mental greu.

El diagnòstic i tractament de trastorns mentals crònics, incloent-hi l'atenció integral a l'esquizofrènia; abraça el tractament ambulatori, les intervencions individuals i familiars i la rehabilitació.

El diagnòstic i tractament de conductes addictives, incloent-hi l'alcoholisme i les ludopaties.

El diagnòstic i tractament de trastorns de la infància i adolescència, incloent-hi l'atenció a nens amb psicosi, autisme i amb trastorns de conducta general alimentària (anorèxia/bulímia); comprèn 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 d'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 del Sistema de Salut d'Aragó.

Les estructures de salut mental que integren el model assistencial de psiquiatria comunitària són les que exposarem tot seguit, encara que, és clar, es diferencien i es compleixen segons com ho estructura cada comunitat autònoma.

6.1. Els centres de salut mental

Constitueixen l'eix central de la xarxa assistencial de salut mental, solen ser en centres de salut d'atenció primària i es divideixen en els centres següents:

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

Les seves funcions bàsiques són les següents:

- Oferir tractament a tots els pacients de manera ambulatoria, tant al centre com a casa.

- Coordinar-se amb els equips d'atenció primària, i també 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.

Els components de les unitats de salut mental són psiquiatres, psicòlegs, personal d'infermeria, personal auxiliar administratiu i, en algunes, un treballador social sanitari. El nombre de psiquiatres i psicòlegs depèn del volum de població que cal atendre.

Presència del treballador social

Malauradament, no totes les unitats de salut mental tenen la nostra presència; aquest lloc es comparteix amb molta regularitat amb el treballador social sanitari d'atenció primària.

6.2. Les unitats d'hospitalització psiquiàtrica

Són els serveis d'ingrés en hospitals generals, en els quals 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, acostuma a anar 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, amb l'acceptació del pacient, o involuntari, amb intervenció de la justícia per a decretar-ne l'ingrés. Els 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 un o uns quants treballadors socials per a l'atenció psiquiàtrica de manera específica, tant en la unitat d'ingrés com en consultes externes o ambulatòries.

Quan s'ha donat d'alta el pacient, si ha recuperat un estat adequat de consciència de la malaltia i els símptomes han remès, se sol optar pel seguiment ambulatori, amb visites al principi freqüents. Hi ha altres alternatives per al seguiment dels pacients, com l'hospitalització parcial i els centres de dia. Si l'estat del pacient 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 la gent gran, processos de dol, psicosis i deliris tardans, o trastorns psiquiàtrics amb alteracions del comportament.

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

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

geriatria, neurologia o neuropsicologia. A més, duu a terme funcions de coordinació amb la xarxa de suport social comunitari públic i el tercer sector, i pot incloure la valoració a 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 aborden aspectes relacionats amb el tractament i la rehabilitació. El pacient hi sol anar des del matí fins a mitja tarda, durant un temps variable que fluctua entre un i sis mesos. Els objectius que es treballen en aquests centres són diversos: monitorar i assegurar el tractament farmacològic i sobretot focalitzar l'esforç de la reintegració, amb l'entrenament d'habilitats socials i l'establiment de programes psicoeducatius que contribueixin a la conscienciació de la malaltia.

Els pacients que accedeixen a aquests programes són els que estan en remissió total o parcial dels símptomes. Se solen formar grups de pacients que fan 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 al qual es promou un espai per a compartir experiències i augmentar el coneixement de la malaltia gràcies a la transferència d'informació.

El personal que compon l'hospital de dia està format per psiquiatres, psicòlegs, infermers, auxiliars de clínica i un treballador social sanitari.

b) Unitats de rehabilitació

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

c) Centres de dia

Les principals funcions són les de reinserció social i rehabilitació. Els professionals són educadors, auxiliars de clínica, terapeutes ocupacionals i un treballador social sanitari.

d) Pisos protegits, tutelats

Estan inserits a la comunitat, en convivència grupal, però sempre amb suport i supervisió de terapeutes; aquestes estructures les solen supervisar i controlar els treballadors socials sanitaris i els auxiliars de clínica. Els pacients poden

fer vida totalment autònoma. En situacions en què no hi ha xarxa de suport informal o davant situacions de claudicació familiar, aquests centres de rehabilitació poden ser un recurs definitiu.

"Donen 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 sanitaris d'atenció a la salut mental del Sistema de Salut d'Aragó

e) Petites residències

Donen el suport habitual d'un centre residencial. Cobreixen, per tant, les necessitats bàsiques de la vida diària, com la higiene personal, l'alimentació i les cures generals, i la supervisió de la presa de medicaments i adhesió al tractament. A més d'aquestes activitats, s'acompanya els pacients a les gestions que els faci falta, amb tracte individualitzat, és a dir, l'atenció en el centre s'ajusta a les necessitats que plantegi cada pacient.

D'altra banda, el tractament en les residències és integral i preveu també els aspectes socials, incloent-hi activitats com el suport en la recuperació d'habilitats socials, potenciant l'autonomia personal i fomentant l'autocura; la psicoeducació, la integració en la comunitat i la 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 i poden estar vinculats als serveis de salut mental. Estan orientats a la reinserció social i laboral del pacient. Aquests serveis, sempre que siguin específics de salut mental, els solen dirigir terapeutes ocupacionals i educadors, juntament amb els treballadors socials sanitaris.

Els treballadors socials sanitaris 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 els pacients, amb les seves famílies i amb la comunitat en general, per a contribuir amb tots plegats a comprendre les malalties mentals i per tant a acceptar-les.

Hi ha un gran nombre de pacients que atenem en les consultes de salut mental d'atenció primària en els quals considerem que és prioritari fer alguna activitat o algun 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 patologia, per a participar en els recursos dirigits a malalts mentals,

de manera que hem de fer servir 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 tingui 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 malalts participen en **grups terapèutics** per a treballar aspectes sobre la salut i no pas sobre la malaltia; aquests grups sempre són dirigits per un terapeuta.

Com que els dispositius comunitaris no responen a les necessitats de detecció, diagnòstic, valoració i atenció a la psicosi precoç, en algunes comunitats autònomes s'implanten de manera progressiva els equips d'intervenció precoç i els equips de tractament assertiu comunitari, com ara dispositius d'intervenció i seguiment de pacients amb trastorn mental greu. D'aquesta manera, es vol atendre tant els pacients que no arriben a les unitats de salut mental per problemes en la no-acceptació de la malaltia, com els pacients que pels problemes propis de la malaltia, per les circumstàncies socials i familiars o pels insuficients recursos de salut mental estan en risc d'abandó del tractament o d'exclusió social. Aquests equips són interdisciplinaris, intenten acostar als pacients el tractament sanitari adequat en la comunitat i garanteixen la continuïtat de cures i la coordinació amb els equips de salut mental i sociosanitaris que calgui.

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 afers de salut.

Aquest canvi sobre el concepte de *salut* s'acompanya de canvis en tot el sistema, que es veu obligat a reconèixer que les malalties poden ser determinades per molts factors, entre els quals, les característiques psicosocials, les emocionals i les del seu entorn. El sistema sanitari està modificant els objectius envers la detecció de riscos físics, socials i psicològics, i cada vegada més se centra en programes de prevenció i promoció de la salut. Amb la salut mental passa això mateix.

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

En el sistema de salut mental, la nostra feina consisteix a donar suport a les persones amb problemes mentals, a fi de millorar-los amb la nostra intervenció la qualitat de vida i el grau d'autonomia personal, familiar i social.

"La filosofía que anima los principios del trabajo social pone en el centro de la práctica valores que típicamente dan el primado a la autonomía de los clientes: derechos de ciudadanía, dignidad de las personas, autodeterminación, colaboración como iguales y devolución de poder.

Todos estos valores crean un estilo de pensamiento y de comportamiento profesional al que repugna cualquier tipo de actuación benevolente «por el propio bien del cliente», la cual se percibe como caritativa y paternalista. La doctrina predominante dentro del trabajo social con relación a los dilemas que presenta el paternalismo consiste en negar que las intervenciones paternalistas estén justificadas y adopta la regla general de respetar y tutelar las decisiones autónomas de los clientes. No obstante, esta regla general sobre la buena práctica profesional admite dos excepciones en las que el trabajador social estaría autorizado a actuar de forma paternalista:

Aquellas situaciones en la que exista un mandato institucional claro e ineludible para el trabajador social de proteger al cliente.

Aquellas en las que la disminución de competencia del cliente para realizar elecciones sobre su propio bien le hiciera incurrir en decisiones o acciones perjudiciales para su propia persona.

Pero, al considerarse estas situaciones como excepcionales, el principio general que se considera que debe regular toda práctica profesional es contrario a cualquier violación del derecho de autodeterminación de los clientes".

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

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

En aquest àmbit, el treballador social sanitari ha de protegir els pacients, que en la majoria de les ocasions no tenen prou capacitat, ni capacitat de judici, per a prendre les seves pròpies decisions, o almenys les més adequades per a protegir i preservar la seva salut, la de la seva família i del seu entorn.

Hi ha moltes situacions en què hem de protegir els pacients i fins i tot instar a fer que se'ls retirin els drets, com és la mateixa 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 manera saludable, sobre la seva vida i els seus béns.

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

D'altra banda, per a dur a terme la nostra activitat professional de manera 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 el qual es produeixen les modificacions dels problemes individuals o familiars del pacient.

"El trabajo social clínico, por consiguiente, puede implicar intervenciones tanto en la situación social como en la situación de la persona. Los tres fundamentos principales por los que el trabajador social clínico produce el cambio son:

por medio de la relación interpersonal,

por medio de cambios en la situación social,

por medio de cambios en las relaciones con las personas significativas en el espacio vital de los individuos".

E. Garcés (2007). "La especificidad del trabajador social en salud mental". *Trabajo Social y Salud* (núm. 56, pàg. 312).

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 la manera com exercim les nostres funcions diferenciadament 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. L'hem de prestar als pacients, a les famílies i als grups que presenten un problema social en relació amb la seva malaltia mental:

- Hem d'analitzar la demanda, fer-ne la valoració social i familiar, elaborar el diagnòstic social sanitari, planificar la nostra intervenció i coordinar amb l'equip de salut mental les nostres intervencions.
- Hem d'identificar els problemes, avaluar riscos a curt, mitjà i llarg termini, i també identificar les capacitats conservades del pacient i potenciar-les.
- Hem d'aplicar 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 o definició del projecte vital amb el pacient.

Més endavant desenvoluparem i desglossarem de manera més detallada les funcions.

b) Funció preventiva:

- De promoció i d'inserció social. Hem d'intentar aconseguir la integració social del pacient mitjançant la informació i tramitació dels recursos normalitzats o específics de salut mental. Hem de fomentar i potenciar la creació de grups d'autoajuda, de grups terapèutics, d'associacions d'afectats i familiars de malalts mentals.

c) Formació, docència i recerca.

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

8. Funcions i activitats dels treballadors socials sanitaris en els equips de salut mental

Les funcions i les activitats són les següents:

a) Funció assistencial. Està determinada per l'atenció a persones que per la seva malaltia acudeixen al sistema sanitari i presentin una demanda d'atenció socio sanitària. L'assistència s'ha de fer al centre sanitari o al domicili del pacient.

Activitats:

- Entrevista al pacient i als familiars.
- Orientació, suport i assessorament als individus, a la família i als 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 detectar pacients de risc. Anàlisi dels factors socials que incideixen en el procés de salut.
- Potenciació dels recursos personals del pacient i la seva família, fomentant l'autoresponsabilitat en la resolució del seu problema.

b) Funció educativa. Es vol fer una modificació dels hàbits, dels comportaments i de les actituds en els pacients i els seus familiars.

Activitats:

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

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

Activitats:

- Coneixement i anàlisi dels factors socio sanitaris que incideixen en el pacient o en la salut de la població.
- Recepció i captació de les demandes sorgides en grups, institucions i associacions de la comunitat.

- Participació en la programació, l'execució i l'avaluació de les activitats de l'equip de salut mental, aportant els continguts psicosocials i aspectes metodològics propis de treball social sanitari.

d) Funció docent. Hem de participar en les unitats docents de la zona, i hem de procurar una aportació d'aspectes propis del treball social sanitari i de participació social i comunitària.

Activitats:

- Participació en la formació continuada específica dels treballadors socials i 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 hem d'explorar les causes o els factors psicosocials que tenen més relació en el procés de salut-malaltia, sia per incidència o prevalença, i també les intervencions socials que són més eficaces en els diferents processos.

Activitats:

- Participació en l'elaboració del diagnòstic de salut aportant-hi 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 en la programació, l'execució i l'avaluació dels programes de salut per mitjà del pla de treball.
- Elaboració d'estudis sobre la prestació del servei per a millorar-ne la qualitat i fer-lo més accessible.
- Participació en els projectes de recerca de tipus clínic, epidemiològic i social proposats en l'equip.

f) Funció de coordinació. Els treballadors socials sanitaris som l'enllaç entre l'equip i la comunitat. Aquest aspecte és important per a optimitzar els recursos i fer actuacions que es duguin a terme en funció de la situació i problemàtica sociosanitària de la població dins la mateixa institució, entre sectors i entre les diferents institucions.

Activitats:

- Informació als professionals de l'equip sanitari sobre els recursos socials i sanitaris públics i privats i la manera d'usar-los adequadament.
- Establiment de canals d'interconsulta permanent amb l'equip i altres àmbits.

- Participació en les reunions periòdiques d'avaluació i de coordinació de l'equip.
- Implantació de protocols, processos i procediments amb l'equip sanitari i amb institucions, organitzacions i associacions de la zona que treballin en la rehabilitació i inserció social dels pacients amb problemes de salut mental i les seves famílies.
- Reunions de coordinació amb altres treballadors socials sanitaris de la zona, els d'atenció primària o especialitzada, per a fer el seguiment dels casos.

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 diagnosticat condicions de salut mental. La promoció de la salut mental concerneix essencialment la realitat social en què tothom se sent compromès amb el benestar mental.

La psicologia positiva s'interessa també per la salut mental i fins i tot hi és més pròxima que no pas els tractaments psiquiàtrics. La *promoció de salut mental* és un terme que cobreix una varietat d'estratègies. Aquestes estratègies es poden veure des de tres àmbits:

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

2) **Àmbit comunitari.** Una creixent i cohesionada inclusió social, que desenvolupa les estructures d'ajuda que promouen la salut mental a la feina, estudi i a la ciutat.

3) **Àmbit oficial.** L'estat de cada nació compromès en plans que redueixin les barreres socioeconòmiques promovent oportunitats pel que fa a la igualtat d'accés als serveis de salut pública per als 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 de la nostra feina. D'aquesta entrevista obtindrem la major part de la informació que fa falta per a elaborar el diagnòstic social i per a fer-ne després l'abordatge terapèutic.

Comentarem aspectes que cal tenir en compte a l'hora de fer una entrevista:

- **Privacitat.** Hem de procurar que l'entrevista es faci en un despatx o en una habitació –depèn del lloc on treballem–, però sempre ha de tenir lloc en un espai on es garanteixi la confidencialitat.
- **Confidencialitat.** Hem de demanar al pacient la seva opinió a l'hora de fer l'entrevista: si s'estima més estar sol o si s'estima més que hi hagi algun familiar. Hem d'assegurar tant al pacient com als familiars que allò de què es parlarà en aquest espai es mantindrà en estricta "secret professional".
- **Comoditat.** Hem d'intentar que l'espai sigui tan còmode com es pugui, tant per al pacient com per a nosaltres; hem de procurar de no tenir objectes perillosos a l'abast del pacient, com unes tisores o elements punxants.

Pot ser que hàgim de valorar a casa seva un malalt psiquiàtric, en fase aguda de la malaltia, no col·laborador amb el tractament i suspicax a la nostra intervenció. En aquestes ocasions sempre hem d'anar acompanyats d'un professional sanitari o social i, si considerem que fa falta, optar per l'internament; si no tenim la voluntarietat del pacient, hem de sol·licitar la presència de les forces d'ordre públic, policia o Guàrdia Civil.

La durada de l'entrevista depèn de la situació, però hem d'intentar que no excedeixi una hora.

Si excedim aquest temps, tant l'entrevistador com l'entrevistat es poden cansar i pot ser que l'entrevista no sigui operativa.

L'entrevista pot ser oberta i dirigida o tancada, segons la situació que cal tractar, l'espai i el grau de col·laboració del pacient.

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

Hem d'intentar tenir una actitud de respecte envers el pacient i la seva situació, mostrant **cordialitat, empatia², disposició assertiva, ordre, respecte i flexibilitat**.

⁽²⁾a intentar posar-se en el lloc de l'altre, però amb una distància emocional i professional que ens permeti més endavant establir amb el pacient i la seva família pautes per a un tractament.

Hem de prendre 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 estudiants en pràctiques, sia de grau de treball social, de postgrau de treball social sanitari o residents de medicina, hem de demanar sempre al pacient si li fa res que hi siguin durant l'entrevista. És recomanable que no hi hagi més de dos terapeutes a la sala, és a dir, no més d'un acompanyant o observador en la consulta.

10. Història de treball social sanitari en salut mental

És important saber fer una entrevista en salut mental, i no ho és menys registrar les dades obtingudes i també elaborar el diagnòstic social i la planificació terapèutica. Registrar les dades no vol dir que el dispositiu sanitari en el qual fem la nostra feina disposi d'una història social al marge de la història clínica. Els treballadors socials sanitaris hem de treballar i, per tant, registrar la nostra feina en el document d'història clínica, que és el document únic de registre per als treballadors socials sanitaris.

Per a fer després una interpretació i elaboració del diagnòstic social sanitari, és important recollir les dades següents:

- Qui ha enviat el pacient a la consulta?
- De qui parteix la derivació?
- Qui ha identificat el problema?
- Qui ens demana ajuda?

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

A sol·licitud:

- Del pacient.
- De la família.
- Del sanitari, del metge, dels infermers, etc.
- De la xarxa comunitària informal (amics, veïns, etc.).
- D'organitzacions o serveis de la comunitat (associacions de malalts, per exemple).
- Dels serveis socials comunitaris.

10.1. Motiu de consulta

És important que tant la persona que formula la demanda com el pacient indiquin el motiu, és a dir, hem de conèixer el problema presentat i sentit. Per a fer-ho, pot ser important una interconsulta amb el professional sanitari que permeti contrastar opinions referent a la situació.

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

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

Reflexió

Encara hi ha centres sanitaris on els treballadors socials sanitaris disposen de les seves pròpies històries de treball social sanitari. Amb vista al desenvolupament professional, i com a col·lectiu sanitari, no és aconsellable tenir documentació paral·lela, perquè perdríem informació de manera bilateral, tant nosaltres com la resta de professionals sanitaris que treballen amb el pacient.

Reflexió

El motiu de consulta no coincidirà sempre. De vegades, el motiu pel qual se sol·licita la nostra intervenció és diferent en funció del professional sanitari, ja que pot tenir un objectiu concret pel que fa a la nostra intervenció i a la manera que té de veure el problema del pacient. D'altra banda, hi ha la manera que té el pacient de veure el seu problema o situació. Tots dos motius són importants i els hem de tenir presents.

És important conèixer les malalties més importants que hi ha hagut a la família, ja que el factor biològic és present, i d'altra banda saber les dificultats que pot tenir el pacient 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. També hem de saber si la seva parella o els seus fills tenen cap malaltia, sia psíquica o física, que els pugui generar pèrdua d'autonomia.

Hem de recollir les dades següents:

- Dades de la personalitat del pacient:
 - Expressivitat emocional.
 - Sociabilitat.
 - Trets obsessius i d'altres.
 - 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, com es mou, si té 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.
 - Gana.
 - Son.
 - Energia i interès per les coses.
 - Idees autolítiques (o suïcides).

- Estat cognitiu:
 - Memòria, atenció i concentració i orientació pel que fa al temps i a l'espai.

- Consciència que té de la malaltia.
- Valoració sobre la informació que té del funcionament dels serveis i sistemes públics.
- Valoració d'habilitats socials.
- Valoració del grau d'autonomia (limitacions físiques i psíquiques per a dur a terme 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.
- Feina.
- Educació i formació.
- Estudi de la situació de l'habitatge.
- Nivell de participació social.
- Valoració del grau d'acceptació social.
- Acceptació de la malaltia del pacient i de la unitat familiar (cuidador).
- Adhesió al tractament.
- Afectació de la malaltia en l'estil de vida.
- Valoració del consum de tòxics.
- Registre dels problemes sentits pel pacient.
- 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 fem al domicili, hem d'incidir en els punts següents:

- Anàlisi de la situació de dependència del pacient, físicamental i social.
- Anàlisi i estudi de les relacions en el seu entorn familiar i social.
- Estudi del grau d'autonomia per a dur a terme les AVD.
- Estudi de la situació de convivència.
- Característiques del medi familiar.
- Rol del pacient en el medi familiar.
- Estudi de les relacions del pacient 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 de diagnòstic social.
- Elaboració d'un pla d'intervenció social.
- Regulació de visites domiciliàries de seguiment amb l'equip sanitari i els cuidadors.

- Regulació de visites a domicili amb institucions de caràcter social i del tercer sector.
- Atenció social als problemes detectats.
- Foment de l'autoestima del pacient i dels cuidadors.
- Ajuda per a acceptar les seves limitacions.
- Suport emocional.
- Facilitació de la comunicació entre el pacient i el medi familiar.
- Afavoriment de la col·laboració de la família, dels veïns i dels amics.
- Mobilització de recursos socials i sanitaris a domicili.
- Coordinació amb els serveis socials.
- Coordinació amb els diferents dispositius sanitaris tant de primària com d'especialitzada i sociosanitaris.

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

Cas pràctic A

Maribel, de cinquanta-dos anys. És alcohòlica, viu amb la seva parella, de cinquanta-cinc anys, en un poble d'uns seixanta habitants. La relació de convivència és insuportable, la seva única filla es va morir als disset anys. La derivació la fa la treballadora social dels serveis socials de la comarca en què viu i el motiu és la sortida de la pacient del nucli rural en què s'està amb la seva parella; ella ha de sortir de la casa, que és d'ell. Demana de començar un estudi i un tractament social per a la deshabitació de l'alcohol de la pacient.

Derivació de la treballadora social dels serveis socials comunitaris.

Demanda de tractament de deshabitació d'alcohol.

Després de la informació que tenim fins ara de les dades importants per a registrar, hem d'elaborar un estudi dels hàbits d'alcohol en 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'ell, és a dir, hi ha una relació violenta entre tots dos. Si considerem que fa falta, hem de fer una pregunta, amb molt tacte, sobre la defunció de la seva filla. Per ara disposem de dades com l'alcoholisme de la pacient i dels seus familiars, la relació violenta amb la seva parella i la defunció de manera traumàtica de la seva filla.

Planificació terapèutica I:

- Establir l'enllaç terapèutic amb la Maribel.
- Psicobiografia.
- Història psicosocial amb l'alcohol. Antecedents d'alcohol en 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 i no sabem l'estat de deterioració psicològica de la pacient.

En la primera entrevista amb la pacient, està expectant, a la defensiva, molt crítica amb la nostra possible intervenció, de manera que hem de ser amables i oferir-li ajuda per a començar el suport psicosocial en la deshabitació d'alcohol. Li proposarem coordinar-nos i ajudar-la a buscar casa. Comencem la relació **terapeuta-pacient**; cal treballar constantment aquest vincle. L'hem de deixar explicar, sense objectiu terapèutic, només 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 infantesa, la relació amb els germans, les amigues, les parelles, la

filla i com hi ha interferit l'alcohol i forma part de la seva vida. Durant l'entrevista diu que el seu pare i el seu germà són alcohòlics, que ha conviscut sempre amb l'alcohol. Amb la seva primera parella, el seu marit, tenia un bar; llavors ja bevia, però no com ara. Es van separar i se'n va anar a viure amb la parella actual, que va conèixer al bar on treballava ella; es va emportar la seva filla. Parla molt malament de la seva parella. Li plantejem què és el que la preocupa més ara, i insisteix en la relació amb la seva parella. És violenta en la manera d'expressar-se quan en parla; diu que li fa fàstic.

En successives entrevistes hi continuem establint la relació de confiança. Parla de la quantitat d'alcohol i del tipus d'alcohol que beu cada dia; en una de les entrevistes ha begut. Explica que la seva filla no es va morir en un accident de trànsit com ella va comentar, sinó que es va suïcidar: es va penjar a la casa en què viu amb la seva parella actual. Plora la mort de la seva filla, ara fa cinc anys. No suporta el dolor; ningú no pot anomenar la seva filla.

Afegirem dos ítems més en la nostra **planificació terapèutica**:

- Suport en la resolució del dol pel suïcidi de la seva filla.
- Coordinació amb un psiquiatre.

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

En les entrevistes següents intentem continuar escoltant, **escolta terapèutica**, i insistim en el suport per al tractament de la deshabituació d'alcohol. Li proposem juntament amb el psiquiatre l'ingrés per començar un tractament. L'accepta, al cap d'uns mesos.

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

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

Durant un any, s'està al domicili que li han llogat, però s'enfada amb la propietària i la fa fora del pis. Torna amb la seva parella. Des de llavors la qüestió ha empitjorat, perquè hi ha una relació patològica de dependència amb aquest home i al mateix temps de maltractament. Ella continua bevent.

Planificació terapèutica II:

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

Després d'unes quantes entrevistes amb la pacient, continua bevent. Treballem per fer-li veure que important que és que visqui sola i tranquil·la si és que vol poder abandonar el consum de l'alcohol de manera ambulatoria. La relació amb la seva parella és molt violenta, amb tracte vexatori, humiliant. Ella pateix. Ell, militar retirat, ens ve a veure i ens diu que la Maribel està molt malalta i que la traguem de casa seva.

Proposem a la pacient que demani un habitatge protegit pel fet de ser dona víctima de violència de gènere, per mitjà de l'Institut de la Dona. Li expliquem que per a això no cal posar una denúncia a la seva parella. Ella no el vol denunciar, i accepta l'acord, però posa límits de temps. Diu que no sap què fer amb els mobles, la roba, etc. S'evidencia la dependència, **personalitat dependent**.

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

Per ara mantenim una relació terapèutica amb la pacient. Encara no hi hem assolit cap objectiu terapèutic; només hi hem pogut establir una relació terapèutica. De moment hem de continuar així.

Hi ha molts casos i moltes situacions amb pacients en què costa molt temps assolir un objectiu marcat; de vegades se n'assoleix un i més endavant es fa marxa enrere, però els treballadors socials sanitaris som un recurs en si mateix per l'atenció que podem oferir als nostres pacients. En aquest cas és així: suport emocional, escolta terapèutica, informació i orientació de recursos, confrontació o de vegades suport o acompanyament en el seu projecte de vida, presa de decisions.

Aquesta diferència és important perquè ens situa en una altra perspectiva respecte als treballadors socials dels serveis comunitaris: nosaltres no manegem directament els recursos socials, sabem els recursos que tenim, quina utilitat tenen, com s'han de gestionar, però el recurs social en salut mental som nosaltres, els mateixos treballadors socials sanitaris.

11. Models aplicats al tractament social en la salut mental. El mètode bàsic en el treball social sanitari de casos

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

Abans de fer el diagnòstic hem d'entendre que cada persona presenta unes vivències i una manera de sentir-les, i com ell, la seva família i el seu entorn. El diagnòstic, i per tant el pla d'intervenció que marquem amb el pacient, ha d'estar carregat de la particularitat de cada persona i de cada professional. Hem d'intentar que cada intervenció que marquem i cada entrevista que fem no estigui carregada de les nostres subjectivitats i dels nostres prejudicis.

Què en fem ara, de tota aquesta informació? El treballador social sanitari ha de saber quin és el diagnòstic mèdic i el seu pronòstic, i amb aquesta informació ha d'estudiar i analitzar com interfereix i afecta l'estil de vida del pacient, les seves relacions socials, la seva feina, la seva parella, és a dir, la vida.

Hem d'estudiar com l'afecta la malaltia, però també com se sent, què pensa, quines pors té davant la malaltia i com se situa amb els seus valors i creences davant el fet de posar-se malalt, tant ell com el seu entorn. Hem de pensar en la unitat de la persona, tenint en compte els àmbits biològic, psicològic i social, però no hem de passar per alt l'espiritualitat. La manera de sentir i viure el procés de salut i malaltia de cada persona depèn de les seves creences, valors, maneres de pensar, de sentir i d'afrontar en definitiva els esdeveniments vitals que tenen lloc 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 treball social sanitari de casos.

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

El diagnòstic ha de ser ferm, concís, i no ha de donar lloc a altres interpretacions. Hem de poder justificar i defensar el judici emès en qualsevol moment, però tenint present el concepte *temps*: cada esdeveniment vital i problema depèn del temps en què tenen lloc els fets, això és, **temporalitzar**. En l'estudi, el diagnòstic i la planificació de les nostres intervencions hem de marcar els diferents objectius en el temps. Hem de disposar de la **xarxa de suport social, formal i informal** que té el pacient i la capacitat de resposta de l'entorn per a pactar d'aquesta manera els objectius i establir el pla terapèutic. Els objectius terapèutics en el temps els hem de marcar a curt, mitjà i llarg termini.

Reflexió

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

Cas pràctic B

Rachid, de vint-i-quatre 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 dos. No té parella. El seu projecte vital se centra a treballar i enviar diners als seus pares. Treballa en la construcció; ara està de baixa laboral, però d'aquí a un mes se li acaba el contracte de treball.

Fa uns mesos es va començar a trobar malament: sent sorolls, veus, no pot dormir, tremola constantment, no té gana, menja per sobreviure –i perquè la seva família insisteix que ho faci–, fuma sense parar, se sent malalt.

La seva metgessa de família l'ha derivat al seu psiquiatre de referència, que té consulta dos dies per setmana al centre de salut. Viu en un poble d'uns 450 habitants, i el nucli urbà més pròxim és a quaranta quilòmetres d'aquest poble. Amb prou feines surt de casa. De vegades passeja pel poble tot sol; no parla amb ningú.

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

- Abordem l'estudi social per identificar els problemes i emetre després el diagnòstic social.
- Un professional ens planteja la demanda: el seu metge de família.
- La demanda que ens planteja és la següent: informació i suport en l'àmbit laboral.
- Citem el pacient a la consulta del centre d'atenció primària: entrevista.

Comencem l'entrevista presentant-nos. Ja hem estudiat que el tracte ha de ser amable, de respecte. Intentem mostrar empatia amb el pacient en la mesura que sigui possible.

Comencem l'entrevista amb unes preguntes senzilles, obertes i que disposin el pacient a explicar-nos el seu cas.

A tall d'exemple:

- Com te trobes?
- Com van les coses per casa?
- Com estàs d'ànim?

En aquest cas, el pacient gairebé no diu res, la mirada és fixa, somriu, es mostra amable.

Rachid: No em trobo bé, no dormo.

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

Rachid: No.

TSS: Per què et trobes malament?

Rachid: No ho sé.

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

Rachid: Els sorolls.

Té dificultat en l'idioma, està rígid, continua amb la mirada fixa en l'entrevistadora.

TSS: La teva metgessa m'ha dit 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 feina, els sorolls...

TSS: N'has parlat amb el psiquiatre?

Rachid: Sí.

TSS: T'ha donat medicació?

Rachid: Sí.

TSS: Te'l prens?

Rachid: Sí.

TSS: Et fa cap efecte?

Rachid: Continuen els sorolls, més a la nit.

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

Rachid: Sí.

TSS: Et fa res que parli amb ells?

Rachid: És clar que no.

Ens acomiadem del pacient. Concertem una altra cita, però abans comprovem la seva adreça i el seu telèfon i li demanem els telèfons dels seus familiars. Li diem que trucarem al seu germà per entrevistar-lo. Li fem saber que és important que sapiguem l'opinió de la família. El pacient ho accepta.

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

- Identificació de problemes:
 - Pacient que té patologia psicòtica, amb patiment important.
 - Dificultat en la comunicació perquè no sap prou bé l'idioma.
 - Escassa xarxa de suport formal.
 - Pacient en risc d'exclusió social.

Per ara tenim una primera impressió diagnòstica, coneixem l'estigmatització de la malaltia i com limita el pacient 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 es troba malament. Ens calen més dades. A la demanda que ens han fet, de moment, no hi podem donar una altra resposta. Comencem a planificar la nostra actuació pel que fa al diagnòstic. Per ara, una entrevista amb la seva família i la coordinació amb el seu psiquiatre.

Segona entrevista a en Rachid:

En aquesta ocasió està acompanyat del seu germà, que parla espanyol perfectament. Saludem primer el pacient i després ens presentem al seu germà.

Comencem l'entrevista:

TSS: Com van les coses per casa?

Germà: Les coses van malament: en Rachid no dorm, gairebé no parla, només fuma, no fa res, ni a casa, ni fora de casa; de vegades surt a fer un volt pel poble, però torna de seguida.

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

Germà: Bastant intranquils. La meua dona treballa fora de casa –cuida un home gran al poble–, i quan torna està tot per fer, i en Rachid, fumant.

TSS: Què 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 meua 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 arribar fa uns tres anys. Li vaig trobar una feina a la construcció, i treballa amb mi. Abans estava bé, ell; ara va tot malament.

TSS: I la seva situació laboral?

Germà: D'aquí a un mes se li acaba el contracte. Ara està de baixa laboral. Em sembla que no podrà treballar mai més.

TSS: La malaltia d'en Rachid està en un moment de fase aguda; aniria bé de parlar amb el psiquiatre.

Germà: Bé, sí, però què li passarà?

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

Germà: Però al poble no hi ha res.

TSS: Aniria bé que en Rachid anés a classes d'aprenentatge de llengua, 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, llevat del que li dóna el centre de salut.

Planificació terapèutica a curt i mitjà termini I:

Coordinació amb el psiquiatre:

- Estudi de la **situació laboral**, valoració de la possibilitat de tornar a treballar, indagació del temps treballat.
- Estudi de la situació administrativa, permís de residència i de treball.
- Valoració de la petició d'un centre de dia psiquiàtric.

Després de la coordinació amb el psiquiatre, aquest professional ens diu que al Marroc ja va estar malalt, en Rachid, i que la seva cunyada li va portar un informe. També ens diu que el germà d'en Rachid no accepta que estigui malalt. Sabem que els símptomes de les malalties tenen un significat diferent segons la cultura d'on vénen. Al Marroc, el concepte relacionat amb la màgia és una cosa molt habitual. La família i el germà d'en Rachid pensen que està en un estat màgic o d'encantament i que és passatger.

Durant la conversa amb el psiquiatre diem que per ara, i durant un llarg període, és bo que el pacient continuï el tractament i vagi al centre de dia com li plantegem. Mentrestant, la família sol·licita l'informe de la vida laboral. Una altra cita. Com que no es presenten a dues cites, els truquem per acordar una visita a casa.

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: Que bé! Jo també tinc notícies en relació amb el transport perquè vagis al centre de dia. Hi ha una plaça en el transport col·lectiu de la comarca i hi podràs anar cada dia per continuar 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 temps que ha 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 comença el tractament rehabilitador continuarà estant de baixa laboral; a més, té dret a percebre prestació d'atur. Després, si continua la baixa continuarà percebent la prestació econòmica. No té prou temps treballat per a sol·licitar una incapacitat laboral, de manera que, si hi estan d'acord, demanarem un informe al psiquiatre per poder sol·licitar el reconeixement de minusvalidesa.

Rachid: Bé, com tu diguis.

Cunyada: Bé, ho farem així.

Per ara es van complir els objectius terapèutics, i el pacient accepta anar a rehabilitació. Cal tenir en compte que la distància és d'uns quaranta quilòmetres, però de moment ho accepta.

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

Continua de baixa laboral.

Planificació terapèutica, a mitjà i llarg termini II:

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

Diagnòstic social sanitari: "Pacient amb una pèrdua important d'autonomia per dèficit psíquic. Col·labora amb el tractament. Té un suport familiar adequat. Està 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 sociosanitari: amb el tractament social, mirarem de disminuir les situacions de desavantatge o discapacitat detectades, proporcionant l'ajuda i el suport social necessaris per a millorar la seva adaptació social i afavorir la seva reinserció en la comunitat. Així, gestionem el suport social.

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

- Suport emocional: mitjançant l'escolta, l'empatia i la disponibilitat intentarem aclarir situacions amb el pacient en relació amb ell mateix, amb els seus sentiments i emocions i amb el medi en què viu.
- Suport instrumental: ajudes en béns i serveis.
- Suport informatiu: consisteix a proporcionar informació útil per a millorar la manera de front als problemes que sorgeixen durant el procés de malaltia.
- Suport d'avaluació: consisteix a fer repàs amb el pacient dels canvis que es produeixen en el seu procés vital.

El suport es pot fer amb intervencions directes, com les següents:

- Clarificar.
- Informar.
- Persuadir.
- Posar límits.
- Crear noves oportunitats.
- Estructurar objectius i tasques amb el pacient, organitzats en el temps.

Seguiment: hem d'intentar assegurar la continuïtat assistencial des dels serveis sanitaris i dels que faci servir el pacient per a complir els objectius marcats en el pla terapèutic.

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

Hem vist les diferents fases del mètode bàsic:

- Identificació dels problemes.
- Estudi sociosanitari.
- Diagnòstic social sanitari.
- Planificació terapèutica.
- Tractament social.
- Seguiment.

- Avaluació.

Podem recolzar la nostra feina en diferents **instruments i escales**, que es poden fer servir de manera transversal en totes les fases:

- Història de treball social sanitari.
- Escales com les de Goldberg, Pfeiffer, 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 dels treballadors socials en salut mental i la manera d'aplicar-los. Intervencions psicològiques en el treball social sanitari en salut mental

Principalment es poden diferenciar dos tipus d'intervencions psicològiques: les individuals, un terapeuta i un pacient; i les grupals, un terapeuta i uns quants pacients. També es poden distingir per les tècniques o pels objectius que es proposen. Els tractaments psicosocials els poden dirigir 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 en el fet que aquestes tècniques psicosocials són complementàries a qualsevol altra, incloent-hi la teràpia farmacològica. És a dir, formen part del tractament integral, i a més la indicació s'ha d'individualitzar en cada cas i en cada moment evolutiu de la malaltia.

Les teràpies de rehabilitació psicosocial volen facilitar la reincorporació del pacient a la seva forma de vida o ajudar-lo a adaptar-se 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, en què es reuneixi un grup de pacients per a millorar-ne el grau de socialització, fins a tècniques protocol·litzades en què es treballin aspectes concrets o objectius terapèutics que ens marquem amb els pacients.

Entre les modalitats de tractaments psicosocials diferenciem les 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 la manera de conviure amb la malaltia i els símptomes de la malaltia, tant per als pacients com per als familiars. Tot seguit esmentarem alguna estratègia psicològica. Per a afrontar una situació crítica o de tensió es pot recomanar als pacients que es dediquin al seu *hobby* favorit, que surtin a passejar o a parlar amb amics, que llegeixin, que facin servir alguna tècnica de relaxació, que escoltin música, que mirin 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 del pacient. Alguns propulsors d'aquesta tècnica, com el doctor Julian Leff, indiquen les baixes taxes d'ingressos dels pacients que viuen en ambients amb baixa intensitat d'emoció expressada. Els dos abor-

datges esmentats han demostrat que són 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 pacient, família i equip assistencial.

c) **L'entrenament en habilitats socials.** És bàsic. En malalties com l'esquizofrènia, que sol començar al final de l'adolescència o al principi de la vida adulta, es produeix una repercussió en totes les esferes de la vida en un moment clau d'aprenentatge i establiment dels vincles afectius i professionals. Una part de la feina de la psicoteràpia s'ha de centrar a entrenar les habilitats socials interpersonals, entre les quals 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 ara organitzar-se el temps lliure, buscar feina, fer anar els diners, l'aspecte personal, la higiene.
- Habilitats socials i resolució de problemes, per a millorar el grau d'interacció social, centrant-se, entre altres punts, en l'expressió i la comprensió adequada de les emocions, la millora de l'empatia, l'aprenentatge de saber mirar als ulls quan es parla amb algú o modular la gesticulació i l'expressió facial.
- Percepció social, que recull l'interessant concepte de la teoria de la ment, propugnat per la doctora Uta Frith, que 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 durada que ha de tenir quan han cessat les teràpies.

d) **La rehabilitació vocacional.** Consisteix a ajudar a interpretar i dirigir, si cal, l'activitat laboral del pacient. 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 trobar una feina dins la xarxa normalitzada, és a dir, no una feina protegida, sinó amb una dinàmica laboral dins el mercat de treball ordinari. Per a aquesta tècnica cal saber els gustos del pacient, valorar els efectes negatius de la malaltia i fer un seguiment terapèutic de ben a la vora.

e) **La teràpia cognitivoconductual.** Se centra en l'experiència subjectiva del pacient i en la manera d'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. També es treballa 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 Hans Brenner; encara no se n'ha determinat amb estudis l'eficàcia. S'ha descobert que algun dels dèficits cognitius estan relacionats amb els períodes de psicosi o de distorsió de la realitat, mentre que d'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 les alteracions en l'atenció, la capacitat d'abstracció o la memòria, i programes amb exercicis encaminats a identificar i millorar aquestes alteracions.

Hi ha un ampli ventall de teories i models de tractament en el treball social, i hi ha moltes superposicions entre uns i altres; de fet, a la pràctica, no tenen gaires diferències entre si, però sí en la teoria. Els models que cal aplicar depenen de la manera de treballar i del punt de vista del professional.

El que és important no és el model d'intervenció que cal seguir, sinó fer 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 casos:

- Model funcional.
- Model de resolució de problemes (*problem solving*).
- Model de modificació de la conducta.
- Model psicosocial.

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

Marc ampli per a fer la feina

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 dur a terme la nostra tasca professional.

13. Aspectes jurídics i legals en la malaltia mental

Totes les persones tenim dret a exercir la nostra llibertat, i per tant som lliures de decidir si volem ser tractades i de triar el tipus de tractament en el nostre procés de malaltia. Però hi ha situacions, així ho recull la llei, i alguns supòsits legals en què es pot coartar aquest dret constitucional, quan hi ha risc per a la salut i la vida de la persona i de tercers, sia 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 hi ha d'haver un trastorn mental greu, que representi un perill seriós per al pacient o altres persones i que no hi siguin viables altres mesures menys traumàtiques.

Des que va entrar en vigor el gener del 2001, aquest fet a Espanya el regula l'article 763 de la Llei d'enjudiciament civil. Sempre cal una autorització judicial prèvia per a fer un **internament involuntari**, excepte en els casos o situacions d'urgència, en els quals sempre s'ha de donar compte del fet 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, el jutjat, mitjançant el ministeri fiscal, pot entrevistar l'afectat i qualsevol altra persona que consideri oportú, i també pot assegurar el dictamen facultatiu del psiquiatre responsable. Després de la ratificació de l'internament involuntari, els facultatius han d'informar periòdicament de l'estat de salut del pacient i de si cal continuar amb l'ingrés, i també han d'informar de seguida de l'alta hospitalària.

Després de comprovar la necessitat d'ingrés, perquè hi ha un risc greu per a la seva salut o la d'alguna altra persona, i la falta de col·laboració del pacient, cal un informe mèdic o una ordre mèdica, i com que l'ingrés sanitari és un acte mèdic, s'ha de sol·licitar una ambulància per a fer el trasllat, tenint en compte que hi ha unitats especials per a fer aquest tipus d'ingressos, i si cal, s'ha de sol·licitar suport a les forces d'ordre públic i seguretat de l'estat, policia o Guàrdia Civil.

Si es considera que l'estat del pacient requereix valoració, però no es tracta d'una urgència i el pacient no vol col·laborar o es nega a anar a la consulta, podem preparar un informe i sol·licitar al jutjat corresponent l'ordre d'internament o l'autorització judicial.

Reflexió

Sempre hem d'intentar convèncer i persuadir el pacient que vagi al servei d'urgències del seu centre de salut mental de referència o hospital més pròxim, ja que un ingrés d'aquestes característiques és molt violent i traumàtic per al pacient.

Podem elaborar un informe social sanitari, en el qual consti la necessitat de valoració del pacient, i enviar-lo al jutjat, per a la qual cosa no cal un volant o un informe mèdic, ja que els treballadors socials sanitaris podem emetre aquests informes, sempre ben documentats.

13.1. La incapacitat judicial

Davant de determinades situacions i pacients que no puguin governar la conducta fins al punt de posar en perill els seus béns o de posar-s'hi ells mateixos, es pot optar per sol·licitar una incapacitat judicial. És una **mesura de protecció per al pacient** i no s'ha de veure 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. S'ha de nomenar un **tutor legal**, que pot ser un familiar o una persona jurídica, com ara l'Administració o una fundació que prevegi aquesta mesura de protecció, o fins i tot una associació d'afectats. Cada comunitat autònoma i fins i tot cada província té articulats el procediment i l'organització o institució que ha de fer la funció de tutoria.

Els articles 199 i 200 del Codi civil i els articles 756 a 762 de la Llei d'enjudiciament civil són els que regulen aquest procediment.

És un procediment lent, però de vegades necessari com a mesura de protecció.

Hi ha la possibilitat de sol·licitar al sistema judicial una incapacitat judicial, amb nomenament de tutor legal, o una **curatela**, encara que representa una **incapacitat judicial parcial**, que habitualment només se sol·licita quan s'han de protegir i d'administrar els béns del pacient, tant béns mobles com immobles o pensions, pisos, terres; en aquest cas, la figura de protecció és la de **curador legal** i no pas la de tutor.

El tutor legal ha de presentar cada any al ministeri fiscal un balanç d'ingressos i despeses dels béns i diners del pacient.

Hi ha altres mesures legals, pel que fa 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 pacients amb demència senil avançada. Aquestes mesures solen ser anteriors a la incapacitat judicial, a més de ser processos més ràpids.

Amb referència a l'esterilització:

"No és punible l'esterilització d'una persona incapacitada que es posi malalta d'una greu deficiència psíquica quan aquella, prenent-se com a criteri rector el de màxim interès de l'incapaç, hagi estat autoritzada pel jutge, sia pel mateix procediment d'incapacitació, sia en un expedient de jurisdicció voluntària, tramitat amb posterioritat al procediment esmentat, a petició del representant legal de l'incapaç, havent oït el dictamen de dos especialistes i del ministeri fiscal i havent explorat 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 fa un testament sense comprendre l'abast dels seus actes, el testament no és vàlid.
- 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, el matrimoni no és vàlid legalment.
- Poden sorgir altres problemes que no estan 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 socials sanitaris.

Un altre afer legal, que sí que està regulat i actualment en procés de canvi, és la **interrupció d'embaràs**. Dins els supòsits legals, hi ha la possibilitat de la interrupció d'embaràs quan pugui comportar 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 contreuen a l'hora de tenir un fill i la previsió de cobertura de les necessitats que tingui. En dones malaltes, que tenen patologies psiquiàtriques, ens hem d'assegurar que aquestes condicions es compleixen fent un estudi de la seva situació personal, afectiva i econòmica, sabent els suports socials que tindran per a cuidar el menor i, per descomptat, si són conscients del que comporta la maternitat i també la voluntat o no de dur a terme aquest propòsit.

D'altra banda, s'ha de tenir en compte 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 l'infant. No obstant això, convé recordar que la psicosi és una situació de risc per al fetus, en cas que no estigui controlada adequadament per un especialista i no es tingui el suport adequat de familiars o un altre tipus de suports.

Reflexió

En qualsevol cas, si una dona ens demana informació referent a una interrupció d'embaràs, com que la seva voluntat és interrompre'l, la nostra obligació com a treballadors socials sanitaris és donar aquesta informació sol·licitada de manera exhaustiva i proporcionar-li els mitjans i l'acompanyament terapèutic que tinguem a l'abast.

Cas pràctic C

Carmen, de cinquanta-vuit anys. Acudeix a la nostra consulta acompanyada d'una amiga. Demana la nostra atenció de manera urgent. Està molt nerviosa, desesperada. Explica el seu cas. Es tracta de la seva filla de vint-i-cinc anys. Li sembla que està embarassada. Se n'ha assabentat perquè fa uns dos mesos que no té la menstruació. Són de Santo Domingo (República Dominicana), parlen espanyol i fa uns deu anys que viuen a Espanya. Des de llavors, "la nena" no fa res. S'està a casa. La seva mare és la que treballa fora de casa per mantenir la família. Treballa a l'hostaleria. Diu: "És una feina carregosa i passo moltes hores fora de casa". Es queixa: "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 a fer la prova d'embaràs.
- Informació de la llei que preveu la interrupció voluntària d'embaràs i els supòsits pràctics.

Hem d'anar de pressa a l'hora de donar una solució al problema que presenta ja que, si l'embaràs és positiu, serà menys perniciosos per a la salut física i psicològica una interrupció de l'embaràs de seguida que es pugui.

Fem l'entrevista a la mare i la seva amiga, en la qual fem l'exploració següent:

- Valoració de les habilitats socials de la Carmen i la seva amiga.
- Valoració del grau d'autonomia de totes dues.
- Estudi de la unitat de convivència.
- Genograma.
- Projecte vital.
- Estudi de les relacions convivencials.
- Recursos econòmics de la unitat familiar.
- Documentació legal, DNI o NIE, targeta sanitària.
- Nivell de feina i de formació.
- Habitatge, habitabilitat, tinença.
- Nivell de participació social de totes dues.
- Nivell de consciència de la 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.
- Preguntes sobre dades de minusvalidesa i altres.

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

En l'entrevista observem que tant la Carmen com la seva amiga es posicionen de la mateixa manera: totes dues són de Santo Domingo i es coneixen des de petites. Diuen que la Lola és molt nena, que no ha madurat mai, que no sap fer res a casa, si no és dormir, mirar la televisió i escoltar música. Surt poc al carrer i tenen por que les enganyi. Fa unes setmanes que el seu comportament ha canviat: ja no es mostra dòcil, està una mica agressiva, nerviosa, s'està hores fora de casa i torna a la nit. No ho havia fet mai, això, diu la mare. A Santo Domingo s'estava molt al carrer. Allà les coses són diferents, diu, i no tenia por que li passés res.

La seva amiga mostra una gran preocupació perquè la Lola no fa res en tot el dia. Fem un parell de preguntes sobre l'activitat de la nena a Santo Domingo: estudiava?, en quin curs va deixar els estudis? La Lola no va aprendre ni a llegir ni a escriure; al col·legi li van dir que en no podria aprendre. És filla única i no va arribar a conèixer el seu pare. Diuen que la Lola, des de fa un temps, s'arregla molt: es pinta i es posa talons. És atractiva, diuen. No saben que surti ni amb nois ni amb noies de la seva edat. No participa en cap grup ni fa activitats, encara que últimament li truquen per telèfon. Ella diu que són amigues, però no les coneixen.

Els plantegem que vinguin avui al centre de salut amb la Lola. Nosaltres, per la nostra banda, parlarem amb els sanitaris.

Tornen a la consulta mare i filla. La Lola està una mica enfadada; no sap per què és al centre.

Li diem que cal fer una prova per a saber el seu estat de salut. Ella contesta que es troba bé. Hi insistim, sempre amb un tracte amable. Li fem saber la necessitat de fer-li una prova, li diem que no li farà mal i que només ha de donar una mostra d'orina. Hi accedeix.

La prova d'orina és positiva: està embarassada. Donem la notícia a la Carmen i li expliquem el protocol d'actuació per a fer una interrupció d'embaràs.

Parlem amb la pacient. A ella no li importa estar embarassada. Tant li fa. No té una clara comprensió ni del que comporta l'embaràs ni de les obligacions que li pot re-

presentar tenir un fill. Parla de la relació amb un noi. Diu que la porta a casa seva. Ara 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 tenim cap suport legal o informe per a incapacitar-la legalment, perquè no sabem la gravetat del seu dèficit. No obstant això, aquest procés seria molt llarg, i no tenim tant temps.

Diagnòstic social sanitari: "Pacient amb un clar dèficit intel·lectual, sense valoració mèdica, ni psicològica. Absència de responsabilitat davant la futura maternitat. Absència de participació social. Proposem fer una valoració psiquiàtrica per tenir un diagnòstic clínic i comencem una intervenció de cas per abordar les relacions amb els altres i també la qüestió de la continuïtat de l'embaràs".

Planificació terapèutica a curt termini II:

- Entrevista amb el psiquiatre de la unitat de salut mental.
- Petició d'un informe d'un especialista en el qual es faci constar el risc per a la salut psíquica de la pacient si continua amb l'embaràs.

Planificació terapèutica a mitjà i llarg termini III:

- Seguiment socio sanitari de la pacient per a usar els mètodes de planificació familiar més adequats.
- Treball amb la pacient de les relacions amb els altres i el concepte de *sexualitat*.
- Valoració psicològica i psiquiàtrica del dèficit intel·lectual de la pacient.
- Reconeixement legal de la discapacitat de la pacient: minusvalidesa.
- Petició d'un centre d'educació especial per a discapacitats intel·lectuals.

Després d'unes quantes entrevistes amb el seu metge, la infermera, el psiquiatre i la treballadora social sanitària, la Lola accepta la intervenció per a interrompre l'embaràs. Li expliquem la tècnica perquè no tingui por.

Més endavant se li dóna 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 la petició d'un centre per a discapacitats intel·lectuals.

14. Esdeveniments vitals estressants

14.1. Estratègies d'afrontament

Els problemes que hem d'atendre a les nostres consultes són molts i l'impacte que tenen és diferent 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, dels pensaments i de les emocions de la persona, tenint present els factors ambientals, l'àmbit social, 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 es dona un esdeveniment vital estressant, la persona en fa una valoració: primer analitza si el fet és positiu i després valora les conseqüències immediates i futures. A continuació fa una valoració secundària en què l'objecte d'anàlisi és la resposta de l'organisme per a afrontar l'esdeveniment, i és en aquesta valoració en què 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 feina, no tenir feina.
- Canvi de situació laboral i de feina. Perillositat laboral.
- Problemes relacionats amb immigració.
- Assetjament laboral.
- Problemes econòmics.
- Accident laboral o de trànsit.
- Aparició de malaltia incapacitadora en la persona o en els familiars.
- Cura de persona dependent, amb pèrdua d'autonomia.
- Claudicació familiar, per cura de malalt mental.

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

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

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

"L'afrontament el definim com els processos cognitius i conductuals constantment canviants que es duen a terme per a manejar les demandes específiques externes o internes que són avaluades com a excedents o desbordants dels recursos de l'individu".

Lazarus i Folkman (1986).

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

- 1) **Estratègies de resolució de problemes**, dirigides a manejar o alterar el problema que genera el malestar.
- 2) **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, una persona pot sortir del cotxe i escridassar l'altre conductor, i fer sortir així la ira; o, en canvi, pot sortir del vehicle, veure que cap dels dos no s'ha fet mal i arreglar de seguida els papers de les assegurances.

Si escridassem el conductor de l'altre vehicle, no solament no canviem la situació, sinó que, a més, la podem empitjorar, perquè, com que l'altre conductor s'enfada, alimentem la nostra ira i l'estrès; de l'altra manera, si veiem que no hi ha cap lesió física en cap dels dos conductors i arreglem adequadament la documentació que fa falta, solucionem la situació. Aquesta estratègia, doncs, és eficaç per a solucionar el problema i reduir alhora la resposta emocional.

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

14.2. Els estils d'afrontament

Els estils d'afrontament són els següents:

- Hi ha persones que eviten i persones que confronten. L'estil d'evitació és més útil per a fets amenaçadors a curt termini, però bastant ineficaç per a donar solució a problemes o conflictes continuats 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. El sol fet de posar paraules als pensaments fa que vegem les coses d'una manera diferent 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, de manera que requereixen diverses estratègies d'afrontament. Tenir capacitat personal i habilitats adequades influeix en la resolució més o menys adequada dels problemes. El treballador social sanitari ha de capacitar el pacient o la família –és a dir, ensenyar-los les diferents estratègies, dirigir-les, informar-los-en i donar-los suport– per a manejar de la manera més adequada 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, tant si la persona és optimista, amb una gran capacitat d'adaptació i sensació de control, com si és ben 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 manera directa els efectes estressants o servir de suport per a afrontar-los, com el suport social rebut, l'educació o els ingressos econòmics.

El **suport social** es pot considerar una estratègia per a afrontar els factors estressants; és un recurs més molt eficaç com a suport a situacions emocionals difícils, a més d'entendre's com un amortidor de l'estrès mateix. El suport social pot ser informal, és a dir, la xarxa d'amics, la família o els veïns, o formal, és a dir, les institucions, les associacions d'afectats i, per descomptat, els professionals, en aquest cas els treballadors socials sanitaris.

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

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

El tractament es posa en marxa 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, el pacient, la seva malaltia, l'impacte de la malaltia en el pacient i en els familiars, els suports que tingui i el seu grau de col·laboració és el que ens permetrà establir el pla terapèutic més adequat, el tractament òptim per a l'objectiu de la nostra feina 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 hem de marcar els objectius de la nostra intervenció amb el pacient, a curt, mitjà i llarg termini. Són els següents:

- Informar el pacient de la xarxa de suport social formal. Informar-lo sobre prestacions, la manera d'accedir-hi i de fer-les servir.
- Informar el pacient dels drets i deures respecte a la seva salut i assistència sanitària.
- Fomentar l'autoresponsabilitat en la resolució del problema de salut del pacient amb activitats educatives: **psicoeducació**. Donar informació estructurada al pacient sobre la malaltia i els símptomes de la malaltia.
- Intervenir amb la família amb l'objectiu de millorar el funcionament familiar i social del pacient: teràpia familiar.
- Entrenar les habilitats socials del pacient. Es pot abordar amb tècniques per a la resolució de conflictes i també amb estratègies per a guanyar autonomia en activitats bàsiques de la vida diària.
- Donar suport emocional al pacient mitjançant l'escolta, la disponibilitat, la millora de l'empatia. Treballar les relacions interpersonals amb els altres.
- Ajudar el pacient en la tramitació de béns o serveis. De vegades el pacient ha de sol·licitar alguna prestació per a la qual necessita el nostre informe; ajudar-lo en la tramitació o acompanyament.
- Aclarir problemes o situacions que generin problemes de salut, ajudar a reinterpretar els problemes que sent i té el pacient, donar-hi una altra visió.

- Persuadir el pacient, o influir-hi, mitjançant consell terapèutic.
- Confrontar.
- Fer mediació familiar, laboral, educacional.
- Fer un seguiment i control terapèutic.
- Estructurar una relació de treball amb el pacient en temps i espai.
- Donar suport al pacient en la presa de decisions.
- Reformular el diagnòstic i el pla d'intervenció pel que fa a la fase cronològica que ens hàgim marcat.
- Elaborar l'informe de treball social sanitari.
- Elaborar la sol·licitud de col·laboració a altres entitats o institucions de caràcter sanitari o social.

Hem estudiat les diferents patologies psiquiàtriques, les funcions d'un treballador sanitari en salut mental, com s'ha de fer l'estudi social del cas, els recursos de què disposem, els mètodes i les tècniques de tractament. Posem-ho en pràctica.

Reflexió

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

Cas pràctic D

María, de setanta-dos anys. Està casada amb en José, de setanta-tres anys, i no tenen fills. Viuen en un poble de colonització d'uns cent habitants des de ja fa uns trenta anys. En José treballa recollint cargols. Cap dels dos no cobra una pensió econòmica. Viuen de la fruita i les hortalisses que els donen els veïns del poble i dels ingressos dels cargols. Al poble sempre s'ha dit que la María és "molt estranya". No surt de casa. En José passa moltes hores al bar del poble. El conviden a vi. El seu metge diu que pateix d'alcoholisme. Cap dels dos no va mai a la consulta mèdica, però ara en José hi ha anat per primera vegada perquè té vòmits amb sang, i està preocupat.

Estudi de la situació:

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

És important saber qui ens fa la demanda perquè ens informa que no són els pacients els qui demanen la nostra intervenció.

Planificació terapèutica a curt termini I:

- Visita a domicili amb el metge per a conèixer i entrevistar els pacients i veure en quin medi viuen, quina salut tenen, 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, la higiene, les relacions.

Ens presentem al domicili i ens donem a conèixer. Tenim un tracte amable. Conclusions després de la visita: l'entrevista va ser difícil per la poca col·laboració de la María, suspicax, amb discurs incoherent, conducta estranya, mirada perduda. Durant l'entrevista s'enfada perquè ella només vol parlar amb gent de la "confederació". No permet que en José parli. Diu que els hem anat a prendre les terres que els pertanyen

i ens demana que li tornem el seu fill, al qual vam raptar. Plora. Mostra un gran patiment.

Encara que en José intenta dir-nos alguna cosa, ella insisteix a no deixar-lo parlar. Està coaccionat. La seva actitud és de completa 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, sol, per estudiar el seu estat de salut.

En José es presenta, acompanyat del seu veí, per fer-se les proves mèdiques. No tenen la targeta sanitària en regla, ni el carnet d'identitat en vigor. Informem el pacient i el seu veí que necessitem documents actualitzats. Plantegem la renovació del carnet d'identitat i la sol·licitud del temps treballat de tots dos. Per a això tornem a demanar la col·laboració del seu veí, que aprova la nostra sol·licitud.

Després de tenir actualitzats els documents (DNI, targeta sanitària) i d'aconseguir el llibre de família i la certificació de l'Institut Nacional de la Seguretat Social del temps cotitzat, indiquem a en José que pot sol·licitar la 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 fer-ho perquè va pensar que els podien prendre les terres. Des de llavors continuen igual, però ens explica que ja no pot més, que té dolor, que surt molt d'hora de casa i hi torna per menjar, que a la tarda se'n torna al bar i no torna fins a la nit, i que li agrada jugar a les cartes. Li plantegem què fa la seva esposa durant el dia. Ens diu "no ho sé": no surt mai de casa, s'està al jardí, amb els gossos. Abans tenien conills, gallines i fins i tot porcs, però ja fa uns anys que no ho poden fer.

Durant aquest procés arriben les analítiques d'en José: està molt malalt; té una malaltia greu i de mal pronòstic.

Planificació terapèutica II:

- Fer una nova visita al domicili per informar-los de la situació mèdica d'en José i la necessitat d'ingrés a l'hospital.
- Sol·licitar la pensió de jubilació de tots dos.
- Coordinar-se amb els serveis socials municipals per a planificar el suport a domicili.
- Contactar amb nebots o familiars i informar-los de la situació.

Tornem a anar al domicili, metge i treballadora social sanitària. Insistim a la Maria que som de la "confederació". Els informem dels documents i els demanem que signin. Sembla que la Maria se'n fia: els signa i permet que en José també ho faci. Més endavant expliquem als pacients l'estat de salut d'en José i la conveniència d'un ingrés hospitalari. En aquest moment, la Maria perd absolutament el contacte amb la realitat, i ens diu que pertanyem a un altre planeta i que només parlarà amb gent de la "confederació". Insisteixo a dir-li que hi som per ajudar-los i que el millor és que el seu espòs ingressi a l'hospital, que és probable que la seva vida corri perill.

Els plantegem que d'aquí a uns dies hi tornarem amb una treballadora social de l'Ajuntament que els prestarà ajuda a casa i s'encarregarà de l'atenció personal de tots dos. La Maria no vol que a casa seva hi entri ningú, i en José es posa de la mateixa manera: ara ell també insisteix a dir que som gent d'un altre planeta i que els volem fer mal. Ens n'anem. Ara ja no és adequat estar-s'hi més; el discurs de tots dos és malalt.

Anem 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: "Maria, pacient, amb un problema de salut mental greu, sense diagnosticar. José, pacient, amb un carcinoma hepàtic en situació terminal i amb problemes de salut psíquics per la situació ambiental. Cap dels dos no reconeix el problema de salut mental. Aïllament social i afectiu. Absència d'ingressos econòmics per culpa de la malaltia mental. Hem de treballar la presa de consciència de la malaltia i s'han de consensuar suports externs per a garantir-los a cadascun".

Anem donant forma al cas, encara que serà difícil que la Maria hi col·labori pel seu problema de salut.

En la consulta mèdica següent s'exposa a en José la possibilitat de l'ingrés, ja que cal posar-li els medicaments adequats perquè no tingui dolor. En José, aïllat del contacte

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

Tornem al domicili amb la treballadora social dels serveis comunitaris. Li proposem suport al domicili perquè l'ajudin a casa i se senti acompanyada, ja que en José ha ingressat a l'hospital i ningú no li portarà ni diners ni menjar. S'hi nega; no accepta que entri ningú a tocar les seves coses. Hi insistim, però s'hi torna a negar. Li proposem portar-li el menjar a casa. Durant uns dies una veïna li porta menjar, però la María no l'accepta. No vol menjar i es nega a acceptar l'ajuda de ningú. Ens fa por el seu estat de salut físic, perquè la primesa de tots dos ja era extrema, i no es podrà estar gaire temps més sense menjar.

Tornem al domicili. Només ens parla des d'una finestra. No ens deixa entrar a casa. Té un aspecte és molt feble. Hi insistim, però, i ens deixa passar. El seu aspecte és molt pitjor del que ens esperàvem. Discurs incoherent, repetit, fora de la realitat, fa dies que no menja, no dorm: la seva vida corre perill. La convidem a fer una visita al seu espòs a l'hospital i quedar-s'hi uns dies, però no ho accepta. Ni tan sols recorda en José, o almenys no l'anomena.

Anem al consultori local i ens posem en contacte amb el seu metge per organitzar un ingrés involuntari. Truquem a una ambulància per fer l'ingrés. El metge fa la sol·licitud d'ingrés i el volant per a l'ambulància. Truquem a la treballadora social sanitària de l'hospital de referència i l'informem de la situació.

Mentre esperem amb la pacient que arribi l'ambulància, li insistim que ara anirà a veure el seu espòs i hi passarà uns dies a l'hospital. Arriba l'ambulància i amb molta resistència al final accepta pujar-hi. Tanquem la porta de casa seva davant d'ella i posem les claus en mans de 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 i menja perfectament. Segons els especialistes, va arribar en un estat de deterioració física i mental greu. Li han diagnosticat esquizofrènia paranoide residual, de manera que haurà de rebre sempre un tractament perquè no pateixi tant.

Nova planificació terapèutica III:

- Sol·licitar una plaça en un centre per a persones grans dependents, per a en José, amb l'objectiu d'ajudar-lo a morir dignament.
- Coordinar-se amb l'equip de salut mental per a planificar a curt termini la possibilitat que la María torni al seu domicili amb ajuda, o ingressi a la unitat de llarga estada per a pacients amb problemes de salut mental, o ingressi en un centre residencial per a persones grans.

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 persones grans del Govern de la comunitat autònoma, com a òrgan competent en aquesta matèria. Volem que en José es mori dignament. No va arribar a fer ús del centre, però, perquè es va morir a l'hospital.

Mentrestant, i després de coordinar-nos amb l'equip de salut mental de la unitat de curta estada de l'hospital, decidim informar el jutge de la situació de la María amb un informe mèdic i un informe social, per començar un procés d'incapacitat judicial i una ordre d'ingrés en contra de la seva voluntat a una residència privada, i entretant sol·licitar un centre per a persones grans dependents de manera pública. Prenem aquesta decisió perquè durant l'ingrés de la María a l'hospital, amb la medicació i l'atenció adequades, es troba bé, adaptada i tranquil·la, de manera que aquesta mesura es considera suficient per a garantir a la pacient una qualitat de vida adequada a la seva malaltia i a la nova situació. Tornem a fer partícips del cas els serveis socials comunitaris per sol·licitar un centre per a persones grans, de caràcter públic, i aconseguir finançament per a pagar una residència privada durant uns mesos fins que li concedeixin el centre.

Nova planificació terapèutica IV:

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

En l'actualitat, la María continua 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 el qui l'ajuda a fer el pagament del centre per a persones grans. Vam prendre aquesta decisió perquè vam considerar que valia més no canviar de lloc la pacient, perquè ja s'havia adaptat al centre.

Hem vist en aquest cas que hi ha patologies psiquiàtriques que conviuen amb nosaltres, a la comunitat, que no necessiten atenció especialitzada fins que sorgeixen problemes que limiten greument els pacients per a les activitats de la vida diària. En aquesta ocasió ha estat l'alarma social, per mitjà dels veïns, el que ha fet que es doni una sortida a la situació de patiment i abandó dels pacients.

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

De vegades, hi ha situacions que requereixen començar un procés o uns quants processos judicials, com en aquest cas, ingrés involuntari i incapacitat judicial, però sempre com a mesura de protecció al pacient.

Resum

En aquesta assignatura hem vist 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 el procés psíquic de posar-se malalt.

El treballador social sanitari en salut mental exerceix la feina professional com a terapeuta, és a dir, com a expert en la interacció humana, per assolir un objectiu molt concret: capacitar la persona per a arribar a tenir autonomia i desenvolupar les seves capacitats en un sentit positiu. En això hi té un paper important la personalitat del professional, que ha de tenir com a principi el respecte i l'acceptació del pacient com a persona, partint de la base d'una relació de calidesa i seguretat que permeti al pacient expressar les seves dificultats, amb l'esperança de trobar ajuda per a resoldre-les dins unes perspectives adequades.

D'altra banda, 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 pas d'estigmatització.

Bibliografia

- Brandt, A.** (1983). *Psicología y trabajo social*. Barcelona: Herder.
- Cabrera, J.; Fuertes, J. C.** (1994). *La enfermedad mental ante la ley*. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas.
- Ciurana, R.** (2001). *Guía de salud mental en atención primaria*. Barcelona: semFYC.
- Colom, D.** (2008). *El trabajo social sanitario*. Madrid: Siglo XXI.
- Corces, V.** i altres (1983). *Aproximación dinámica a la psicosis*. Madrid: Mariar.
- Desviat, M.** (1994). *La reforma psiquiátrica*. Madrid: Dor.
- Espinosa, J.** i altres (1986). *Cronicidad en psiquiatría*. Madrid: Mariar.
- Garcés, E.** (2007). "La especificidad del trabajador social en salud mental ¿un rol reconocido?". *Trabajo Social y Salud* (núm. 56, pàg. 309-332). Asociación Trabajo Social y Salud.
- García, A.** i altres (1995). *Estrategias para la salud mental en Aragón*. Saragossa: D. G. A.
- Giménez, S.** i altres (2007). "El papel del trabajador social en una unidad de media estancia para personas con TMG y aproximación a factores sociodemográficos de la población atendida desde estos centros". *Trabajo Social y Salud*. (núm. 57, pàg. 63-87). Asociación Trabajo Social y Salud.
- González, M.** (1985). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. Madrid: Editorial Mayo-ría.
- Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica* (1985). . Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Mateo, I.** (1990). *Guía para la elaboración del programa de salud mental en atención primaria de salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Olmeda, M.** (1998). *El duelo y el pensamiento mágico*. Madrid: Master Line.
- Parellada, E.; Fernández-Egea, E.** (2004). *Esquizofrenia. Del caos mental a la esperanza*. Barcelona: Morales i Torres Editores.
- Pérez, E.** (1999). *Trabajando con familias*. Saragossa: Certeza.
- Quemada, 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, P.** <http://www.monografias.com/trabajos11/hispsiq/hispsiq.shtml>
- Ruiz, S.** (2008). "Adicciones y vacío existencial". *Trabajo Social y Salud* (núm. 61, pàg. 183-197). Asociación de Trabajo Social y Salud.
- Salcedo, D.** (2001). "La rebelión ética. Principios del trabajo social en el ámbito de la salud mental". *Trabajo Social y Salud* (núm. 40, pàg. 15-38). Asociación Trabajo Social y Salud.
- Sanjoaquín, A.** <http://www.segg.es/publicaciones.asp>
- Sartre, J. P.** (1946). *El existencialismo es un humanismo*. Barcelona: Edhasa.
- Seva, A.** i altres (1996). *La esquizofrenia*. Saragossa: CAI.
- Seva, A.** i altres (1997). *Las demencias*. Saragossa: CAI.
- Seva, A.** i altres (1998). *El alcoholismo*. Saragossa: CAI.
- Seva, A.** i altres (1999). *La drogadicción*. Saragossa: CAI.

Seva, A. (2001). *Tratado de psiquiatría*. Saragossa: INO.

Seva, A. i altres (2003). *Las neurosis*. Saragossa: CAI.

Tolosa, E. i altres (1991). *Demencia senil*. Barcelona: Comgrafic.

Vallejo, J. (2006). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson.

Valoración HoNOS [document en línia]. <<http://antigua.ome-aen.org/>>

Valls, C. (2008). *Mujeres invisibles*. Barcelona: Debolsillo.

Vázquez, M.; Crespo, M. (2000). *Medición clínica en psiquiatría y psicología* (cap. 31). Barcelona: Masson.