

***INTERVENCIÓN DEL/LA TRABAJADOR/A
SOCIAL EN LAS UNIDADES DE APOYO DE
SALUD MENTAL.***

Equipo Trabajadoras Sociales USM, USMI, UME, HD y UR.

Autoras del documento:

- Aroca Fons , Lucía** (USM de Aldaia. Departamento de Manises)
- Arocas Estellés, Amparo** (USM de Pere Bonfill. Departamento Hospital General)
- Cebrián Luján, Agustina** (Unidad de Rehabilitación Museo)
- Maltés Blasco, Luís** (USMI de Fuente de Sant Lluís. Departamento Hospital Dr. Pesset)
- Pasqual Zapater, Manuela** (USM de Torrent. Departamento Hospital General)
- Pérez Urios Concepción** (USMI de Fuente de Sant Lluís. Departamento Hospital Dr. Pesset)
- Poveda Baños, María** (USMI de Godella. Departamento Arnau de Vil.lanova-Llíria)
- Pradas Resina, Raquel** (USM de Fuente de Sant Lluís. Departamento Hospital Dr. Pesset)
- Rel Casani, Inma** (USMI de Fuente de Sant Lluís. Departamento Hospital Dr. Pesset)
- Rubio Jiménez, Llorenç** (Hospital Pare Jofré, Area de Salud Mental. HACLE)
- Senent Tobajas, M^a Cruz** (Hospital de Día de Castelló y Vila-Real. Departamento de salud la Plana)
- Sevilla Hurtado, Rocío** (USMI de Pere Bonfill. Departamento Hospital General)
- Sospedra Felip, Dolors** (USMI de Castellón. Departamento Consorcio Hospitalario Provincial de Castelló)
- Torres Martínez, Ana** (Unidad de Media y Larga Estancia de Salud Mental. Departamento Consorcio Hospitalario Provincial de Castelló)
- Zafra Márquez, M^a Eugenia** (Hospital Pare Jofré. Área de Salud Mental. HACLE)

INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR/A SOCIAL EN LAS UNIDADES DE APOYO DE SALUD MENTAL

1.	INTRODUCCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN SALUD MENTAL.....	5
2.	OBJETIVOS DEL TRABAJADOR SOCIAL EN SALUD MENTAL.....	8
3.	DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL	
3.1	UNIDADES DE SALUD MENTAL.....	9
	- POBLACIÓN DIANA	
	- ACTIVIDADES DEL TRABAJADOR SOCIAL	
	- CRITERIOS DE DERIVACIÓN:	
	▪ EXTERNA	
	▪ INTERNA	
3.2	UNIDADES DE SALUD MENTAL INFANTIL.....	12
	- POBLACIÓN DIANA	
	- ACTIVIDADES DEL TRABAJADOR SOCIAL	
	- CRITERIOS DE DERIVACIÓN:	
	▪ EXTERNA	
	▪ INTERNA	
3.3	UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA.....	15
	- POBLACIÓN DIANA	
	- ACTIVIDADES DEL TRABAJADOR SOCIAL	
	- CRITERIOS DE DERIVACIÓN:	
	▪ EXTERNA	
	▪ INTERNA	
3.4	HOSPITAL DE DÍA.....	19
	- POBLACIÓN DIANA	
	- ACTIVIDADES DEL TRABAJADOR SOCIAL	
	- CRITERIOS DE DERIVACIÓN:	
	▪ EXTERNA	
	▪ INTERNA	

3.5 UNIDADES DE REHABILITACIÓN	22
- POBLACIÓN DIANA	
- ACTIVIDADES DEL TRABAJADOR SOCIAL	
- CRITERIOS DE DERIVACIÓN:	
▪ EXTERNA	
▪ INTERNA	
4. COORDINACIÓN	24
5. EVALUACIÓN	27
6. BIBLIOGRAFÍA	29

1. INTRODUCCIÓN AL TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL

La presencia de los trabajadores/as sociales (tt.ss.) en los distintos dispositivos de Salud Mental tiene su origen en el año 1968 en el antiguo Sanatorio Psiquiátrico Provincial "Padre Jofre" de Valencia, (en el primer psiquiátrico del mundo occidental) continuando su trabajo e intervención con la apertura del Hospital Psiquiátrico de Bétera en 1974.

Desde el año 1974 y como consecuencia del traslado de pacientes del Hospital Padre Jofré al nuevo hospital de Bétera, se realiza un incremento en la contratación de tt.ss. desarrollándose funciones sociales de atención a las personas con enfermedad mental con largos años de internamiento institucional.

El desarrollo del proceso desinstitucionalizador comienza en 1985 con el informe realizado por la Comisión para la Reforma Psiquiátrica; un año más tarde, entra en vigor la Ley 14/86 General de Sanidad, que en su artículo 20 hace referencia a la plena integración de toda las actuaciones de salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales y el desarrollo de servicios de rehabilitación y reinserción psicosocial.

En 1986 el Gobierno Valenciano regula la prestación de servicios en materia de salud mental por parte de la Conselleria de Sanidad, mediante el Decreto 148/1986 de 24 de Noviembre cuyo artículo 5.2, dice que "El personal del Centro de Salud Mental estará formado por un conjunto de profesionales pertenecientes a las disciplinas médicas, psicológicas, de enfermería y sociales. Desempeñaran sus actividades en el propio Centro de Salud Mental, en el Centro Hospitalario, a domicilio o en otros lugares según lo requieran las distintas actuaciones".

Algunas de las características propias de la enfermedad mental como: pérdida de identidad, el aislamiento, la falta de motivación, la dificultad para establecer relaciones sociales, etc. Pueden llevar a situaciones de aislamiento y exclusión social, que afectan tanto al individuo como a su familia.

Con frecuencia las personas con enfermedad mental sufren estigma y rechazo social, por lo que es necesario trabajar la normalización del individuo en sus relaciones familiares y con su entorno social.

En coherencia con todo ello, cada dispositivo de la red de atención a la salud mental deberá contar con la figura del trabajador/a social (t.s.) quien atenderá a toda la población adscrita al dispositivo de la red de atención en salud mental dentro de las demarcaciones geográficas y poblacionales establecidas y especialmente a aquellas situaciones en riesgo de exclusión social.

El trabajo interdisciplinar permite una visión global de las circunstancias de la persona y posibilita una planificación conjunta de la intervención, lo cual conlleva un abordaje multidisciplinar, por lo tanto la intervención del t.s. debe estar integrada en los equipos de salud mental.

El/la t.s. forma parte del equipo interdisciplinar y como miembro de éste planifica y evalúa, conjuntamente con el resto de los componentes del equipo, el trabajo a todos los niveles, integrando las aportaciones de los diferentes profesionales.

Además de la coordinación interinstitucional ha de coordinarse con los demás dispositivos sanitarios y con los recursos sociales, educativos y jurídicos que se encuentran en la comunidad.

El t.s. es el "profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los factores psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad, tanto si tienen que ver con su desencadenamiento como si se derivan de aquellas" (Ituarte Tellaeché, A., 1995 b:277, citado en Ituarte, A., 2001:23).

El/la t.s. en la Unidad de Salud Mental adecua su intervención según las características de la persona, de su familia y de su entorno, entroncando las carencias y las necesidades socio-sanitarias del paciente.

Los t.s. somos los técnicos responsables de la intervención social con las personas con enfermedad mental, con el **objetivo** de desarrollar capacidades psicosociales para abordar su situación personal, así como su capacidad para desarrollar sus recursos personales y los que le ofrece el medio social, por lo tanto el eje de intervención serán la persona, la familia y la comunidad.

Por otra parte, las patologías psicosociales que afectan a la infancia, revisten una especial importancia por tratarse de un colectivo más indefenso y dependiente y el entorno sociofamiliar que rodea al niño y a la familia tiene una gran trascendencia no sólo en los aspectos relacionados con la enfermedad, sino también en los que afectan al desarrollo integral de éstos.

Los niños/as y adolescentes tienen unas características evolutivas y una forma de expresar su sufrimiento psíquico muy diferente de la de los adultos.

La pluralidad y complejidad factorial de la psicopatología infantil conlleva un enfoque psicosocial en todo abordaje de la salud mental infantil y hace imprescindible la presencia de los/as Trabajadores/as Sociales en los equipos multidisciplinares, éstos son necesarios para afrontar las dificultades o trastornos infantiles. Un único profesional no posee toda la información y preparación para tratar al niño/a y/o adolescente en su realidad bio-psico-social.

Es en el Plan Director de Salud Mental de la Comunidad Valenciana (2001) donde se encuentra por primera vez recogido en un documento oficial, la figura del t.s. dentro de los equipos de salud mental en los diferentes dispositivos sanitarios.

- Unidades de Salud Mental (USM)
- Unidades de Salud Mental Infantil (USMI)
- Unidad de Media Estancia (UME)
- Hospital de Día (HD)
- Unidad de Rehabilitación (UR)

2. OBJETIVOS DEL T.S. EN SALUD MENTAL

Generales:

- Identificar y atender la problemática social del paciente y de su familia, prestando especial atención a las situaciones de riesgo social.
- Favorecer el bienestar del niño/a y adolescente mediante la integración en su medio.
- Informar, asesorar y orientar al paciente y a su familia, sobre los recursos socio-sanitarios existentes, facilitando el acceso a los mismos.
- Desarrollar actividades de prevención, promoción, asistencia, rehabilitación y reinserción social desde una dimensión social y comunitaria.

Específicos:

- Estudiar, investigar y valorar los factores familiares así como los condicionantes socioeconómicos y culturales, influyentes en el proceso de salud-enfermedad del individuo y su familia.
- Potenciar la autonomía del paciente y su familia, fomentando la responsabilidad en la resolución de sus problemas.
- Intervenir desde una perspectiva social con el paciente y la familia para alcanzar los objetivos de rehabilitación establecidos.
- Potenciar la autonomía del niño/a y su familia en su medio, apoyando y fomentando la responsabilidad en la resolución de sus problemas a través de la educación socio sanitaria.
- Favorecer la adaptación de las familias a la nueva situación y a la comprensión de las dificultades del niño/a.
- Coordinar y planificar las actividades de reinserción social y laboral, familiar y de ocio.
- Establecer canales de comunicación y coordinación con el equipo multidisciplinar y con otras estructuras socio-sanitarias y educativas.
- Potenciar y promover redes de apoyo social facilitando la integración social.

3. DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

3.1 UNIDADES DE SALUD MENTAL

Se configuran como el eje asistencial básico y se conforman como equipos multidisciplinares y con funciones en áreas de promoción de salud, asistencia ambulatoria, atención domiciliaria, formación, investigación y docencia. Desarrollará programas específicos de asistencia domiciliaria o comunitaria y proporcionará programas y acciones individuales de rehabilitación y reinserción social a los pacientes que lo necesiten.

- POBLACION DIANA

Personas adultas, a partir de 15 años, que por la psicopatología que presentan, necesitan atención psiquiátrica, psicológica y social especializada y que requieren un seguimiento de su tratamiento psiquiátrico o psicológico en la comunidad.

- ACTIVIDADES DEL TRABAJADOR SOCIAL

1. Intervención social con individuos: intervenciones orientadas a la prevención, atención, seguimiento y coordinación que el t.s. desarrolla con un paciente y/o núcleo familiar.

- Valoración social de la persona con enfermedad mental
- Información y asesoramiento sobre la enfermedad mental, a nivel individual y familiar para ubicarlos en la nueva situación.
- Información y asesoramiento sobre los derechos y deberes que su situación conlleva.
- Valoración de la demanda
- Elaboración del Diagnóstico Social.
- Análisis de la red social y su funcionalidad
- Diseño del Plan de Intervención Social.
- Desarrollo del Plan de Intervención Social.
- Valoración del recurso adecuado desde la perspectiva de la Rehabilitación Psicosocial que permita tener mejor autonomía y facilite la normalización e integración social.
- Asesoramiento y orientación social sobre recursos sociosanitarios, aspectos jurídico-legales, laborales y educativos.
- Refuerzo de sus capacidades personales encaminadas a mejorar su autoestima y prevenir la exclusión social.

- Apoyar al paciente en las gestiones y tramitaciones que correspondan.
- Acompañamiento y seguimiento del paciente en el proceso de normalización e integración social.

2. Intervención familiar : las familias con un miembro con enfermedad mental tienen unas necesidades específicas, tanto en lo referente a sus interacciones emocionales y funcionamiento interno como en su relación con su contexto social más inmediato. Requieren apoyo, asesoramiento e información sobre la enfermedad y su tratamiento, así como sobre el modo de relacionarse con el enfermo y colaborar con su rehabilitación.

- Estudiar y conocer el medio socio-familiar y sus relaciones con el paciente
- Análisis de la dinámica familiar
- Realizar un proyecto de intervención familiar
- Informar a la familia sobre la enfermedad, su incidencia en el núcleo de convivencia y asesorarla sobre las actitudes y comportamientos más adecuados.
- Intervención destinada a modificar conductas disruptivas y a establecer canales de comunicación que favorezcan las relaciones entre los miembros de la familia, así como mejorar las relaciones interpersonales y disminuir la tensión familiar.
- Apoyo y colaboración con la familia en el proceso de rehabilitación psicosocial

3. Intervención domiciliaria: intervención social constituida principalmente por técnicas de observación y entrevista, que permite el acercamiento e interacción del profesional con el contexto interno de la realidad familiar.

- Valoración social.
- Establecimiento de la relación terapéutica.
- Evitar la claudicación y el aislamiento social en el domicilio potenciando la adhesión al tratamiento.
- Apoyo sociofamiliar.
- Supervisión y seguimiento.

4. Intervención Grupal: intervenciones orientadas a favorecer la relación entre pacientes, familiares y otros miembros de la comunidad. La intervención se realizará a nivel preventivo, asistencial y terapéutico

- Grupos de psicoeducación familiar: se conciben como un entorno de aprendizaje y facilitación en la educación de las familias; formándolas, orientándolas y asesorándolas. Se pretende apoyar y ayudar a que las familias aumenten su nivel de competencias, que potencien sus capacidades específicas y adquieran estrategias específicas para afrontar su propio desarrollo y evolución
- Grupos de ayuda mútua: espacio destinado a posibilitar el contacto entre familias afectadas por la enfermedad mental, generando un clima de soporte emocional entre las mismas.
- Talleres de Rehabilitación Psicosocial: orientación laboral, integración en recursos comunitarios, ocio y tiempo libre, orientación en recursos sociales.

5. Intervención Comunitaria: intervención con redes sociales, desde el individuo hacia el colectivo y desde el colectivo hacia el individuo, de forma que todos los ámbitos interactúan entre sí.

- Conocer el entorno comunitario del paciente.
- Elaboración del estudio de factores de riesgo social, análisis de redes sociales y análisis comunitario.
- Integración en recursos comunitarios.
- Conocer los recursos formales e informales existentes valorando la adecuación y aprovechamiento por parte del paciente.
- Potenciar los recursos de las redes sociales.
- Impulsar la acción comunitaria tanto de los pacientes, sus familias y del movimiento asociativo.
- Captación de la demanda surgida con grupos, instituciones y asociaciones de la comunidad.
- Sensibilización comunitaria fomentando el nivel de aceptación del enfermo mental en su entorno, disminuyendo los prejuicios y miedos existentes y profundizando en las causas de los mismos.

- **CRITERIOS DE DERIVACIÓN**

Externa: El acceso a las USM se realiza a través de los Equipos de Atención Primaria y desde las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP), para una continuidad de cuidados en la comunidad.

Interna: Los casos susceptibles de intervención sociofamiliar pueden ser asumidos en las reuniones de coordinación de equipo, derivados por los diferentes profesionales del servicio o por derivación de recursos externos (SS.SS., escuela, juzgados, etc.)

3.2 UNIDADES DE SALUD MENTAL INFANTIL

Es el dispositivo ambulatorio de referencia para la evaluación y el tratamiento de menores de edad, de 0 a 15 años con problemas de salud mental. En el que se desarrollarán actuaciones de prevención, promoción, asistencia, rehabilitación y de coordinación con otros recursos sanitarios, sociales y educativos.

- **POBLACIÓN DIANA**

Niños/a y adolescentes de 0 hasta 15 años y sus familias, con patologías psicológicas y/o psiquiátricas, que son atendidos en la Unidad de Salud Mental Infantil, derivados por el pediatra de atención primaria.

- **ACTIVIDADES DEL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL.**

Los/as tt.ss. de Salud Mental Infantil desarrollan su trabajo dentro y fuera de la Unidad.

Dentro, directamente con el niño/a y su familia y el equipo multidisciplinar y fuera, en el entorno social, en los centros escolares y en otras redes sociales, fundamentalmente las relacionadas con la infancia.

El proceso de intervención consta de:

1. Primera entrevista de Trabajo Social:

- Entrevista con el responsable del/la menor con el objeto de saber qué conoce y entiende de la situación/problema.
- Clarificación de la demanda ajustándola a las necesidades del servicio.
- Recogida de los datos socio familiares que permitan elaborar el diagnóstico social. Elaboración del genograma.
- Detección de situaciones de riesgo social.

- Contención de los principales signos de angustia que plantea la familia por la desorientación inicial.
- Definición de hipótesis de trabajo y planteamiento a la familia.

2. Trabajo del caso en el equipo multidisciplinar

- Análisis de los elementos necesarios para la comprensión global de las situaciones planteadas.
- Participación en la planificación de la intervención a nivel preventivo, asistencial y búsqueda de recurso adecuado.

3. Intervención Social.

- La intervención social se desarrolla en un contexto terapéutico con la familia, los centros educativos y las redes sociales, en continua coordinación con el equipo.

3.1 Trabajo directo con las familias o responsables del niño/a.

- Disminución de situaciones de riesgo social
- Fijación de límites y pautas socio-educativas
- Orientación en temas de escolaridad, formativas, actividades de ocio y tiempo libre, etc.
- Intervenciones dirigidas a asesorar en temas legales y de mediación familiar.
- Intervenciones dirigidas a informar y orientar sobre derechos y deberes existentes.
- Intervenciones dirigidas a informar y orientar sobre temas socio económicos (ayudas económicas, de emergencia social, etc.)
- Asesoramiento a la familia extensa, en caso de ser necesario.
- Apoyo individual o familiar en situaciones de crisis.
- Intervención domiciliaria para valorar e intervenir en la situación socio-familiar.
- Implicar en el proceso de intervención a la familia con las diferentes instituciones.
- Informar sobre recursos socio sanitarios: Centros de Atención Temprana, asociaciones, grupos de apoyo, etc.
- Trabajo grupal con los padres y con las madres.

3.2 Trabajo directo con los niños/as y adolescentes.

- Informar y orientar sobre las alternativas educativas y formativas.
- Orientar e informar sobre actividades de ocio y tiempo libre, actividades deportivas, centro municipales de juventud, etc.
- Seguimiento de la evolución de la situación socio-familiar y de la intervención global.

3.3 Intervención en el Centro Educativo: se realiza en todos aquellos casos en que aparecen problemas escolares. Se trata de conocer el funcionamiento del/la niño/a en otro contexto distinto a las familias.

- Conocer los recursos, requisitos de acceso, ubicación, programas, etc.
- Intervención en Escuelas Infantiles, Colegios e Institutos
Centros de Educación Especial: Información, seguimiento, coordinación con jefes de estudio, profesores, tutores, psicopedagogos, trabajadores sociales, SPE, Inspección educativa, etc.
- Visitas de coordinación al centro educativo.
- Colaboración con el equipo psicopedagógico orientada a una intervención socio-educativa que tenga en cuenta las posibilidades reales del/la niño/a según su capacidad y aptitudes.
- Información sobre las características de los/las niños/as y su entorno socio familiar en los casos en que éste repercute directamente en las dificultades presentadas.
- Seguimiento de la intervención realizada desde la U.S.M.I.

4. Intervención en las Redes Sociales.

- Conocer los recursos existentes: ubicación, funcionamiento, requisitos de acceso, etc.
- Valorar la idoneidad o posible adaptación del/la niño/a a los recursos.
- Establecer y facilitar conexiones interinstitucionales, especialmente con otras/os trabajadoras/es sociales.
- Información, derivación y seguimiento de casos, coordinándose con todos los programas de Servicios Sociales.

- **CRITERIOS DE DERIVACIÓN.**

Externa: Los menores serán derivados por los/las pediatras de Atención Primaria mediante hoja de íterconsulta.

Interna: Los casos susceptibles de intervención socio-familiar pueden ser detectados directamente por la t.s., asumidos en las reuniones semanales (estudio y valoración de las peticiones de consulta recibidas y de casos en tratamiento por los equipos) o derivados por cada profesional del equipo cuando lo considere necesario.

3.3 UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA

Centro hospitalario específico que con una duración más prolongada que la de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica y con equipos y programas específicos que sea capaz de presentar una atención individualizada encaminada a la rehabilitación. Esta actividad debe realizarse, en la medida de lo posible, en el marco de la comunidad y suponer un alejamiento relativamente corto del entorno sociofamiliar del enfermo. Se trata de instalaciones sanitarias con ingreso de duración media y que realizan intervenciones terapéuticas, integradas, biológicas, psicológicas, sociales y rehabilitadoras.

- **POBLACIÓN DIANA**

Pacientes, mayores de 18 años que cumplen las siguientes características:

- Padecer un trastorno mental grave de curso crónico
- Necesitar ingreso hospitalario
- Presentar una patología psiquiátrica que requiera cuidados sanitarios hospitalarios prolongados en el tiempo, y que exceda las posibilidades de las unidades de hospitalización psiquiátrica para patologías agudas.
- Necesitar intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras, que por la situación clínica del paciente, no puedan realizarse en su ámbito comunitario y precise por lo tanto de un medio hospitalario.
- Pacientes, generalmente refractarios, en los que persiste durante largo tiempo alteraciones psicopatológicas importantes que les impide una adaptación a un entorno social normalizado y presentan déficits y dificultades en su funcionamiento psicosocial.

- **ACTIVIDADES DEL T.S.**

El/la trabajador/a social como miembro del equipo multidisciplinar actúa interdisciplinariamente para garantizar una atención integral del paciente y su familia. Se apoya en el método básico de trabajo social para participar en la elaboración del plan de atención integral de cada paciente.

Su intervención se orienta a conseguir el objetivo final del equipo terapéutico: promover la reinserción e integración social de los pacientes con enfermedad mental grave.

La planificación del alta hospitalaria del paciente se plantea desde el ingreso mismo de éste. En ella interviene el equipo terapéutico, el paciente, la familia y profesionales de otras redes asistenciales.

1. Atención individual y familiar: engloba las actuaciones preventivas, asistenciales y de coordinación que el/la trabajador/a social desarrolla sobre un caso.

1.1. Colaborar en el proceso de hospitalización:

1.1.1. Previo ingreso (cuando se requiera):

- Colaborar en la valoración del protocolo: entrevista con el/la paciente y/o familia.
- Contacto con el recurso de referencia, si procede.
- Informar de la documentación necesaria.

1.1.2. Participar en el proceso de acogida del paciente:

- Presentación e información.
- Complimentar los apartados de situación sociofamiliar de la historia clínica, específicos del t.s.
- Recogida de la documentación: DNI, SIP, certificado de grado de discapacidad, certificado pensión, sentencia de incapacidad si la hubiera.

1.2. Análisis de la situación sociofamiliar del paciente. Diagnóstico Social.

Conocer los recursos propios del paciente y del conjunto familiar, así como de la adecuación-adaptación-potenciación de las posibilidades de otros servicios profesionalizados y comunitarios. Requiere:

- Entrevista con el paciente.
- Entrevista con la familia.

- Entrevista con el t.s. de la USM de referencia.
- Entrevista con otros/as profesionales (Servicios Sociales Básicos, centro de salud, etc.) que hayan intervenido en el caso.
- Contrastar información: con la sección de discapacitados de la Conselleria de Bienestar Social sobre los recursos solicitados del paciente, situación en la que se encuentra el trámite, etc.; con el Centro Base sobre el certificado de minusvalía (cuando existan dudas).

1.3. Elaborar junto con el Equipo el Plan de Atención Individual (PAI):
Establecer las responsabilidades y tareas específicas del t.s.

1.4. Intervención asistencial y de coordinación, en función de los objetivos definidos en el PAI:

- Actualización de la documentación básica del paciente (DNI, Certificado de grado de Discapacidad, demanda empleo...).
- Información, orientación y valoración: orientación formativa-laboral, derechos y prestaciones sociales, recursos específicos, alternativas residenciales, redes de apoyo social y alternativas de ocio y tiempo libre en su entorno más próximo.
- Asesoramiento y tratamiento social: Seguimiento del caso, coordinación de la intervención, tramitación de recursos específicos , derivación a otros servicios para la tramitación y gestión de otros recursos.
- Apoyo a las familias. Establecer relación de ayuda.
- Visita a domicilio en los casos que se requiera.

Se fomentará la participación activa del paciente para que gestione y tramite personalmente todos aquellos documentos y recursos que precise y sea posible.

También se potenciará la incorporación progresiva de los pacientes a los recursos comunitarios propuestos (Centro de Rehabilitación e Integración Social, Centro de Día, Hospital de Día, etc.).

1.5. Colaborar en el informe de alta donde constarán los aspectos sociofamiliares, intervenciones y propuestas tras el alta.

2. **Información a las familias a nivel grupal:** Informar a las familias sobre temas que puedan ser de su interés (aspectos legales, recursos sociales, recursos sanitarios, etc.).

3. **Intervención comunitaria:** intervención basada en el conocimiento del entorno social donde se desarrolla la intervención, tanto en los problemas que presenta como en las posibilidades que ofrece.

La intervención comunitaria se concreta en:

- Actualizar el conocimiento de los diversos servicios y prestaciones sociales, así como la legislación social que afecta a los enfermos mentales.
- Conocer las características de las instituciones y servicios de la zona de referencia de cada paciente, procurando el máximo aprovechamiento de los recursos sociales comunitarios.
- Coordinación y potenciación de recursos de apoyo social para enfermos mentales crónicos.
- Potenciación de las asociaciones de enfermos mentales y apoyo a las ya existentes.

3. **Participar en las comisiones del hospital.**

4. **Participar en la formación a través de sesiones clínicas.**

- **CRITERIOS DE DERIVACION**

Externa: Existe un protocolo de derivación específico que siempre será remitido por el equipo de la USM de referencia, previa comunicación al referente del Departamento (éste firma también en el protocolo).

El paciente puede venir desde su domicilio o desde el hospital de referencia. Durante la estancia del paciente en la UME se establece una coordinación con la USM de referencia.

Interna: El/la t.s. valora a todos los/las pacientes que ingresan en la UME, previamente a la elaboración del PAI.

Las actividades e intervenciones se establecerán de acuerdo al Plan de Atención Individual de cada paciente.

3.4 HOSPITAL DE DIA SALUD MENTAL

Dispositivo sanitario que presta asistencia sanitaria intensiva, dirigida a enfermos con patología severa, en régimen de hospitalización parcial, así como aquellos pacientes que no precisan en un determinado momento, ingreso a tiempo total, pero que no son susceptibles de logros terapéuticos adecuados en tratamiento ambulatorio.

- POBLACION DIANA

Personas con trastorno mental severo de curso crónico, a partir de 18 años de edad, que conlleve un deterioro en las habilidades para desenvolverse de forma autónoma a nivel laboral, social y personal, a los que sea necesario determinar su diagnóstico, prestar cuidados intensivos, tratar crisis agudas o iniciar programas de rehabilitación.

Indicaciones para el H.D.:

- Trastornos esquizofrénicos que no hayan desarrollado un deterioro defectual importante y se encuentren en momentos iniciales de la enfermedad
- Trastornos graves de la personalidad
- Neurosis graves
- Trastornos afectivos en momentos evolutivos

No están indicado los casos graves de consumo de sustancias si éste constituye el diagnóstico principal.

- ACTIVIDADES DEL T. S. EN EL HOSPITAL DEL DIA

1. Intervención individual y familiar:

El/la trabajador/a social, registrará todas las actuaciones de cada paciente en la historia social, que formará parte de la historia clínica del paciente.

Tras la recogida de información del paciente y la familia y de otros recursos implicados con el paciente, el/la trabajador/a social realiza la valoración social del caso que expondrá al equipo del H.D., con el fin de diseñar conjuntamente un plan de intervención social. Posteriormente, el/la trabajador/a social irá informando de la evolución de dicho plan y de todas las sucesivas gestiones que se van realizando a lo largo del tratamiento del paciente en el H.D., quedando todo reflejado en la historia del/de la paciente.

Valorado el caso y el plan a seguir, el/la t.s. entrevista a la familia con el fin de ofrecer información sobre aquellos aspectos que puedan mejorar la situación del/de la paciente y de su familia.

Una vez la familia acepta el plan, el/la t.s. realiza el acompañamiento al paciente o a la familia para la gestión de todos aquellos trámites necesarios, elaborando un informe social siempre que sea requerido.

En algunos casos será necesario que se desplace al municipio del paciente u organismos públicos o privados.

El/La t.s. y de acuerdo con el equipo del H.D., se pondrá en contacto con aquellos recursos tanto públicos como privados que favorezcan la integración social y laboral del paciente, una vez haya finalizado el tratamiento en el H.D. y previo al alta del mismo. Asimismo, elaborará un informe social y gestionará los trámites necesarios para la derivación, realizando el acompañamiento y seguimiento del paciente.

- Reconstruir la historia y evolución de la enfermedad desde un punto de vista social como base para ayudar a comprender la situación actual del paciente y la familia.
- Valorar el nivel de implicación de la familia en el tratamiento del H. D. las necesidades sociales de la familia y paciente y la aplicación de intervenciones socio-familiares adecuadas.

La intervención socio-familiar se realiza desde el primer momento en que el paciente es derivado al Hospital de Día a través de la primera entrevista con la familia. El/La trabajadora social recoge información desde el punto de vista de la familia.

Esta primera entrevista es fundamental para establecer una alianza con la familia y permitir las posteriores intervenciones (entrevistas, gestiones, derivaciones, etc.).

2. Intervención domiciliaria

La trabajadora social se pone en contacto con la familia con el fin de establecer el día de visita. Se tendrá en cuenta la posibilidad de que estén en el domicilio la mayor parte de miembros que conviven.

Desde el primer momento es importante establecer un buen rapport con la familia evitando que se sientan incómodos/as.

3. Intervención grupal

El/la trabajador/a social junto con el equipo terapéutico participará en actividades de educación en salud destinadas a la generación de conocimientos, habilidades y destrezas para manejar la condición de la enfermedad psiquiátrica y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por ella y su familia. Incluye al usuario y sus cuidadores. Se puede realizar en forma individual o grupal. Sus impactos favorables se verifican en la adherencia al tratamiento y en el pronóstico. Los contenidos deben incluir, por lo menos:

- naturaleza de la enfermedad
- manifestaciones clínicas
- importancia de factores como el estrés, la vulnerabilidad, la comunicación, etc.
- tratamiento farmacológico (importancia, beneficios, efectos colaterales, alternativas)
- tratamiento psicosocial (importancia, beneficios y alternativas)
- derechos y alternativas de apoyo social
- reconocimiento precoz de síntomas y signos de descompensación
- reconocimiento de complicaciones (abuso de alcohol y drogas, conductas de riesgo).

5. Intervención comunitaria

El/la trabajador/a social establecerá vínculo entre el H.D., usuarios/as, familiares y las instituciones de bienestar que faciliten y complementen el proceso de rehabilitación e inserción social del paciente en su medio comunitario. Mediante la educación del individuo, del grupo y de la comunidad se favorecerá los hábitos que capaciten al usuario/a a convivir de forma armónica en su medio ambiente y a participar responsablemente en la resolución de los problemas comunes. Promoviendo:

- a) Coordinar y establecer métodos de trabajo entre distintas instituciones para garantizar el bienestar y mejorar la calidad de vida. Contacto con asociaciones y entidades que promuevan la integración sociolaboral, entidades educativas, recursos sociosanitarios, voluntariado, recursos específicos de carácter social para enfermos mentales, servicios sociales y sanitarios de atención primaria y especializada
- b) Promover y colaborar en programas educativos que rompan con el estigma de los/las enfermos/as mentales.
- c) Apoyo y colaboración con asociaciones de enfermos y de enfermas mentales.

- **CRITERIOS DE DERIVACIÓN**

Externa: La indicación del ingreso en el H.D. es responsabilidad de la USM correspondiente o de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, donde el/la enfermo/a ha permanecido internado/a durante un tiempo previo.

Interna: El trabajador social como parte del equipo multidisciplinar llevará a cabo una intervención sistematizada.

Atenderá al total de los pacientes y tras el estudio sociofamiliar y la elaboración de diagnóstico social, atenderá la problemática psicosocial mediante el tratamiento social continuado, a usuario/a y familia, e integrado en el plan de intervención del equipo.

3.5 UNIDADES DE REHABILITACIÓN

Es un recurso específico de rehabilitación y tratamiento de la esquizofrenia. Con un equipo asistencial de marcado carácter socio-sanitario (psiquiatra, psicólogo, enfermeros/as, trabajador/a social y Auxiliar de enfermería psiquiátrica).

- **POBLACION DIANA**

Pacientes con Trastorno Mental Grave (T.M.G.), mayores de 18 años y diagnosticados/as de Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos (F 20 – F 29) y que presentan déficits relativos a:

- autonomía personal / autocuidados
- baja adhesión al tratamiento / manejo de la enfermedad
- déficits cognitivos / baja autoestima
- dificultades de competencia social (falta de habilidades sociales y de comunicación para el funcionamiento social)
- problemática familiar / entorno comunitario.

- **ACTIVIDADES DEL T.S.**

1. -Estudio y valoración social del paciente derivado desde otro dispositivo para su inclusión en el programa; estudio que incluye:

- elaboración de la Historia Social a través de entrevistas paciente-familia.
- Medición del grado de desajuste social del paciente (escala validada (D.A.S. II) en las áreas relativas a:
 - autonomía personal

- actividades instrumentales de la vida diaria
- otros aspectos de competencia y funcionamiento social

2.- Estudio de la situación:

- dinámica relacional
- expresividad emocional
- otros factores sociales

3.- Elaboración del diagnóstico social y familiar

4.- Aportación de los datos socio-familiares para la elaboración del Plan Individual de Rehabilitación (P.I.R.) junto con los demás profesionales.

5.- Diseño del Plan de Trabajo según las necesidades sociales detectadas, consensuado con familia y paciente.

La familia, el/la paciente y el entorno comunitario son los tres ejes de las intervenciones, y actividades del/la Trabajador/a Social en Rehabilitación y en Salud Mental en general.

- CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Externa: Derivados desde la USM de referencia (departamento 7 de Valencia), u otros dispositivos asistenciales de la red de salud mental.

Interna: El/la trabajador/a social como parte del equipo multidisciplinar llevará a cabo una intervención sistematizada. Atenderá al total de los/las pacientes y tras el estudio sociofamiliar y la elaboración de diagnóstico social, atenderá la problemática psicosocial mediante el tratamiento social continuado, a usuario/a y familia, e integrado en el plan de intervención del equipo.

4. COORDINACIÓN

Se entiende como coordinación el intento de que el trabajo realizado por distintos profesionales sea complementario, que no se superponga ni sea contradictorio persiguiendo todos una misma finalidad. La coordinación ha de ser permanente y continua y ha de ser el resultado de todo un conjunto de actitudes, de comportamiento, decisiones y acciones y extenderse a través de todo el proceso de la rehabilitación.

Debido a las características específicas de las personas con enfermedad mental, se requiere un abordaje tanto multidisciplinar como interinstitucional, ya que sus necesidades requieren del planteamiento de sistemas de coordinación en función de los diferentes niveles de intervención: entre profesionales, instituciones (sociales, sanitarias, educativas, judiciales, etc.), iniciativa social pública y privada, etc. Con el objetivo de facilitar el acceso a los diferentes servicios o garantizar la continuidad de cuidados en los mismos, de acuerdo con los principios de integridad, interdisciplinariedad y rehabilitación.

En este sentido, la coordinación entre los distintos recursos comunitarios posibilita unos adecuados canales de información y derivación así como una clara delimitación de funciones y de ámbitos de trabajo y colaboración, dentro del proceso de intervención con cada paciente.

Por otra parte, permite una evaluación e intervención efectiva sobre el contexto específico de cada usuario además de una evaluación planificada y sistemática de los resultados alcanzados.

Los OBJETIVOS de la coordinación son:

- realizar de forma coordinada las actuaciones psicosociales en/y con la comunidad.
- sistematizar el trabajo en atención primaria, atención especializada y servicios sociales, servicios sociosanitarios, formativos y laborales
- unificar criterios de los profesionales de los distintos servicios.
- mejorar la calidad de las actuaciones.
- rentabilizar los recursos socio sanitarios

La coordinación se realizará a dos niveles:

1. COORDINACIÓN A NIVEL INTERNO:

- Reuniones de equipo multidisciplinar
- Interconsultas profesionales
- Derivaciones de casos
- Colaboración en el diseño y funcionamiento de programas individuales de intervención

2. COORDINACIÓN ENTRE LOS DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

2.1 COORDINACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS SANITARIOS

La coordinación entre dispositivos sanitarios de salud mental: USM, USMI, UME, HD, UR, es indispensable para que el paciente reciba una atención integral que dé respuesta a sus necesidades, evitando la duplicidad de intervenciones así como el vacío asistencial.

Atendiendo a estos criterios, también es necesaria la coordinación con los dispositivos de atención primaria, atención hospitalaria y las unidades de apoyo.

2.2 COORDINACIÓN CON SERVICIOS SOCIALES GENERALES Y ESPECIALIZADOS

La coordinación y colaboración entre los servicios de salud mental y los servicios sociales es una pieza esencial para asegurar la atención integral a las diferentes necesidades de la población con enfermedad mental.

Por ello constituye un criterio fundamental el desarrollo de un trabajo coordinado y complementado entre el área de servicios de salud mental y el área de servicios sociales.

En el caso de los enfermos mentales la implicación de los **servicios sociales generales** es imprescindible no sólo porque como ciudadanos de pleno derecho deben tener acceso al conjunto de programas y prestaciones sociales básicas que se gestionan desde los mismos, además su colaboración es fundamental de cara al desarrollo de programas que posibiliten la integración comunitaria normalizada de esta población.

La red de salud mental es la responsable de la atención y seguimiento psiquiátrico. Para atender las necesidades sociales específicas de esta población, los servicios de salud mental requieren el apoyo de recursos dentro del campo de los **servicios sociales especializados**, que cubran necesidades de rehabilitación, atención residencial y soporte comunitario.

Por otro lado, dichos recursos de rehabilitación y soporte social necesitan el apoyo de los servicios de salud mental no sólo para atender la problemática psicofarmacológica, sino para asegurar un trabajo integral que promueva una verdadera continuidad de cuidados.

Respecto a los recursos específicos y especializados en la rehabilitación de personas con enfermedad mental crónica de atención diurna contamos con los Centros de Rehabilitación e Integración Social (C.R.I.S.) y los Centro de día (C.D.). En cuanto a recursos residenciales contamos con Viviendas tuteladas, viviendas supervisadas y los Centro Específico Enfermos Mentales crónicos (CEEM).

2.3 COORDINACIÓN Y COLABORACIÓN CON LA INICIATIVA SOCIAL

Supone poder optimizar todos los esfuerzos y voluntades (familiares, afectados, profesionales, etc.) de cara a la mejora de la atención y la calidad de vida de esta población.

Se articula por un lado promoviendo y potenciando el desarrollo del movimiento asociativo entre familiares y enfermos mentales crónicos y por otro lado estableciendo lazos de colaboración con la iniciativa social que propicie la complementariedad de acciones que puedan ser desarrolladas desde dicha iniciativa social respecto de las emprendidas desde el Centro.

2.4 COORDINACIÓN CON RECURSOS COMUNITARIOS PROMOTORES DE EMPLEO Y FORMACIÓN.

La integración laboral es un componente clave para facilitar la integración social de cualquier persona. Sin embargo, gran parte de los enfermos mentales crónicos no están integrados laboralmente y presentan dificultades para acceder y mantenerse en puestos de trabajo competitivos.

Así pues, es necesario no sólo trabajar la rehabilitación vocacional y laboral sino, también, aumentar las oportunidades y opciones laborales en las que puedan integrarse.

Por ello es necesaria la coordinación con las entidades que desarrollan programas de Formación Ocupacional (FPO), Talleres de Formación e Inserción Laboral (T.F.I.L.), Programas de Cualificación Profesional Inicial (PCPI), Talleres de Empleo, Escuelas para Adultos, centros educación primaria y secundaria, Ciclos Formativos, SPE's, etc., a fin de facilitar el acceso a cursos de formación que mejoren la cualificación profesional del usuario y que permitan su empleabilidad.

Coordinación con las iniciativas locales de empleo a través del contacto con las Agencias de Desarrollo Local, que actúan como intermediarias entre los actores públicos y privados, entre la demanda y la circulación de la información.

5. EVALUACIÓN

La evaluación consiste en utilizar una serie de procedimientos destinados a comprobar si se han conseguido o no las metas y objetivos propuestos e identificar los factores que han influido en los resultados con el fin de introducir las modificaciones necesarias. En este último sentido, la evaluación es un instrumento de retroalimentación.

La evaluación se realiza para saber el impacto de la intervención realizada, es decir, en qué medida se están alcanzando los objetivos o metas propuestos dentro del plan de intervención, con el objetivo de facilitar el proceso de toma de decisiones para mejorar y/o modificar un programa o proyecto. Por lo tanto:

- El proceso de intervención del Trabajo Social realizado con paciente, familia y comunidad, se evalúa en función de los objetivos propuestos, las acciones realizadas y el resultado final obtenido.
- Periódicamente se revisa el programa de intervención social, así como las intervenciones grupales.
- De igual modo, se evalúan las áreas psicosociales con escalas y pruebas psicométricas, que ayudan a conocer la evolución de los pacientes y familias durante la intervención rehabilitadora.
- La evaluación será continua durante todo el proceso, modificándose los objetivos en la medida en que cambie la situación y se considere necesario.

Respecto a la evaluación cuantitativa de la intervención social, el sistema de recogida de la intervención asistencial se realiza a través del uso de la historia clínica informatizada, la cual permite realizar consultas de indicadores según los diagnósticos descritos para cada caso. Estos datos son útiles para determinar la

incidencia y prevalencia de los diagnósticos sociales consultados, lo cual nos permite una visión descriptiva de la demanda. Para evaluar la intervención social se utilizan los siguientes indicadores de evaluación:

- Nº de pacientes con problemática social detectados.
- Procedencia de la demanda.
- Tipología de demanda social.
- Necesidad social detectada.
- Nº y tipo de intervenciones realizadas.
- Nº de escalas de valoración utilizadas.
- Nº de recursos utilizados.
- Nº de reuniones de coordinación en el equipo
- Nº reuniones de coordinación con otros recursos
- Nº de actividades grupales
- Nº objetivos conseguidos
- Nº objetivos no conseguidos
- Nº pacientes dados de alta social

6. BIBLIOGRAFÍA

- Birchwood et Al., 1990. Escala de Funcionamiento Social (SFS)
- Escartín Caparrós, M^a. J., (1994). *Manual de Trabajo Social*. Editorial Aguaclara.
- Ituarte Tellaeché, A. "*Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico*". (1995). Editado por Siglo XXI. Colección Trabajo Social nº 2.
- Jiménez, J.F. y Novoa, E. U.R.A. Granada-Sur, 1995. Escala de Valoración del Ocio y Tiempo Libre (E.V.O.T.L.)
- Mañá, S.; Ivorra, J.; Girón M. 1998. Escala DAS II. Adaptación para una intervención psicoeducativa en familiares de pacientes con esquizofrenia.
- Rodríguez, M^a A. *Organización y Funcionamiento del Trabajo Social en la red de Atención a la Salud Mental*. (2006) Servicio Extremeño de Salud. Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud. Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios
- Trabajadoras Sociales de Salud Mental de la Diputación Valencia. Julio 1990. *Programas y protocolos de intervención social con personas con enfermedad mental*.
- *Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana*. (2001). Generalitat Valenciana.
- Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986. BOE. 101/1986 / 29-04-1986.
- Ley 8/2008 de 20 de Junio de la Generalitat Valenciana de los Derechos de Salud de Niños y Adolescentes. DOCV. Nº 5.793/26-06-2008.
- Ley 12/2008 del 3 de Julio de la Generalitat Valenciana, de Protección Integral de la Infancia y Adolescencia de la Comunitat Valenciana, DOCV nº 5.803, de 10 de julio de 2008.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE nº 222/16-09-2006.
- Decreto 148/1986, de 24 de noviembre, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se regula la prestación de servicios en materia de salud mental en la Comunidad Valenciana. DOGV. nº 492/23-12-1986.
- Decreto 132/1996 de 7 de Julio del Gobierno Valenciano por el que se asignan competencias entre la Conselleria de Sanidad y de Bienestar Social. DOGV nº 5402/05-12-2006.

- Decreto 81/1998 de 4 de Julio del Gobierno Valenciano en el que se define y estructura los recursos dirigidos a la salud mental y asistencia psiquiátrica. DOGV nº 3269/22-06-1998
- Orden 9 de abril 1990 de la Conselleria de Trabajo y Seguridad Social por la que se desarrolla el DECRETO 40/1990, de 26 de febrero, del Consell de la Generalitat Valenciana, sobre Registro, Autorización y Acreditación de los Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana. DOGV nº 1291/26-04-90.
- Orden de 3 de febrero de 1997, de la Conselleria de Trabajo y Asuntos Sociales. Generalitat Valenciana. DOGV nº 2937/24-02-1997.
- Orden de 9 de mayo de 2006, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se modifica la Orden de 9 de abril de 1990, de la Conselleria de Trabajo y Seguridad Social, sobre registro, autorización y acreditación de los servicios sociales de la Comunidad Valenciana, en su redacción dada por la Orden de 3 de febrero de 1997, de la Conselleria de Trabajo y Asuntos Sociales. DOGV nº 5255/10-05-2006.