

INTERVENCIÓ DEL / DE LA TREBALLADOR/A SOCIAL EN LES UNITATS DE SUPORT DE SALUT MENTAL

Equip de treballadores socials USM, USMI, UME, HD i UR

Autores del document:

Aroca Fons , Lucía (USM d'Aldaia. Departament de Manises)
Arocas Estellés, Amparo (USM de Pere Bonfill. Departament Hospital General)
Cebrián Luján, Agustina (Unitat de Rehabilitació Museu)
Maltés Blasco, Luís (USMI de la Font de Sant Lluís. Departament Hospital Dr. Peset)
Pasqual Zapater, Manuela (USM de Torrent. Departament Hospital General)
Pérez Urios, Concepción (USMI de la Font de Sant Lluís. Departament Hospital Dr. Peset)
Poveda Baños, María (USMI de Godella. Departament Arnau de Vilanova - Lliria)
Pradas Resina, Raquel (USM de la Font de Sant Lluís. Departament Hospital Dr. Peset)
Rel Casani, Inma (USMI de la Font de Sant Lluís. Departament Hospital Dr. Peset)
Rubio Jiménez, Llorenç (Hospital Pare Jofré, Àrea de Salut Mental. HACLE)
Senent Tobajas, M^a Cruz (Hospital de Dia de Castelló i Vila-real. Departament de la Plana)
Sevilla Hurtado, Rocío (USMI de Pere Bonfill. Departament Hospital General)
Sospedra Felip, Dolors (USMI de Castelló. Departament Consorci Hospitalari Provincial de Castelló)
Torres Martínez, Ana (Unitat de Mitjana i Llarga Estada de Salut Mental. Departament Consorci Hospitalari Provincial de Castelló)
Zafra Márquez, M^a Eugenia (Hospital Pare Jofré, Àrea de Salut Mental. HACLE)

INTERVENCIÓ DEL / DE LA TREBALLADOR/A SOCIAL EN LES UNITATS DE SUPORT DE SALUT MENTAL

1.	INTRODUCCIÓ DEL TREBALLADOR SOCIAL EN SALUT MENTAL.....	5
2.	OBJECTIUS DEL TREBALLADOR SOCIAL EN SALUT MENTAL.....	8
3.	DISPOSITIUS D'ATENCIÓ EN SALUT MENTAL	
3.1	UNITATS DE SALUT MENTAL.....	9
	- POBLACIÓ DIANA	
	- ACTIVITATS DEL TREBALLADOR SOCIAL	
	- CRITERIS DE DERIVACIÓ:	
	▪ EXTERNA	
	▪ INTERNA	
3.2	UNITATS DE SALUT MENTAL INFANTIL.....	12
	- POBLACIÓ DIANA	
	- ACTIVITATS DEL TREBALLADOR SOCIAL	
	- CRITERIS DE DERIVACIÓ:	
	▪ EXTERNA	
	▪ INTERNA	
3.3	UNITATS DE MITJANA ESTADA	15
	- POBLACIÓ DIANA	
	- ACTIVITATS DEL TREBALLADOR SOCIAL	
	- CRITERIS DE DERIVACIÓ:	
	▪ EXTERNA	
	▪ INTERNA	
3.4	HOSPITAL DE DIA.....	19
	- POBLACIÓ DIANA	
	- ACTIVITATS DEL TREBALLADOR SOCIAL	
	- CRITERIS DE DERIVACIÓ:	
	▪ EXTERNA	
	▪ INTERNA	

3.5 UNITATS DE REHABILITACIÓ	22
- POBLACIÓ DIANA	
- ACTIVITATS DEL TREBALLADOR SOCIAL	
- CRITERIS DE DERIVACIÓ:	
▪ EXTERNA	
▪ INTERNA	
4. COORDINACIÓ	24
5. AVALUACIÓ	27
6. BIBLIOGRAFIA	29

1. INTRODUCCIÓ AL TREBALL SOCIAL EN SALUT MENTAL

La presència dels / de les treballadors/es socials (TS) en els diferents dispositius de salut mental té l'origen l'any 1968 en l'antic Sanatori Psiquiàtric Provincial Pare Jofré de València (en el primer psiquiàtric del món occidental), i este treball i intervenció continua amb l'obertura de l'Hospital Psiquiàtric de Bétera en 1974.

Des de l'any 1974, i com a conseqüència del trasllat de pacients de l'Hospital Pare Jofré al nou hospital de Bétera, s'incrementa la contractació de TS i es despleguen funcions socials d'atenció a les persones amb malaltia mental amb llargs anys d'internament institucional.

El desenrotllament del procés desinstitucionalitzador comença en 1985, amb l'informe realitzat per la Comissió per a la Reforma Psiquiàtrica; un any més tard, entra en vigor la Llei 14/86, General de Sanitat, que en l'article 20 fa referència a la plena integració de totes les actuacions de salut mental en el sistema sanitari general, de l'equiparació total del malalt mental a les altres persones que requereixen servicis sanitaris i socials i el desenvolupament de servicis de rehabilitació i reinserció psicosocial.

En 1986, El Govern Valencià, a través de la Conselleria de Sanitat, va regular la prestació de servicis en matèria de salut mental, per mitjà del Decret 148/1986, de 24 de novembre, en l'article 5.2 del qual es diu que "el personal del centre de salut mental estarà format per un conjunt de professionals que pertanguen a les disciplines mèdiques, psicològiques, d'infermeria i socials. Exerciran les seues activitats al mateix centre de salut mental, al centre hospitalari, a domicili o en altres llocs segons ho requereixen les diferents actuacions".

Algunes de les característiques pròpies de la malaltia mental, com ara la pèrdua d'identitat, l'aïllament, la falta de motivació, la dificultat per a establir relacions socials, etc., poden portar a situacions d'aïllament i exclusió social, que afecten tant l'individu com la seua família.

Ben sovint, les persones amb malaltia mental patixen estigma i rebuig social, i per això cal treballar la normalització de l'individu en les seues relacions familiars i amb el seu entorn social.

En coherència amb tot això, cada dispositiu de la xarxa d'atenció a la salut mental haurà de comptar amb la figura del / de la treballador/a social (TS), que atindrà tota la població adscrita al dispositiu de la xarxa d'atenció en salut mental dins de les demarcacions geogràfiques i poblacionals establides i, especialment, les situacions en risc d'exclusió social.

El treball interdisciplinari permet una visió global de les circumstàncies de la persona i possibilita una planificació conjunta de la intervenció, cosa que comporta un abordatge multidisciplinari i, per tant, la intervenció del TS ha d'estar integrada en els equips de salut mental.

El/La TS forma part de l'equip interdisciplinari i, com a tal membre, planifica i avalua, conjuntament amb la resta dels components de l'equip, el treball a tots els nivells, integrant les aportacions dels diferents professionals.

A més de la coordinació interinstitucional, ha de coordinar-se amb els altres dispositius sanitaris i amb els recursos socials, educatius i jurídics que es troben a la comunitat.

El/La TS és el "professional que té com a objecte la investigació dels factors psicosocials que incidixen en el procés salut-malaltia, així com el tractament dels factors psicosocials que apareixen en relació amb les situacions de malaltia, tant si tenen a veure amb el desencadenament com si se'n deriven" (Ituarte Tellaeche 1995b: 277, citat en Ituarte 2001: 23).

El/La TS adequa la seua intervenció en la unitat de salut mental segons les característiques de la persona, de la seua família i del seu entorn, i entronca les mancances i les necessitats sociosanitàries del pacient.

Els/Les TS som els tècnics responsables de la intervenció social amb les persones amb malaltia mental, amb l'**objectiu** de desenrotllar capacitats psicosocials per a abordar la seua situació personal, així com la seua capacitat per a desplegar els seus recursos personals i els que li oferix el medi social. Per tant, els eixos d'intervenció seran la persona, la família i la comunitat.

D'altra banda, les patologies psicosocials que afecten la infància revestixen una importància especial perquè es tracta d'un col·lectiu més indefens i dependent i

l'entorn sociofamiliar que envolta el xiquet i la família té una gran transcendència no sols en els aspectes relacionats amb la malaltia, sinó també en els que afecten el desenrotllament integral d'estos.

Els/Les xiquets/es i adolescents tenen unes característiques evolutives i una manera d'expressar el seu sofriment psíquic molt diferent de les dels adults.

La pluralitat i complexitat factorial de la psicopatologia infantil comporta un enfocament psicosocial en tot abordatge de la salut mental infantil i fa imprescindible la presència dels / de les treballadors/es socials en els equips multidisciplinaris: estos són necessaris per a afrontar les dificultats o trastorns infantils. Un únic professional no posseïx tota la informació i preparació per a tractar el/la xiquet/a i/o adolescent en la seua realitat biopsicosocial.

És en el Pla Director de Salut Mental de la Comunitat Valenciana (2001) on es troba per primera vegada arreplegat en un document oficial la figura del TS dins dels equips de salut mental en els diferents dispositius sanitaris.

- Unitats de salut mental (USM)
- Unitats de salut mental infantil (USMI)
- Unitat de mitjana estada (UME)
- Hospital de dia (HD)
- Unitat de rehabilitació (UR)

2. OBJECTIUS DEL TS EN SALUT MENTAL

Generals:

- Identificar i atendre la problemàtica social del pacient i de la seua família, amb una atenció especial a les situacions de risc social.
- Afavorir el benestar del / de la xiquet/a i adolescent per mitjà de la integració en el seu medi.
- Informar, assessorar i orientar el pacient i la seua família sobre els recursos socio-sanitaris existents i facilitar-los l'accés.
- Desenrotllar activitats de prevenció, promoció, assistència, rehabilitació i reinserció social des d'una dimensió social i comunitària.

Específics:

- Estudiar, investigar i valorar els factors familiars i els condicionants socioeconòmics i culturals que influïxen en el procés de salut-malaltia de l'individu i la seua família.
- Potenciar l'autonomia del pacient i la seua família i fomentar la responsabilitat en la resolució dels seus problemes.
- Intervindre des d'una perspectiva social amb el pacient i la família per a assolir els objectius de rehabilitació establits.
- Potenciar l'autonomia del / de la xiquet/a i la seua família en el seu medi, i ajudar i fomentar la responsabilitat en la resolució dels problemes a través de l'educació socio-sanitària.
- Afavorir l'adaptació de les famílies a la nova situació i a la comprensió de les dificultats del / de la xiquet/a.
- Coordinar i planificar les activitats de reinserció social i laboral, familiar i d'oci.
- Establir canals de comunicació i coordinació amb l'equip multidisciplinari i amb altres estructures socio-sanitàries i educatives.
- Potenciar i promoure xarxes de suport social que faciliten la integració social.

3. DISPOSITIUS D'ATENCIÓ EN SALUT MENTAL

3.1 UNITATS DE SALUT MENTAL

Es configuren com l'eix assistencial bàsic i es conformen com a equips multidisciplinaris i amb funcions en àrees de promoció de salut, assistència ambulatoria, atenció domiciliària, formació, investigació i docència. Desplegaran programes específics d'assistència domiciliària o comunitària i proporcionaran programes i accions individuals de rehabilitació i reinserció social als pacients que ho necessiten.

- **POBLACIÓ DIANA**

Persones adultes, a partir de 15 anys, que per la psicopatologia que presenten necessiten atenció psiquiàtrica, psicològica i social especialitzada i que requereixen un seguiment del tractament psiquiàtric o psicològic en la comunitat.

- **ACTIVITATS DEL TREBALLADOR SOCIAL**

1. Intervenció social amb individus: intervencions orientades a la prevenció, l'atenció, el seguiment i la coordinació que el TS desenrotlla amb un pacient i/o nucli familiar.

- Valoració social de la persona amb malaltia mental.
- Informació i assessorament sobre la malaltia mental, a escala individual i familiar, per a ubicar-los en la nova situació.
- Informació i assessorament sobre els drets i deures que la seua situació comporta.
- Valoració de la demanda.
- Elaboració del diagnòstic social.
- Anàlisi de la xarxa social i la seua funcionalitat.
- Disseny del pla d'intervenció social.
- Desenrotllament del pla d'intervenció social.
- Valoració del recurs adequat des de la perspectiva de la rehabilitació psicosocial que permeta tindre més autonomia i facilite la normalització i la integració social.
- Assessorament i orientació social sobre recursos socio-sanitaris, aspectes juridicol·legals, laborals i educatius.
- Reforç de les seues capacitats personals encaminades a millorar la seua autoestima i previndre l'exclusió social.

- Suport al pacient en les gestions i tramitacions que corresponguen.
- Acompanyament i seguiment del pacient en el procés de normalització i integració social.

2. Intervenció familiar: les famílies amb un membre amb malaltia mental tenen unes necessitats específiques, tant pel que fa a les interaccions emocionals i funcionament intern com en la relació amb el seu context social més immediat. Requereixen suport, assessorament i informació sobre la malaltia i el seu tractament, com també sobre la manera de relacionar-se amb el malalt i col·laborar amb la seua rehabilitació.

- Estudiar i conèixer el medi sociofamiliar i les seues relacions amb el pacient.
- Anàlisi de la dinàmica familiar.
- Realitzar un projecte d'intervenció familiar.
- Informar la família sobre la malaltia, la seua incidència en el nucli de convivència i assessorar-la sobre les actituds i comportaments més adequats.
- Intervenció destinada a modificar conductes disruptives i a establir canals de comunicació que afavorisquen les relacions entre els membres de la família, així com millorar les relacions interpersonals i disminuir la tensió familiar.
- Suport i col·laboració amb la família en el procés de rehabilitació psicosocial.

3. Intervenció domiciliària: intervenció social constituïda principalment per tècniques d'observació i entrevista, que permet l'acostament i la interacció del professional amb el context intern de la realitat familiar.

- Valoració social.
- Establiment de la relació terapèutica.
- Evitar la claudicació i l'aïllament social al domicili potenciant l'adhesió al tractament.
- Suport sociofamiliar.
- Supervisió i seguiment.

4. Intervenció grupal: intervencions orientades a afavorir la relació entre pacients, familiars i altres membres de la comunitat. La intervenció es realitzarà a escala preventiva, assistencial i terapèutica.

- Grups de psicoeducació familiar: es conceben com un entorn d'aprenentatge i facilitació en l'educació de les famílies; les formen, les

orienten i les assessoren. Es pretén donar suport i ajudar a fer que les famílies augmenten el seu nivell de competències, que potencien les seues capacitats específiques i adquirisquen estratègies específiques per a afrontar el seu propi desenrotllament i evolució.

- Grups d'ajuda mútua: espai destinat a possibilitar el contacte entre famílies afectades per la malaltia mental i a generar un clima de suport emocional entre estes.
- Tallers de rehabilitació psicosocial: orientació laboral, integració en recursos comunitaris, oci i temps lliure, orientació en recursos socials.

5. Intervenció comunitària: intervenció amb xarxes socials, des de l'individu cap al col·lectiu i des del col·lectiu cap a l'individu, de manera que tots els àmbits interactuen entre si.

- Conèixer l'entorn comunitari del pacient.
- Elaboració de l'estudi de factors de risc social, anàlisi de xarxes socials i anàlisi comunitària.
- Integració en recursos comunitaris.
- Conèixer els recursos formals i informals existents i valoració de l'adequació i l'aprofitament per part del pacient.
- Potenciar els recursos de les xarxes socials.
- Impulsar l'acció comunitària tant dels pacients com de les seues famílies i del moviment associatiu.
- Captació de la demanda sorgida amb grups, institucions i associacions de la comunitat.
- Sensibilització comunitària fomentant el nivell d'acceptació del malalt mental en el seu entorn, disminuint els prejudis i pors existents i aprofundint en les causes.

- CRITERIS DE DERIVACIÓ

Externa: l'accés a les USM es realitza a través dels equips d'atenció primària i des de les unitats d'hospitalització psiquiàtrica (UHP), per a una continuïtat de cures en la comunitat.

Interna: els casos susceptibles d'intervenció sociofamiliar poden ser assumits en les reunions de coordinació d'equip, derivats pels diferents professionals del servei o per derivació de recursos externs (servicis socials, escola, jutjats, etc.).

3.2 UNITATS DE SALUT MENTAL INFANTIL

És el dispositiu ambulatori de referència per a l'avaluació i el tractament de menors d'edat, de 0 a 15 anys, amb problemes de salut mental, en què es desplegaran actuacions de prevenció, promoció, assistència, rehabilitació i de coordinació amb altres recursos sanitaris, socials i educatius.

- POBLACIÓ DIANA

Xiquets/es i adolescents de 0 a 15 anys i les seues famílies, amb patologies psicològiques i/o psiquiàtriques, que són atesos en la unitat de salut mental infantil, derivats pel pediatre d'atenció primària.

- ACTIVITATS DEL / DE LA TREBALLADOR/A SOCIAL

Els/Les TS de salut mental infantil desenrotllen el seu treball dins i fora de la unitat. Dins, directament amb el/la xiquet/a i la seua família i l'equip multidisciplinari, i fora, en l'entorn social, en els centres escolars i en altres xarxes socials, fonamentalment les relacionades amb la infància.

El procés d'intervenció consta de:

1. Primera entrevista de treball social:

- Entrevista amb el responsable del / de la menor a fi de saber què coneix i entén de la/el situació/problema.
- Aclariment de la demanda ajustant-la a les necessitats del servici.
- Recollida de les dades sociofamiliars que permeten elaborar el diagnòstic social. Elaboració del genograma.
- Detecció de situacions de risc social.
- Contenció dels principals senyals d'angoixa que planteja la família per la desorientació inicial.
- Definició d'hipòtesis de treball i plantejament a la família.

2. Treball del cas en l'equip multidisciplinari

- Anàlisi dels elements necessaris per a la comprensió global de les situacions plantejades.
- Participació en la planificació de la intervenció a nivell preventiu i assistencial, i recerca de recurs adequat.

3. Intervenció social

- La intervenció social es desplega en un context terapèutic amb la família, els centres educatius i les xarxes socials, en coordinació contínua amb l'equip.

3.1 Treball directe amb les famílies o responsables del / de la xiquet/a

- Disminució de situacions de risc social.
- Fixació de límits i pautes socioeducatives.
- Orientació en temes d'escolaritat, formatives, activitats d'oci i temps lliure, etc.
- Intervencions dirigides a assessorar en temes legals i de mediació familiar.
- Intervencions dirigides a informar i orientar sobre drets i deures existents.
- Intervencions dirigides a informar i orientar sobre temes socioeconòmics (ajudes econòmiques, d'emergència social, etc.).
- Assessorament a la família extensa, en el cas de ser necessari.
- Suport individual o familiar en situacions de crisi.
- Intervenció domiciliària per a valorar i intervindre en la situació sociofamiliar.
- Implicar la família en el procés d'intervenció amb les diferents institucions.
- Informar sobre recursos socio-sanitaris: centres d'atenció primerenca, associacions, grups de suport, etc.
- Treball grupal amb els pares i amb les mares.

3.2 Treball directe amb els/les xiquets/es i adolescents

- Informar i orientar sobre les alternatives educatives i formatives.
- Orientar i informar sobre activitats d'oci i temps lliure, activitats esportives, centres municipals de joventut, etc.
- Seguiment de l'evolució de la situació sociofamiliar i de la intervenció global.

3.3 Intervenció en el centre educatiu: es realitza en tots els casos en què apareixen problemes escolars. Es tracta de conèixer el funcionament del / de la xiquet/a en un altre context diferent de les famílies.

- Conèixer els recursos, requisits d'accés, ubicació, programes, etc.
- Intervenció en escoles infantils, col·legis i instituts i centres d'educació especial: informació, seguiment, coordinació amb caps d'estudis, professors, tutors, psicopedagogs, treballadors socials, SPE, Inspecció Educativa, etc.
- Visites de coordinació al centre educatiu.

- Col·laboració amb l'equip psicopedagògic orientada a una intervenció socioeducativa que tinga en compte les possibilitats reals del / de la xiqueta/a segons la seua capacitat i aptituds.
- Informació sobre les característiques dels / de les xiquets/es i el seu entorn sociofamiliar en els casos en què repercuteix directament en les dificultats presentades.
- Seguiment de la intervenció realitzada des de l'USMI.

4. Intervenció en les xarxes socials

- Conèixer els recursos existents: ubicació, funcionament, requisits d'accés, etc.
- Valorar la idoneïtat o possible adaptació del / de la xiqueta/a als recursos.
- Establir i facilitar connexions interinstitucionals, especialment amb altres treballadors/es socials.
- Informació, derivació i seguiment de casos en coordinació amb tots els programes de servicis socials.

- CRITERIS DE DERIVACIÓ

Externa: els menors seran derivats pels / per les pediatres d'atenció primària per mitjà de full d'interconsulta.

Interna: els casos susceptibles d'intervenció sociofamiliar poden ser detectats directament pel / per la TS, assumits en les reunions setmanals (estudi i valoració de les peticions de consulta rebudes i de casos en tractament pels equips) o derivats per cada professional de l'equip quan ho considere necessari.

3.3 UNITATS DE MITJANA ESTADA

Centre hospitalari específic amb una duració més prolongada que la de la unitat d'hospitalització psiquiàtrica i amb equips i programes específics capaços de presentar una atenció individualitzada encaminada a la rehabilitació. Esta activitat ha de realitzar-se, en la mesura que siga possible, en el marc de la comunitat i suposar un allunyament relativament curt de l'entorn sociofamiliar del malalt. Es tracta d'instal·lacions sanitàries amb ingrés de duració mitjana i que realitzen intervencions terapèutiques, integrades, biològiques, psicològiques, socials i rehabilitadores.

- POBLACIÓ DIANA

Pacients majors de 18 anys que complixen les característiques següents:

- Patir un trastorn mental greu de curs crònic.
- Necessitar ingrés hospitalari.
- Presentar una patologia psiquiàtrica que requerisca atencions sanitàries hospitalàries prolongades en el temps i que supere les possibilitats de les unitats d'hospitalització psiquiàtrica per a patologies agudes.
- Necessitar intervencions terapèutiques i rehabilitadores que, per la situació clínica del pacient, no puguen realitzar-se en el seu àmbit comunitari i necessite, per tant, un medi hospitalari.
- Pacients, generalment refractaris, en què persistixen durant llarg temps alteracions psicopatològiques importants que els impedisca una adaptació a un entorn social normalitzat i presenten dèficits i dificultats en el seu funcionament psicosocial.

- ACTIVITATS DEL TS

El/La treballador/a social, com a membre de l'equip multidisciplinari, actua interdisciplinàriament per a garantir una atenció integral del pacient i la seua família. Es recolza en el mètode bàsic de treball social per a participar en l'elaboració del pla d'atenció integral de cada pacient.

La seua intervenció s'orienta a aconseguir l'objectiu final de l'equip terapèutic: promoure la reinserció i integració social dels pacients amb malaltia mental greu.

La planificació de l'alta hospitalària del pacient es planteja des de l'ingrés mateix. Hi intervé l'equip terapèutic, el pacient, la família i professionals d'altres xarxes assistencials.

1. **Atenció individual i familiar:** engloba les actuacions preventives, assistencials i de coordinació que el/la treballador/a social desenrotlla sobre un cas.

1.1. Col·laborar en el procés d'hospitalització:

1.1.1. Amb ingrés previ (quan es requerisca):

- Col·laborar en la valoració del protocol: entrevista amb el/la pacient i/o família.
- Contacte amb el recurs de referència, si és procedent.
- Informar de la documentació necessària.

1.1.2. Participar en el procés d'acollida del pacient:

- Presentació i informació.

- Omplir els apartats de situació sociofamiliar de la història clínica, específics del TS.
- Recollida de la documentació: DNI, SIP, certificat de grau de discapacitat, certificat de la pensió, sentència de incapacitat, si n'hi ha.

1.2. Anàlisi de la situació sociofamiliar del pacient. Diagnòstic social

Conèixer els recursos propis del pacient i del conjunt familiar, així com de l'adequació-adaptació-potenciació de les possibilitats d'altres servicis professionalitzats i comunitaris. Requerix:

- Entrevista amb el pacient.
- Entrevista amb la família.
- Entrevista amb el TS de l'USM de referència.
- Entrevista amb altres professionals (servicis socials bàsics, centre de salut, etc.) que hagen intervingut en el cas.
- Contrastar informació: amb la secció de discapacitats de la Conselleria de Benestar Social sobre els recursos sol·licitats del pacient, situació en què es troba el tràmit, etc.; amb el centre base sobre el certificat de minusvalidesa (quan hi haja dubtes).

1.3. Elaborar amb l'equip el pla d'atenció individual (PAI): establir les responsabilitats i tasques específiques del TS.

1.4. Intervenció assistencial i de coordinació, en funció dels objectius definits en el PAI:

- Actualització de la documentació bàsica del pacient (DNI, certificat de grau de discapacitat, demanda d'ocupació...).
- Informació, orientació i valoració: orientació formativa-laboral, drets i prestacions socials, recursos específics, alternatives residencials, xarxes de suport social i alternatives d'oci i temps lliure en el seu entorn més pròxim.
- Assessorament i tractament social: seguiment del cas, coordinació de la intervenció, tramitació de recursos específics, derivació a altres servicis per a la tramitació i gestió d'altres recursos.
- Suport a les famílies. Establir relació d'ajuda.
- Visita a domicili en els casos que es requerisca.

Es fomentarà la participació activa del pacient perquè gestione i tramite personalment tots els documents i recursos que necessite i siga possible.

També es potenciarà la incorporació progressiva dels pacients als recursos comunitaris proposats (centre de rehabilitació i integració social, centre de dia, hospital de dia, etc.).

- 1.5. Col·laborar en l'informe d'alta, en què constaran els aspectes sociofamiliars, intervencions i propostes després de l'alta.
2. **Informació a les famílies a escala grupal:** informar les famílies sobre temes que puguen ser del seu interès (aspectes legals, recursos socials, recursos sanitaris, etc.).
3. **Intervenció comunitària:** intervenció basada en el coneixement de l'entorn social on es desplega la intervenció, tant en els problemes que presenta com en les possibilitats que oferix.

La intervenció comunitària es concreta en:

- Actualització del coneixement dels diversos servicis i prestacions socials, així com la legislació social que afecta els malalts mentals.
- Coneixement de les característiques de les institucions i servicis de la zona de referència de cada pacient, procurant el màxim aprofitament dels recursos socials comunitaris.
- Coordinació i potenciació de recursos de suport social per a malalts mentals crònics.
- Potenciació de les associacions de malalts mentals i suport a les ja existents.

3. Participar en les comissions de l'hospital

4. Participar en la formació a través de sessions clíniques

- CRITERIS DE DERIVACIÓ

Externa: hi ha un protocol de derivació específic que sempre serà remés per l'equip de l'USM de referència, amb la comunicació prèvia al referent del departament (este firma també en el protocol).

El pacient pot vindre des del seu domicili o des de l'hospital de referència. Durant l'estada del pacient a l'UME s'establix una coordinació amb l'USM de referència.

Interna: el/la TS valora tots els/les pacients que ingressen a l'UME, prèviament a l'elaboració del PAI.

Les activitats i intervencions s'establiran d'acord amb el pla d'atenció individual de cada pacient.

3.4 HOSPITAL DE DIA SALUT MENTAL

Dispositiu sanitari que presta assistència sanitària intensiva, dirigida a malalts amb patologia severa, en règim d'hospitalització parcial, com també els pacients que no necessiten en un moment determinat ingrés a temps total, però que no són susceptibles d'èxits terapèutics adequats en tractament ambulatori.

- POBLACIÓ DIANA

Persones amb trastorn mental sever de curs crònic, a partir de 18 anys d'edat, que comporte un deteriorament en les habilitats per a desenvolupar-se de manera autònoma a escala laboral, social i personal, als quals calga determinar el diagnòstic, prestar vigilància intensiva, tractar crisis agudes o iniciar programes de rehabilitació.

Indicacions per a l'HD:

- Trastorns esquizofrènics que no hagen desenrotllat un deteriorament defectual important i es troben en moments inicials de la malaltia.
- Trastorns greus de la personalitat.
- Neurosis greus.
- Trastorns afectius en moments evolutius.

No estan indicats els casos greus de consum de substàncies si este constituïx el diagnòstic principal.

- ACTIVITATS DEL TS A L'HOSPITAL DEL DIA

1. Intervenció individual i familiar:

El/La treballador/a social registrarà totes les actuacions de cada pacient en la història social, que formarà part de la història clínica del pacient.

Després de la recollida d'informació del pacient i la família i d'altres recursos implicats amb el pacient, el/la treballador/a social realitza la valoració social del cas que exposarà a l'equip de l'HD, a fi de dissenyar conjuntament un pla d'intervenció social. Posteriorment, el/la treballador/a social anirà informant de l'evolució del pla i

de totes les gestions successives que es van realitzant al llarg del tractament del pacient en l'HD: tot això quedarà reflectit en la història del / de la pacient.

Una vegada valorat el cas i el pla que cal seguir, el/la TS entrevista la família a fi d'oferir informació sobre els aspectes que puguen millorar la situació del / de la pacient i de la seua família.

Una vegada que la família accepta el pla, el/la TS realitza l'acompanyament al pacient o a la família per a la gestió de tots els tràmits necessaris i elabora un informe social sempre que siga requerit.

En alguns casos caldrà que es desplace al municipi del pacient o a organismes públics o privats.

El/La TS, d'acord amb l'equip de l'HD, es posarà en contacte amb els recursos tant públics com privats que afavorisquen la integració social i laboral del pacient una vegada que haja finalitzat el tractament a l'HD i abans de l'alta. Així mateix, elaborarà un informe social i gestionarà els tràmits necessaris per a la derivació, i farà l'acompanyament i el seguiment del pacient.

- Reconstruir la història i l'evolució de la malaltia des d'un punt de vista social com a base per a ajudar a comprendre la situació actual del pacient i la família.
- Valorar el nivell d'implicació de la família en el tractament de l'HD, les necessitats socials de la família i pacient i l'aplicació d'intervencions sociofamiliars adequades.

La intervenció sociofamiliar es realitza des del primer moment en què el pacient és derivat a l'hospital de dia a través de la primera entrevista amb la família. El/La treballador/a social arreplega informació des del punt de vista de la família.

Esta primera entrevista és fonamental per a establir una aliança amb la família i permetre les intervencions posteriors (entrevistes, gestions, derivacions, etc.).

2. Intervenció domiciliària

El/La treballador/a social es posa en contacte amb la família a fi d'establir el dia de visita. Es tindrà en compte la possibilitat que al domicili hi haja la major part dels membres que conviuen.

Des del primer moment és important establir una bona relació amb la família i evitar que se senten incòmodes.

3. Intervenció grupal

El/La treballador/a social, juntament amb l'equip terapèutic, participarà en activitats d'educació en salut destinades a la generació de coneixements, habilitats i destreses per a manejar la condició de la malaltia psiquiàtrica i millorar la qualitat de vida de les persones afectades i la seua família. Inclou l'usuari i els seus cuidadors. Es pot realitzar de manera individual o grupal. Els impactes favorables es verifiquen en l'adherència al tractament i en el pronòstic. Els continguts han d'incloure, almenys:

- naturalesa de la malaltia
- manifestacions clíniques
- importància de factors com l'estrés, la vulnerabilitat, la comunicació, etc.
- tractament farmacològic (importància, beneficis, efectes col·laterals, alternatives)
- tractament psicosocial (importància, beneficis i alternatives)
- drets i alternatives de suport social
- reconeixement precoç de símptomes i signes de descompensació
- reconeixement de complicacions (abús d'alcohol i drogues, conductes de risc)

5. Intervenció comunitària

El/La treballador/a social establirà un vincle entre l'HD, usuaris/àries, familiars i les institucions de benestar que facilite i complemente el procés de rehabilitació i inserció social del pacient en el seu medi comunitari. Per mitjà de l'educació de l'individu, del grup i de la comunitat, s'afavorirà els hàbits que capaciten l'usuari/ària a conviure d'una manera harmònica en el seu medi ambient i a participar responsablement en la resolució dels problemes comuns. Promourà:

- a) La coordinació i l'establiment de mètodes de treball entre diferents institucions per a garantir el benestar i millorar la qualitat de vida. Contacte amb associacions i entitats que promoguen la integració sociolaboral, entitats educatives, recursos sociosanitaris, voluntariat, recursos específics de caràcter social per a malalts mentals, servicis socials i sanitaris d'atenció primària i especialitzada
- b) Promoció i col·laboració en programes educatius que trenquen amb l'estigma dels / de les malalts/es mentals.

- c) Suport i col·laboració amb associacions de malalts i de malalties mentals.

- **CRITERIS DE DERIVACIÓ**

Externa: la indicació de l'ingrés a l'HD és responsabilitat de l'USM corresponent o de les unitats d'hospitalització psiquiàtrica, on el/la malalt/a ha estat internat/ada durant un temps previ.

Interna: el treballador social com a part de l'equip multidisciplinari durà a terme una intervenció sistematitzada.

Atendrà el total dels pacients i, després de l'estudi sociofamiliar i l'elaboració del diagnòstic social, atindrà la problemàtica psicosocial per mitjà del tractament social continuat, usuari/ària i família, i integrat en el pla d'intervenció de l'equip.

3.5 UNITATS DE REHABILITACIÓ

És un recurs específic de rehabilitació i tractament de l'esquizofrènia. Amb un equip assistencial de marcat caràcter sociosanitari (psiquiatre, psicòleg, infermers/es, treballador/a social i auxiliar d'infermeria psiquiàtrica).

- **POBLACIÓ DIANA**

Pacients amb trastorn mental greu (TMG) majors de 18 anys i diagnosticats/ades d'esquizofrènia i altres trastorns psicòtics (F 20 – F 29) i que presenten dèficits relatius a:

- autonomia personal / autoatenció
- baixa adhesió al tractament / maneig de la malaltia
- dèficits cognitius / baixa autoestima
- dificultats de competència social (falta d'habilitats socials i de comunicació per al funcionament social)
- problemàtica familiar / entorn comunitari

- **ACTIVITATS DEL TS**

1. Estudi i valoració social del pacient derivat des d'un altre dispositiu per a la seua inclusió en el programa. L'estudi inclou:

- elaboració de la història social a través d'entrevistes pacient-família
- mesurament del grau de desajust social del pacient (escala validada (DAS II) en les àrees relatives a:
 - autonomia personal

- activitats instrumentals de la vida diària
- altres aspectes de competència i funcionament social

2. Estudi de la situació:

- dinàmica relacional
- expressivitat emocional
- altres factors socials

3. Elaboració del diagnòstic social i familiar

4. Aportació de les dades sociofamiliars per a l'elaboració del pla individual de rehabilitació (PIR) juntament amb els altres professionals.

5. Disseny del pla de treball segons les necessitats socials detectades, consensuat amb família i pacient.

La família, el/la pacient i l'entorn comunitari són els tres eixos de les intervencions i activitats del / de la treballador/a social en rehabilitació i en salut mental en general.

- CRITERIS DE DERIVACIÓ

Externa: derivats des de l'USM de referència (departament 7 de València) o altres dispositius assistencials de la xarxa de salut mental.

Interna: el/la treballador/a social com a part de l'equip multidisciplinari durà a terme una intervenció sistematitzada. Atindrà el total dels / de les pacients i, després de l'estudi sociofamiliar i l'elaboració del diagnòstic social, atindrà la problemàtica psicosocial per mitjà del tractament social continuat, usuari/ària i família, i integrat en el pla d'intervenció de l'equip.

4. COORDINACIÓ

S'entén com a *coordinació* l'intent que el treball realitzat per diferents professionals siga complementari, que no se superpose ni siga contradictori i que tots perseguisquen una mateixa finalitat. La coordinació ha de ser permanent i contínua i ha de ser el resultat de tot un conjunt d'actituds, de comportament, decisions i accions i estendre's a través de tot el procés de la rehabilitació.

A causa de les característiques específiques de les persones amb malaltia mental, es requereix un abordatge tant multidisciplinari com interinstitucional, ja que les seues necessitats requereixen el plantejament de sistemes de coordinació en funció dels diferents nivells d'intervenció: entre professionals, institucions (socials, sanitàries, educatives, judicials, etc.), iniciativa social pública i privada, etc. A fi de facilitar l'accés als diferents servicis o garantir la continuïtat de les atencions en estos, d'acord amb els principis d'integritat, interdisciplinarietat i rehabilitació.

En este sentit, la coordinació entre els diferents recursos comunitaris possibilita uns canals d'informació i derivació adequats, com també una delimitació clara de funcions i d'àmbits de treball i col·laboració, dins del procés d'intervenció amb cada pacient.

D'altra banda, permet una avaluació i intervenció efectives sobre el context específic de cada usuari, a més d'una avaluació planificada i sistemàtica dels resultats aconseguits.

Els OBJECTIUS de la coordinació són:

- realitzar de forma coordinada les actuacions psicosocials en/amb la comunitat;
- sistematitzar el treball en atenció primària, atenció especialitzada i servicis socials, servicis sociosanitaris, formatius i laborals;
- unificar criteris dels professionals dels diferents servicis;
- millorar la qualitat de les actuacions;
- rendibilitzar els recursos sociosanitaris.

La coordinació es realitzarà en dos àmbits:

1. COORDINACIÓ EN L'ÀMBIT INTERN:

- Reunions d'equip multidisciplinari
- Interconsultes professionals
- Derivacions de casos
- Col·laboració en el disseny i funcionament de programes individuals d'intervenció

2. COORDINACIÓ ENTRE ELS DISPOSITIUS D'ATENCIÓ EN SALUT MENTAL

2.1 COORDINACIÓ ENTRE ELS SERVICIS SANITARIS

La coordinació entre dispositius sanitaris de salut mental (USM, USMI, UME, HD, UR) és indispensable perquè el pacient reba una atenció integral que done resposta a les seues necessitats i evite la duplicitat d'intervencions, així com el buit assistencial.

Atenent estos criteris, també és necessària la coordinació amb els dispositius d'atenció primària, atenció hospitalària i les unitats de suport.

2.2 COORDINACIÓ AMB SERVICIS SOCIALS GENERALS I ESPECIALITZATS

La coordinació i col·laboració entre els servicis de salut mental i els servicis socials és una peça essencial per a assegurar l'atenció integral a les diferents necessitats de la població amb malaltia mental.

Per això, constituïx un criteri fonamental el desenrotllament d'un treball coordinat i complementat entre l'àrea de servicis de salut mental i l'àrea de servicis socials.

En el cas dels malalts mentals, la implicació dels **servicis socials generals** és imprescindible no sols perquè com a ciutadans de ple dret han de tindre accés al conjunt de programes i prestacions socials bàsiques que es gestionen des d'estos servicis, sinó a més perquè la seua col·laboració és fonamental de cara al desenrotllament de programes que possibiliten la integració comunitària normalitzada d'esta població.

La xarxa de salut mental és la responsable de l'atenció i el seguiment psiquiàtric. Per a atendre les necessitats socials específiques d'esta població, els servicis de salut mental requerixen el suport de recursos dins del camp dels **servicis socials especialitzats**, que cobrisquen necessitats de rehabilitació, atenció residencial i suport comunitari.

D'altra banda, estos recursos de rehabilitació i suport social necessiten el suport dels servicis de salut mental no sols per a atendre la problemàtica psicofarmacològica, sinó per a assegurar un treball integral que promoga una verdadera continuïtat d'atencions.

Respecte als recursos específics i especialitzats en la rehabilitació de persones amb malaltia mental crònica d'atenció diürna, comptem amb els centres de rehabilitació i integració social (CRIS) i els centres de dia (CD). Quant a recursos residencials, comptem amb vivendes tutelades, vivendes supervisades i els centres específics de malalts mentals crònics (CEEM).

2.3 COORDINACIÓ I COL-LABORACIÓ AMB LA INICIATIVA SOCIAL

Suposa poder optimitzar tots els esforços i voluntats (familiars, afectats, professionals, etc.) de cara a la millora de l'atenció i la qualitat de vida d'esta població.

S'articula, d'una banda, promovent i potenciant el desenrotllament del moviment associatiu entre familiars i malalts mentals crònics i, d'una altra, establint llaços de col·laboració amb la iniciativa social que propicie la complementarietat d'accions que es puguen desplegar des d'esta iniciativa social respecte de les empreses des del centre.

2.4 COORDINACIÓ AMB RECURSOS COMUNITARIS PROMOTORS D'OCUPACIÓ I FORMACIÓ

La integració laboral és un component clau per a facilitar la integració social de qualsevol persona. No obstant això, gran part dels malalts mentals crònics no estan integrats laboralment i presenten dificultats per a accedir i mantindre's en llocs de treball competitiu.

Així doncs, és necessari no sols treballar la rehabilitació vocacional i laboral sinó, també, augmentar les oportunitats i opcions laborals en què puguen integrar-se.

Per això, és necessària la coordinació amb les entitats que desenrotllen programes de formació ocupacional (FPO), tallers de formació i inserció laboral (TFIL), programes de qualificació professional inicial (PQPI), tallers d'ocupació, escoles per a adults, centres d'educació primària i secundària, cicles formatius, SPE, etc., a fi

de facilitar l'accés a cursos de formació que milloren la qualificació professional de l'usuari i que permeten la seua ocupabilitat.

Coordinació amb les iniciatives locals d'ocupació a través del contacte amb les agències de desenrotllament local, que actuen com a intermediàries entre els actors públics i privats, entre la demanda i la circulació de la informació.

5. AVALUACIÓ

L'avaluació consistix a utilitzar una sèrie de procediments destinats a comprovar si s'han aconseguit o no les metes i els objectius proposats i identificar els factors que han influït en els resultats a fi d'introduir les modificacions necessàries. En este últim sentit, l'avaluació és un instrument de retroalimentació.

L'avaluació es realitza per a conèixer l'impacte de la intervenció realitzada, és a dir, en quina mesura s'estan aconseguint els objectius o metes proposats dins del pla d'intervenció, a fi de facilitar el procés de presa de decisions per a millorar i/o modificar un programa o projecte. Per tant:

- El procés d'intervenció del treball social realitzat amb pacient, família i comunitat s'avalua en funció dels objectius proposats, les accions realitzades i el resultat final obtingut.
- Periòdicament es revisa el programa d'intervenció social, així com les intervencions grupals.
- De la mateixa manera, s'avaluen les àrees psicosocials amb escales i proves psicomètriques, que ajuden a conèixer l'evolució dels pacients i famílies durant la intervenció rehabilitadora.
- L'avaluació serà contínua durant tot el procés, i es modificaran els objectius en la mesura que canvie la situació i es considere necessari.

Respecte a l'avaluació quantitativa de la intervenció social, el sistema de recollida de la intervenció assistencial es realitza a través de l'ús de la història clínica informatitzada, la qual permet realitzar consultes d'indicadors segons els diagnòstics descrits per a cada cas. Estes dades són útils per a determinar la incidència i prevalença dels diagnòstics socials consultats, i això ens permet una visió descriptiva de la demanda. Per a avaluar la intervenció social s'utilitzen els indicadors d'avaluació següents:

- Nombre de pacients amb problemàtica social detectats.
- Procedència de la demanda.
- Tipologia de demanda social.

- Necessitat social detectada.
- Nombre i tipus d'intervencions realitzades.
- Nombre d'escales de valoració utilitzades.
- Nombre de recursos utilitzats.
- Nombre de reunions de coordinació en l'equip.
- Nombre de reunions de coordinació amb altres recursos.
- Nombre d'activitats grupals.
- Nombre d'objectius aconseguits.
- Nombre d'objectius no aconseguits.
- Nombre de pacients donats d'alta social.

6. BIBLIOGRAFIA

- Servicio Extremeño de Salud. Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud. Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios (2006). *Organització i funcionament del treball social en la red de atenció a la salut mental.*
- Trabajadoras Sociales de Salud Mental de la Diputación de Valencia (1990). *Programas y protocolos de intervención social con personas con enfermedad mental.*
- Escartín Caparrós, M. J. (1994). *Manual de trabajo social.* Editorial Aguacilara.
- **Llei 14/1986**, de 29 d'abril, General de Sanitat. BOE núm. **102**, de 29.04.1986.
- Llei 8/2008, de 20 de juny, de la Generalitat Valenciana, dels Drets de Salut de Xiquets i Adolescents. DOCV núm. 5793, de 26-06-2008.
- Llei 12/2008, de 3 de juliol, de la Generalitat Valenciana, de Protecció Integral de la Infància i l'Adolescència **de la Comunitat Valenciana. DOCV núm. 5803, de 10-07-2008.**
- Decret 148/1986, de 24 de novembre, del Consell de la Generalitat Valenciana, pel qual es regula la prestació de servicis en matèria de salut mental a la Comunitat Valenciana. DOGV núm. 492, de 23-12-1986.
- Reial Decret 1030/2006, de 15 de setembre, pel qual s'establix la cartera de servicis comuns del Sistema Nacional de Salut i el procediment per a la seua actualització. BOE núm. 222, de 16-09-2006.
- Decret 132/1996, de 7 de juliol, del Govern Valencià, pel qual s'assignen competències entre la Conselleria de Sanitat i de Benestar Social. DOGV núm. 5402, de 05-12-2006.
- Decret 81/1998, de 4 de juliol, del Govern Valencià, pel qual es definixen i s'estructuren els recursos dirigits a la salut mental i l'assistència psiquiàtrica. DOGV núm. 3269, de 22-06-1998.
- Orde de 9 d'abril de 1990, de la Conselleria de Treball i Seguretat Social, per la qual es desplega el Decret 40/1990, de 26 de febrer, del Consell de la Generalitat Valenciana, sobre registre, autorització i acreditació dels servicis socials de la Comunitat Valenciana. DOGV núm. 1291, de 26-04-1990.
- Orde de 3 de febrer de 1997, de la Conselleria de Treball i Assumptes Socials. Generalitat Valenciana. DOGV núm. 2937, de 24-02-1997.

- Orde de 9 de maig de 2006, de la Conselleria de Benestar Social, per la qual es modifica l'Orde de 9 d'abril de 1990, de la Conselleria de Treball i Seguretat Social, sobre registre, autorització i acreditació dels servicis socials de la Comunitat Valenciana, en la redacció feta en l'Orde de 3 de febrer de 1997, de la Conselleria de Treball i Assumptes Socials. DOGV núm. 5255, de 10-05-2006.
- Generalitat Valenciana (2001). *Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana*.
- Birchwood *et al.* (1990). *Escala de funcionamiento social (SFS)*.
- Juan Fco. Jiménez Estévez i Erica Novoa Casasola (1995). *Escala de valoración del ocio y tiempo libre (EVOTL)*, URA Granada-Sur.
- Escala DAS II. Adaptación para una intervención psicoeducativa en familiares de pacientes con esquizofrenia. Mañá, S.; Ivorra, J.; Girón M. 1998. Adaptación y fiabilidad de la entrevista para la evaluación de la discapacidad social en pacientes psiquiátricos (OMS). *Rev. Psiq. Fac. Med. Barna*, 25 (2): 43-48.