

**Quaderns  
de salut  
mental  
3**

CONSELL  
ASSESOR  
SOBRE  
ASSISTÈNCIA  
PSIQUIÀTRICA  
I SALUT  
MENTAL

# Rehabilitació comunitària en salut mental



Servei Català  
de la Salut

 Generalitat de Catalunya  
Departament de Sanitat  
i Seguretat Social

**Quaderns  
de salut  
mental  
3**

CONSELL  
ASSESOR  
SOBRE  
ASSISTÈNCIA  
PSQUIÀTRICA  
I SALUT  
MENTAL

# **Rehabilitació comunitària en salut mental**



Servei Català  
de la Salut

 Generalitat de Catalunya  
**Departament de Sanitat  
i Seguretat Social**

© Generalitat de Catalunya  
Departament de Sanitat i Seguretat Social

Edició: CatSalut  
1a edició: Barcelona, març de 2003  
Tiratge: 1500 exemplars  
ISBN: 84-393- -  
Dipòsit legal:

Membres del grup de treball de rehabilitació  
comunitària en salut mental. 1995

President

Enric Arqués  
Associació JOIA

Secretària

Anna Camprubí  
Programa de salut mental

Vocals

Otilia Arenas  
Sant Joan de Déu - Serveis de Salut Mental

Claudi Camps  
Institut d'Assistència Sanitària

Albert Chamorro  
Institut Pere Mata

Jordi Foix  
Associació Els Tres Turons

Alberto García  
Benito Menni, Complex Assistencial en Salut Mental

Cristina Gisbert  
Institut d'Assistència Sanitària

Esther Jordà  
Consorci Sanitari de Barcelona. Servei Català de la Salut

Xavier Reig  
Sagrat Cor - Serveis de Salut Mental

Tina Ureña  
Centre de Psicoteràpia de Barcelona

Roser Vega  
Associació per a la Rehabilitació i Adaptació de  
Persones Disminuïdes en la capacitat d'Integració  
Sòciolaboral (ARAPDIS)

Francisco Villegas  
Associació Centre d'Higiene Mental Les Corts

Amb la col·laboració de:



LA VIDA POR DELANTE

# Rehabilitació comunitària en salut mental

índex

<b>Introducció</b>	5
<b>Definició del concepte de rehabilitació psicosocial des de la salut mental comunitària</b>	7
<b>Anàlisi de la situació actual</b>	9
Anàlisi de la situació actual de la xarxa de salut mental	9
Anàlisi de la situació actual del centre de dia	10
Anàlisi de la situació actual d'altres àmbits que incideixen en la rehabilitació	11
<b>Proposta del nou model de servei de rehabilitació comunitària en salut mental</b>	17
Objectius generals del servei de rehabilitació comunitària en salut mental	17
Definició de la intervenció del servei de rehabilitació comunitària en salut mental	18
<b>Recomanacions</b>	24
Departament de Sanitat i Seguretat Social	24
Departament de Benestar Social	25
Departament de Treball	26
Departament de Justícia	26
Institucions locals, comarcals i associacions de familiars	26

## Introducció

Atesa la necessitat d'aprofundir en la rehabilitació comunitària, el Consell Assessor sobre Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental ha considerat adient la constitució d'un grup de treball amb aquesta finalitat, per tal d'aclarir el funcionament dels centres de dia com a serveis de rehabilitació comunitària en salut mental.

Tal com ha definit en les seves directrius el Servei Català de la Salut, les persones amb trastorns mentals severos (TMS) són un col·lectiu prioritari de l'acció dels serveis públics de salut mental i la rehabilitació comunitària és una intervenció fonamental per a la majoria de les persones amb TMS.

Malgrat els esforços evidents per dotar el sistema sanitari de serveis per a la rehabilitació de les persones amb TMS, que s'han concretat en la creació de 44 centres de dia, desplegats gairebé per tot el territori català des de l'any 1991 i amb una cobertura de 1.162 places, la situació no és del tot satisfactòria.

En l'actualitat només es poden oferir serveis de rehabilitació a un 10 % de les persones amb TMS. Creiem que en aquesta situació hi han influït diferents motius, als quals aquest document intenta donar resposta.

Hi ha algunes posicions que han definit la rehabilitació com un tractament «feble» o, fins i tot, com una absència de tractament, i també han assenyalat que aquesta intervenció que es posa en marxa no aconsegueix modificar la situació. Creiem que aquestes posicions són profundament errònies. La rehabilitació psicosocial de les persones amb TMS és, sens dubte, un tractament.

Aquesta rehabilitació se centra en la interacció entre la persona i el context i en l'activació dels recursos personals de l'individu. Per això considerem que és un tractament més integral que necessita d'una intervenció professional molt acurada, innovadora i d'alta especialització, que la diferència del tractament psiquiàtric convencional, només orientat a la reducció de la

simptomatologia positiva i centrat en les discapacitats.

La rehabilitació psicosocial de les persones amb TMS és un concepte complex que depèn de múltiples factors, la qual cosa ha dificultat construir un model d'intervenció i poder-lo donar a conèixer de forma clara i concreta.

La rehabilitació des d'un punt de vista general necessita una planificació i una acció interdepartamental. Aquesta acció sempre és difícil de construir per les regles del joc de les competències de cada departament.

La visió del grup de treball sobre aquesta qüestió és que la rehabilitació és com un trencaclosques, on les diverses peces que el componen són competència d'organismes diferents (centres de dia/Servei Català de la Salut, pisos i residències/ICASS, formació ocupacional/Direcció General d'Ocupació). Per això creiem que cal definir clarament com és cada peça, però, sobretot, s'han d'articular molt bé totes les peces per assegurar-ne la continuïtat i el caràcter integral. En aquest document s'intenta donar resposta a alguns d'aquests motius.

Hem definit el concepte i els objectius de la rehabilitació de la manera més operativa possible. Hem proposat també un funcionament dels centres de dia sobre la base de programes bàsics i programes específics.

Finalment, hem analitzat el context general de la rehabilitació i hem formulat recomanacions.

## Definició del concepte de rehabilitació psicosocial des de la salut mental comunitària

Proposem una conceptualització de la rehabilitació psicosocial que amplia la visió tradicional. La rehabilitació psicosocial no és només la recuperació d'un trastorn o malaltia.

La rehabilitació psicosocial d'una persona amb TMS és el procés de modificació d'una situació psicosocial disfuncional que influeix negativament en la qualitat de vida i en la integració social.

Tot procés de rehabilitació comunitària provoca canvis en la situació psicosocial de l'individu. Aquests canvis generen una ansietat que, especialment en les persones afectades d'un TMS, pot abocar a una situació de fracàs. És per tant imprescindible comprendre aquesta ansietat i treballar-la específicament, per tal que no bloquegi el procés de rehabilitació, tant pel que fa al programa bàsic com als diversos programes específics.

La situació psicosocial d'una persona està configurada per la interrelació de diferents factors.

Aquests quatre factors que hem assenyalat, són els àmbits on els serveis de rehabilitació han de dirigir la seva intervenció professional, però també hi ha altres factors del context general que determinen la situació psicosocial i que cal tenir en compte perquè poden ser molt importants.

**Les característiques individuals** Ens referim a una concepció global de l'àmbit individual, que tingui en compte les dificultats i les discapacitats, però també els recursos i les capacitats. Que inclogui aspectes com el diagnòstic i la simptomatologia, però també altres com el nivell de formació, els recursos econòmics, les capacitats relacionals, les actituds, la motivació...

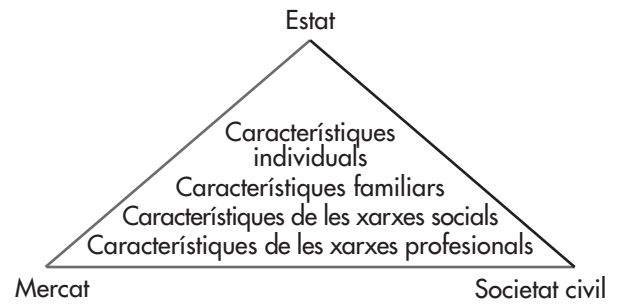
**Les característiques familiars** Les relacions familiars són molt rellevants per a les persones. La composició familiar, el cicle vital de la família, les pautes relacionals, les actituds, els valors, les expectatives, són elements claus de la situació.

**Les característiques de les xarxes socials** Les relacions socials són molt importants per al desenvolupament i el benestar de les persones. L'existència d'una xarxa informal de relacions personals i d'amics, l'existència d'una xarxa social formal en l'entorn immediat, la capacitat de la xarxa comunitària per assumir les persones amb necessitats especials o condicions diferents són elements que determinen la situació psicosocial.

**Les característiques de la xarxa professional especialitzada** El tipus de serveis que hi ha en un territori determinen la situació psicosocial. A tall d'exemple, fa vint anys, l'absència de serveis de rehabilitació incidia en la tendència a la cronicitat. Però més enllà de l'existència, el tipus de relació que estableixen els serveis entre ells, el grau de coordinació, de treball conjunt, la capacitat de col·laboració, també determinen la situació.

Les intervencions des de les administracions públiques, l'existència i el grau de desenvolupament de les organitzacions de la societat civil, la sensibilitat del mercat cap a les persones amb problemes de salut mental, per posar alguns exemples, són elements que influeixen de manera important en la situació psicosocial.

Malgrat la dificultat d'incidir en aquests tres elements del context, és necessari intervenir i influir des de l'àmbit de la rehabilitació psicosocial, per tal d'aconseguir millores globals de la situació del col·lectiu de persones amb TMS.



## **Anàlisi de la situació actual**

### **Anàlisi de la situació actual de la xarxa de salut mental**

La persona que pateix un TMS requerirà una atenció especialitzada en salut mental de manera perllongada i amb nivells d'intervenció que aniran variant al llarg del temps (ambulatori, hospitalització, etc.). Partim del convenciment que la rehabilitació en salut mental és una tasca en què hi estan implicats tots els serveis assistencials d'un territori i no només els serveis especialitzats en rehabilitació.

En la pràctica, ens trobem que encara coexisteixen models assistencials diferents i no integrats, perquè juntament amb el desenvolupament de recursos integrats a la xarxa de salut mental, n'hi ha d'altres que no ho estan, com és el cas dels neuropsiquiatres de zona.

Per poder integrar les intervencions de rehabilitació dels diferents serveis i centres de rehabilitació, són primordials dos espais de coordinació:

- Un funcionament adequat del circuit de salut mental com una unitat funcional organitzada que gestiona l'atenció de les persones amb TMS en l'àmbit territorial.
- Una atenció privilegiada a la coordinació dels centres de salut mental d'adults (CSMA) i els centres de dia, com a equips que intervenen simultàniament en l'atenció als pacients. Aquesta coordinació ha millorat amb la posada en marxa de programes d'atenció específica a les persones amb TMS als CSMA. (L'any 1999 el 50 % dels CSMA disposaran d'aquest programa.)

L'anàlisi del funcionament dels circuits de salut mental i les propostes adients per a la seva millora estan molt ben explicitades i detallades al document *Programa d'atenció específica als trastorns mentals severos*, elaborat per un grup de treball del Consell Assessor sobre Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental l'octubre de 1997.

En síntesi, aquesta anàlisi mostra la necessitat que tots els equipaments tendeixin a funcionar amb un model d'atenció homogeni i que es puguin consensuar objectius globals per a cada pacient amb TMS. S'ha d'assegurar la continuïtat assistencial quan el pacient necessiti ser atès en diferents nivells assistencials o quan es fa el traspàs del pacient d'un equipament a un altre. El circuit haurà de plantejar com integrar les accions de cada equipament en aquells casos on la continuïtat és més difícil, és a dir, en els casos amb tendència a la desvinculació, que poden ser els més greus.

L'instrument bàsic és el pla terapèutic individualitzat (PTI), consensuat pels diferents serveis de salut mental del circuit assistencial.

Els programes d'atenció específica per a TMS dels centres de salut mental d'adults pretenen donar una disponibilitat preferent a l'atenció i desenvolupar accions per millorar la vinculació del pacient, el caràcter integral de l'atenció comunitària, la continuïtat assistencial i l'atenció domiciliària.

Molts d'aquests objectius impliquen la coordinació amb el centre de dia en tres àmbits:

- Coordinació de les intervencions individualitzades.
- Coordinació de les intervencions amb altres equipaments de tipus comunitari (recerca de recursos, sensibilització a la comunitat, recursos de recolzament social, etc.).
- Disseny de programes conjunts entre els centres de salut mental i els centres de dia per a la població amb TMS del sector.

Això requerirà que cada centre de dia dissenyi, segons les característiques del seu sector, un programa específic per abordar aquests nous àmbits.



## **Anàlisi de la situació actual del centre de dia**

### **Anàlisi de l'estructura**

La xarxa de centres de dia va començar a organitzar-se l'any 1991. Abans d'aquesta data, les experiències dels centres de rehabilitació psicosocial eren fets puntuals que havien sorgit de l'evolució d'algunes institucions.

Tal i com s'esmenta en la introducció, l'any 1991, el Servei Català de la Salut comença a desenvolupar progressivament una xarxa de centres de dia que, el 1999, compta amb 44 centres desplegats amb més o menys intensitat per tot el territori català. Aquests centres donen cobertura a 1.162 places.

L'activitat dels centres s'organitza segons el nombre de places (cada centre en té assignada una quantitat) i el nombre de sessions (cada plaça genera un nombre de sessions determinades). El finançament que rep el centre de dia depèn, bàsicament, del nombre de places assignades.

La composició dels equips acostuma a estar formada per un coordinador, un treballador social i diversos monitors. El coordinador sol ser un psiquiatre, un psicòleg o un treballador social. En alguns casos, és un professional que també treballa al centre de salut mental. Els monitors són contractats amb categoria professional d'auxiliars psiquiàtrics, encara que, a la pràctica, hi ha professionals amb titulacions molt diverses que duen a terme aquesta funció (psicòlegs, pedagogs, educadors socials, treballadors socials, auxiliars psiquiàtrics etc.).

El centre de dia disposa d'unes instal·lacions pròpies on es duen a terme la majoria de les activitats. Les limitacions per realitzar algunes activitats i la mateixa filosofia de la rehabilitació fan necessari l'ús d'altres equipaments de caire comunitari (casals, poliesportius, entitats privades, etc.).

## **Anàlisi del procés**

Hi ha hagut una tendència a identificar el centre de dia com l'últim recurs de la cadena assistencial.

La concertació per nombre de places i sessions ha tingut algunes implicacions en el procés assistencial, ja que ha introduït una rigidesa (vinculat/no vinculat) i uns criteris de funcionament (altes enteses com a desvinculacions totals) característics d'altres àmbits assistencials, sobretot de l'àmbit hospitalari. Aquests criteris no s'ajusten a les característiques pròpies de la rehabilitació psicosocial dels pacients amb TMS i als objectius dels centres de dia.

La característica principal de la rehabilitació és que pretén modificar una situació psicosocial disfuncional amb intervencions que promoguin canvis en els diversos àmbits d'aquesta situació psicosocial (individual, familiar, comunitària) orientats a millorar la qualitat de vida.

En aquest sentit, la complexitat de la rehabilitació és més àmplia que la simple millora simptomàtica. La dimensió del temps és diferent que en altres tractaments, perquè es pretén modificar una situació psicosocial disfuncional de llarga evolució. Finalment, el mateix procés de modificació és extremadament complex, variable i no necessàriament lineal.

La concertació per nombre de places suposa una limitació, ja que només són ateses les persones previstes al concert. Aquesta limitació es va superar atenent una major quantitat de pacients i utilitzant els conceptes de vinculació parcial i total.

Aquesta decisió va permetre millorar l'accés als programes de rehabilitació de les persones que ho necessitaven. Tanmateix, va dificultar de manera important l'establiment de programes amb la suficient intensitat per aconseguir modificar les situacions psicosocials disfuncionals i, alhora, atendre un ventall més ampli de pacients, la qual cosa va requerir diversificar l'oferta assistencial sense disposar d'increments substancials de l'estructura.

Podem dir, doncs, que aquesta decisió va significar la millora d'una part del procés (l'accés d'un major nombre d'usuaris) però sense incrementar l'estructura, que ja era insuficient. Això va empitjorar altres parts del procés (individualització de les intervencions, diversificació de programes, etc.).

Durant aquest període s'han consolidat conceptes i instruments d'intervenció (Pla individual de rehabilitació i reinserció, Programa d'atenció a famílies, Programa funcional d'activitats de rehabilitació, Programa de coordinació comunitària), però no s'han pogut desenvolupar amb els recursos humans suficients per aconseguir els objectius de la rehabilitació. De fet, la dedicació majoritària a l'atenció assistencial i a les activitats grupals ha disminuït la disponibilitat per a l'atenció individualitzada, l'assistència a les famílies, el treball comunitari i la planificació i avaluació de les intervencions.

### **Anàlisi dels resultats**

En la major part del territori, s'han creat i consolidat centres de dia de la comunitat.

La capacitat per iniciar processos de rehabilitació arriba només d'un 5 a un 10 % de la població amb TMS.

El fet d'augmentar la capacitat dels centres de dia sense millorar-ne l'estructura ha provocat una saturació dels serveis, cosa que en l'actualitat dificulta de manera molt important que les persones que ho necessiten accedeixin als programes de rehabilitació en el moment adequat. Les llistes d'espera són llargues i el temps d'espera massa extens, la qual cosa pot implicar que els CSMA deixin de tenir en compte el centre de dia com un recurs disponible a la pràctica, o que quedi només per atendre pacients molt deficitaris.

S'ha aconseguit millorar sensiblement la qualitat de vida dels usuaris atesos, però també hi ha un estancament dels usuaris que accedeixen als serveis de rehabilitació.

S'ha consolidat la idea i la pràctica que la tasca de rehabilitació l'han de dur a terme equips interdisciplinaris i s'ha reconegut la necessitat de formació continuada i especialitzada dels equips de rehabilitació.

### **Anàlisi de la situació actual d'altres àmbits que incideixen en la rehabilitació**

En el procés de rehabilitació psicosocial, és imprescindible considerar com un tot, com una globalitat, les necessitats que té una persona afectada de TMS.

Si només s'analitza la situació des de la xarxa de salut mental, l'anàlisi serà sempre parcial, ja que les necessitats superen els recursos purament sanitaris. Per aquest motiu cal adreçar una atenció globalitzada que inclogui:

#### **Necessitats individuals**

- Recursos econòmics i pensions
- Habitatge
- Treball - formació

#### **Necessitats sanitàries**

- Implicació dels equips d'atenció primària de salut

#### **Necessitats familiars**

- Atenció assistencial
- Associacions de familiars

#### **Necessitats comunitàries**

- Intervenció de serveis socials
- Participació social
- Drets i deures dels usuaris

Cal reconèixer que aquesta separació és només teòrica, ja que per poder cobrir totes les necessitats esmentades és imprescindible aplicar programes i projectes globals, tant tècnics com polítics. Per exemple, es pot dir que el treball és una necessitat individual, però les necessitats dins d'aquest àmbit no es resoldran sinó és a través d'un projecte polític on s'impliquin l'administració, les institucions, els col·lectius afectats (usuaris i famílies) i la societat civil en general.

Si les necessitats bàsiques o individuals no estan cobertes, és difícil que es puguin assolir les necessitats comunitàries.

## **Necessitats individuals**

### *Recursos econòmics i pensions*

Els recursos econòmics que ofereixen cobertura social són els següents:

- Prestacions contributives (PC): incapacitat temporal, incapacitat permanent, orfandat i prestacions familiars per tenir fills al càrrec.
- Prestacions no contributives (PNC): pensió d'incapacitat no contributiva, prestacions no contributives de jubilació i incapacitat i prestacions no contributives per tenir fills al càrrec.
- Programa interdepartamental de la renda mínima d'inserció (PIRMI).
- Programes d'ajuts d'atenció social a persones amb disminució: ajuts per a serveis de tractament i atenció domiciliària, ajuts per a la mobilitat i el transport i ajuts per a l'autonomia personal i la comunicació.

Els problemes que es deriven de les prestacions contributives és que la majoria de les persones amb TMS no han cotitzat durant prou temps. En molts casos, per exemple quan la malaltia comença en l'adolescència, no han arribat a tenir experiència laboral o aquesta ha estat molt esporàdica.

Les prestacions no contributives i d'orfandat estan subjectes al reconeixement del grau de disminució (65%). Aquest és un nivell de disminució suficientment elevat com per deixar de banda tot un grup de persones que no arriben a aquest grau, però que tenen massa dificultats psicològiques per inserir-se en el món laboral. De fet, aquesta valoració pot estigmatitzar els col·lectius amb malaltia mental, ja que la discapacitat dels malalts no s'avalua amb una perspectiva de procés.

D'altra banda, la quantitat econòmica de la prestació és baixa i gairebé no permet plantejar-se l'autonomia personal com un projecte fora de la família. La persona afectada només cobra directament la prestació no contributiva (la quantia de la qual està subjecta als ingressos globals de la unitat familiar), mentre que les altres prestacions les cobra la família en concepte d'ajut.

### *Habitatge*

Les necessitats de recursos d'habitatge no es poden analitzar únicament des del punt de vista de les mancances socials i econòmiques dels usuaris sinó des d'una perspectiva molt més àmplia.

Les patologies de TMS comporten dèficits, incapacitats i dependències molt diverses que no es poden afrontar eficaçment si no és amb el desenvolupament de programes diferenciats per atendre'ls.

Les ordres 2.631, de 4 de maig de 1998, i 2.844, de 10 de març de 1999, del Departament de Benestar Social representen un avenç en la situació actual, ja que reconeixen les necessitats d'allotjament del col·lectiu de malalts mentals. Amb tot, caldria millorar alguns aspectes que considerem fonamentals i que suposarien millorar el vincle social i sanitari que requereix aquesta població.

S'han identificat diferents àmbits en les necessitats de suport.

- Necessitats en relació amb les mancances econòmiques i socials.
- Necessitats de suport a persones que poden viure autònomament però que requereixen un seguiment professional continuat.
- Necessitats lligades a limitacions importants de l'autonomia per a la vida diària a causa de la patologia mental.
- Necessitats d'allotjament amb suport per a persones que estan institucionalitzades.

- Necessitats de recolzament a persones afectades de TMS que viuen autònomament però que necessiten una supervisió continuada, amb més o menys intensitat segons el moment.

### *Treball-formació*

Malgrat que s'ha de tenir en compte la fragilitat d'aquest col·lectiu, de vegades les imatges socials predominants que poden abocar a situacions d'exclusió (estereotips del malalt mental, idees preconcebudes sobre l'evolució, etc.) no es reflecteixen només en la població en general, sinó també en el mateix col·lectiu de professionals i en les administracions responsables. El resultat és una visió fatalista i determinista que no té en compte la variabilitat en l'evolució de les persones amb TMS. Aquesta evolució depèn molt dels factors de recolzament que operin en cada cas (capacitats personals, xarxa relacional, intervenció professional, legislació, mesures de les administracions, etc.).

El pronòstic evolutiu d'una persona amb TMS millora molt si aquesta té possibilitats de mantenir algun tipus d'inserció laboral.

El reconeixement efectiu del dret a la formació i al treball és un dels factors que millor poden possibilitar una visió dinàmica i no finalista dels serveis de rehabilitació psicosocial.

En l'actualitat, el reconeixement de la disminució és una figura massa rígida, que està concebuda com un mitjà per accedir a un determinat tipus de prestació i no per millorar les possibilitats d'inserció laboral. La compatibilitat pensió-treball es fa difícil, sobretot en determinades prestacions com és el cas de les no contributives. Aquest panorama potencia que molts pacients malvisquin amb una pensió escassa i evitin altres alternatives per por de perdre-la.

Com a col·lectiu, presenta una gran heterogeneïtat, la qual cosa implica que les accions comunes adreçades al teixit social hagin de ser diversificades.

Les vies d'accés a recursos de formació i treball són:

**Via ordinària** Tot i que, atesa la situació del mercat, la inserció laboral per la via ordinària és difícil, algunes persones amb TMS hi poden accedir si es desenvolupen els recursos adients.

**Via protegida** És una via adreçada a col·lectius amb necessitats especials (per exemple deficients mentals) en els quals la vinculació de persones amb TMS presenta dificultats i és freqüent que hi hagi rebuig. Actualment, està pràcticament esgotada, ja que si hi ha malaltia mental, no es considera la indicació, fins i tot quan hi ha patologies mixtes (per exemple retràs mental i psicosi).

Recursos especialitzats per a la inserció laboral de persones amb trastorns mentals. Aquests recursos no estan organitzats en forma de xarxa, sinó que són experiències aïllades d'alguns centres especials de treball i de cursos de formació ocupacional. La seva implantació és molt reduïda, tant pel seu abast com per la difícil continuïtat a què estan sotmesos. És a dir, els recursos són clarament insuficients i no hi ha estructures pròpies per a aquest col·lectiu.

**Via mixta** Empreses d'economia social i d'inserció (de desenvolupament local i de serveis). Via poc desenvolupada.

## **Necessitats sanitàries**

### *Atenció primària de salut*

Els equips d'atenció primària de salut (EAPS) són un element important per a l'assistència dels pacients amb TMS, pels seus atributs d'accessibilitat, globalitat i longitudinalitat. És fonamental aprofundir en la coordinació entre aquests equips i els CSMA en la implantació del Programa mínim de col·laboració.

Les persones amb TMS presenten sovint dificultats en la cura de la seva salut física i poden formar part de diverses poblacions de risc. L'EAPS és qui detecta i atén aquests problemes.

Pel que fa a l'atenció de la salut mental, l'EAPS pot recolzar la intervenció de la xarxa especialitzada, detectar precoçment qualsevol possible factor de risc (per exemple, fase prèvia d'un brot psicòtic) i fomentar l'adhesió als tractaments especialitzats i als processos de rehabilitació.

Així mateix, l'EAPS té un lloc privilegiat per recolzar i incidir en les famílies d'aquests pacients.

S'ha fet palès que a les zones on s'ha dut a terme la reforma de l'assistència primària, la coordinació amb els dispositius de salut mental ha estat molt més factible i productiva.

## **Necessitats familiars**

### *Atenció assistencial*

Les persones amb TMS viuen generalment amb la família, on passen gran part del temps. Per tant, la família és un factor clau en el procés d'integració i manteniment del malalt mental en la comunitat.

Se sap que la patologia mental dels pacients afecta les relacions de les persones del seu entorn i sobretot del grup familiar en què conviu. La convivència implica un nivell d'estrès alt per als membres de la família, i al seu torn, la dinàmica familiar influeix en la situació del pacient.

Per aquesta raó, la família necessita una atenció específica per poder donar resposta als problemes i les necessitats que es presenten, com també per millorar la qualitat de vida del nucli familiar.

La xarxa de salut mental inclou diversos programes d'intervenció en les famílies (el programa del centre de dia s'exposa a la pàgina 19).

### *Associacions de familiars*

En l'àmbit de les xarxes no professionals, un element molt important són les associacions de familiars, que en els darrers anys han tingut un creixement progressiu i han assumit un paper cada cop més rellevant, tant pel que fa al suport de les famílies afectades com a la conscienciació social i la reivindicació de recursos.

## **Necessitats comunitàries**

### *Atenció social*

Els serveis socials comunitaris tenen un paper important en el desenvolupament d'un programa de rehabilitació.

Els serveis socials treballen en dos grans àmbits. Un que inclou les prestacions i els serveis bàsics orientats a diversos grups de població amb necessitats socials i un altre, menys materialitzat en serveis concrets, que té com a objectiu promoure la solidaritat i buscar la coresponsabilitat de les institucions i la societat per assolir els objectius de l'actuació comunitària (cohesió social).

Els serveis específics s'adrecen a una sèrie de col·lectius (família, persones amb disminució, gent gran, toxicòmans, marginats, persones maltractades, presos...), en els quals no figuren les persones amb trastorns mentals.

La realitat actual és la següent:

- Des d'algunes administracions locals manca un disseny de programes d'actuació de les necessitats actuals del territori.
- Hi ha una saturació excessiva dels serveis socials i una manca de recursos per poder donar resposta a totes les demandes. Aquest fet comporta que quan la persona ja és atesa en una xarxa especialitzada, els professionals dels serveis socials s'inhibeixin del cas ja que tenen altres casos prioritaris.
- No hi ha uns criteris unificats de serveis socials per a l'atenció a persones amb TMS.
- Hi ha una manca de formació en salut mental dels professionals dels serveis socials.

### *La participació social*

S'entén com a participació social la capacitat i la possibilitat de l'individu de poder exercir plenament i en total llibertat l'exercici dels seus drets com a ciutadà.

En primer lloc, i per tal de poder fer possible la participació, cal l'element terapèutic i de rehabilitació per tal de superar les dificultats que genera la mateixa malaltia: dèficit d'habilitats socials, simptomatologia positiva i negativa, etc.

El fet de poder incidir sobre aquests aspectes ajuda a trencar la idea del malalt mental com una persona aïllada, estranya per als altres, incompresa per les persones que l'envolten (aspecte que acostuma a ser cert), ja que aquest aïllament no és només una conseqüència de la malaltia, sinó de l'estigma social que pressuposa el fet de ser un malalt mental i els estereotips que això comporta, que van des de la consideració de persona perillosa i irrecuperable fins a la idealització del «boig genial». Per aquesta raó, seria important poder incidir en la sensibilització i la mobilització de la societat per afavorir el seu compromís.

Actualment els recursos existents són tots els que pot utilitzar qualsevol persona, amb desavantatge o no, és a dir, tota la xarxa de recursos comunitaris, com també les associacions en general, siguin del caire que siguin, i la participació en els òrgans polítics i administratius, ja sigui com a ciutadà o com a representant d'un grup determinat, tal com assenyali la llei.

D'altra banda, no es poden oblidar els recursos propis dins de la xarxa de salut mental, com ara les associacions de familiars i de malalts mentals, que es poden utilitzar segons les necessitats. També s'han de tenir en compte i potenciar les xarxes de relacions informals com a element d'integració i de manteniment.

### *Drets i deures dels usuaris*

#### *Drets*

Els drets dels usuaris són un referent teòric on s'emmarquen totes les accions de rehabilitació. La nostra tasca comporta una relació directa amb els usuaris, però és indispensable també comprometre's a vetllar activament pel compliment dels drets d'aquest col·lectiu des de tots els àmbits socials.

El principi fonamental de les diverses declaracions de drets humans és la igualtat entre les persones. Es poden diferenciar els drets entre els anomenats fonamentals o llibertats negatives (d'expressió, d'associació, de moviment o religió) i els anomenats socials o llibertats positives (dret a la salut, a l'educació, a l'habitatge, al treball, a la no discriminació...).

Així, la protecció efectiva dels drets dels col·lectius més desafavorits socialment per diferents causes, com ara la malaltia mental greu, només pot ser garantida amb accions de discriminació positiva.

Els deures estan establerts en la legislació vigent: el Codi Civil i el Codi Penal. Els usuaris atesos a la xarxa de salut mental també han de tenir a la seva disposició una carta de drets i deures específica, que estableixi un conjunt de mesures per

assegurar la protecció dels drets dels usuaris dels serveis assistencials. Una de les novetats més importants que comporta aquest fet és un canvi en la mentalitat i l'actitud dels professionals envers els usuaris, ja que, en comptes d'aplicar un principi paternalista com fins ara, es tendeix a donar més importància al principi d'autonomia del pacient, sempre que sigui possible. Des del camp de la rehabilitació, els drets i deures donen responsabilitats als usuaris, ja que cal tenir en compte diversos punts, com el consentiment informat, l'opinió de l'usuari, el fet de consensuar objectius, etc.

Per part dels professionals significa poder assumir opinions i cultures diferents, i fins i tot acceptar el rebuig al tractament, aspecte que sempre estarà condicionat a l'avaluació de la capacitat de l'usuari per prendre decisions responsables i autònomes i a la valoració del grau de competència mental del pacient.

#### La incapacitació

És una mesura legal que actualment s'utilitza de forma mecànica. Tanmateix, no es disposen dels mitjans suficients per tutelar adequadament les persones incapacitades.

Es realitzen poques incapacitacions parcials o curateles i, a més a més, és molt difícil revertir el procés d'incapacitació.

#### Deures

Pel que fa als deures, creiem que s'ha de deslligar el diagnòstic d'esquizofrènia de la no imputació; la persona que pateix un TMS i no té la competència mental disminuïda ha de ser responsable dels seus actes. Seria perillós identificar una persona amb TMS com a no imputable penalment en tots els casos, ja que això significaria perdre també els seus drets com a ciutadà.

Els drets socials no estan legalment protegits. Aquests drets figuren en totes les declaracions nacionals i internacionals, però són només expressions d'aspiracions ideals a les quals es dona el nom de dret. Però precisament, aquests són

els drets que han d'estar més protegits en els col·lectius amb dificultats, ja que aquestes persones tenen un accés més difícil a l'educació, l'habitatge, el treball...

## Proposta del nou model de servei de rehabilitació comunitària en salut mental

Es proposa definir el servei segons la funció que realitza: el procés cap a la rehabilitació. En aquest sentit, la denominació de centre de dia no es correspon amb la funció que desenvolupa, per això considerem més adient anomenar-lo «Servei de rehabilitació comunitària en salut mental(SRCSM)».

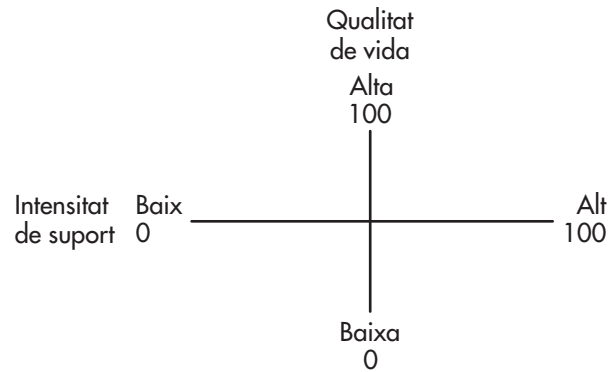
En termes generals, la dinàmica del servei de rehabilitació comunitària en salut mental que es proposa permet superar el model anterior perquè fa possible:

- Individualitzar el procés d'intervenció i respectar la diversitat d'objectius, els nivells de reinserció possibles i la durada dels processos.
- Superar l'antiga vinculació al temps i la vinculació actual a les activitats per establir una vinculació als programes.

Sembla evident que aquesta nova definició no es pot fer al marge d'una revisió del sistema de finançament. S'ha d'assegurar una estructura suficient, que permeti millorar els processos.

### Objectius generals del servei de rehabilitació comunitària en salut mental

L'objectiu és desenvolupar i mantenir el nivell òptim de qualitat de vida amb el mínim suport professionalitzat necessari dels serveis de rehabilitació comunitària en salut mental. L'avaluació del procés de canvi des d'una perspectiva comunitària s'expressa principalment a partir de la interrelació inseparable de dues variables: el nivell de qualitat de vida, de salut i integració social i la intensitat del suport professionalitzat en programes de rehabilitació.



**Mesura inicial de la necessitat de la intervenció en rehabilitació** Un nivell baix de qualitat de vida (nivell de salut, d'integració social, etc.).

**Objectius generals de la intervenció** La millora del nivell de qualitat de vida. La disminució del suport professionalitzat específic necessari.

**Orientació general** Aconseguir el màxim nivell de qualitat de vida amb el mínim suport professionalitzat específic necessari.

El concepte de qualitat de vida engloba tots els aspectes que afecten una persona, per tant, no és un concepte basat en estàndards de normalitat, sinó que s'orienta a les necessitats que té l'usuari. Aquest té un paper actiu per definir el nivell i el criteri de la seva qualitat de vida.

La **intensitat de suport professional**, entesa segons nombre i el grau dels recursos emprats, estarà determinada i ajustada per les necessitats individuals de cada persona. L'objectiu del suport serà potenciar les capacitats de vida autònoma de cada usuari.

Lectura de les variables:

- Quan la qualitat de vida és baixa i el nivell de suport específic és baix, cal augmentar el suport: dificultats de vinculació.
- Quan la qualitat de vida és baixa i el suport específic és alt, cal revisar i redefinir el suport: revisar el Projecte individual de rehabilitació i reinserció (PIRR), reprogramar activitats, complementar-les amb altres recursos.



- Quan la qualitat de vida és alta i el suport específic també, cal reduir el nivell de suport específic: utilitzar recursos normalitzats, disminuir la vinculació a les activitats.
- Quan la qualitat de vida és alta i el nivell de suport específic és baix, cal mantenir les millores aconseguides. És un moment especialment delicat en previsió de recaigudes. Cal donar el suport necessari per tal que les millores no es perdin.

### **Definició de la intervenció del servei de rehabilitació comunitària en salut mental**

El servei de rehabilitació comunitària en salut mental s'ha d'ajustar a les necessitats dels pacients. S'han de conèixer els usuaris amb TMS que hi ha al sector i cal saber què necessiten, per tal d'anar adaptant el servei a les seves necessitats.

Es proposa definir la intervenció del servei de rehabilitació comunitària en salut mental segons uns programes. Aquests són els següents:

#### **Programa de projecte individual de rehabilitació i reinserció (PIRR)**

Programes bàsics

- Programa funcional d'activitats de rehabilitació (PFA)**
- Programa d'atenció a les famílies (PAF)**
- Programa d'intervenció comunitària (PIC)**

Programes específics

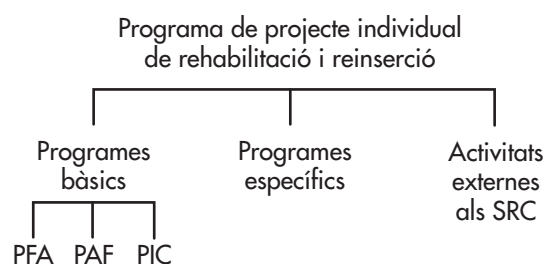
- Programa de suport a pacients de pisos assistits**
- Programa específic d'inserció laboral**
- Programa d'externament de pacients de llarga estada**
- Programa de suport a iniciatives col·lectives d'inserció social**

### **Programa de Projecte individual de rehabilitació i reinserció**

El PIRR és un instrument dinàmic, de temporalitat limitada, revisable i avaluable que permet a l'equip del SRCSM definir objectius i estratègies d'intervenció personalitzada.

Alhora, desenvolupar un PIRR implica una metodologia de treball en rehabilitació que requereix una organització determinada del SRCSM i que es concreta en el Programa de PIRR.

El Programa de PIRR és l'estructura que permet que aquest instrument sigui realment l'eix vertebrador de la intervenció que es fa des del servei de rehabilitació comunitària en salut mental a cada pacient.



La metodologia i el procés estàndard per treballar sobre la base del PIRR són els següents:

- Derivació del pacient des del centre de salut mental (coordinació centre de salut mental-centre de dia).
- Procés d'anàlisi psicosocial per part del SRCSM (intervenció interdisciplinària dels diversos professionals del SRCSM).
- Elaboració del PIRR (integració i coordinació interdisciplinària).
- Proposta del PIRR i compromís amb el pacient i la família.
- Revisions periòdiques del PIRR a partir d'entrevistes individuals i familiars, la coordinació amb altres equips i el seguiment continuat del pacient des del SRCSM.

- Reformulacions periòdiques del PIRR (intervenció interdisciplinària).

L'aplicació del Programa de PIRR requereix:

- Equips interdisciplinaris i multidisciplinaris.
- Existència de professionals referents responsables de cada pacient.
- Dotació de temps suficient d'atenció indirecta per a la planificació i la coordinació.
- Mecanismes de coordinació interns i externs, especialment amb el CSMA i la xarxa de salut mental.
- Inici de la intervenció amb una anàlisi psicosocial adequada.
- Integració de les famílies i l'entorn del pacient en el disseny del PIRR.

*Programes bàsics*

### **Programa funcional d'activitats de rehabilitació**

*Definició*

El Programa funcional d'activitats de rehabilitació del servei de rehabilitació comunitària en salut mental s'ha de concebre com un mitjà per la rehabilitació psicosocial i no com una finalitat en ella mateixa. Les activitats del Programa, per tant, s'han de dissenyar en relació amb els objectius de millora de les característiques individuals de la situació psicosocial. Ha de dotar-se d'una estructura suficientment diversificada per poder individualitzar les intervencions.

*Objectius*

- Activar els recursos i les capacitats personals.

- Millorar les característiques individuals de la situació psicosocial, que haurien de tenir en compte les àrees següents:

Àrea cognitiva  
 Àrea relacional  
 Àrea pragmàtica (conductual)  
 Àrea emocional

- Capacitar al pacient per entendre i superar l'ansietat que comporta el procés de canvi que s'esdevé durant la rehabilitació.

*Metodologia*

- Intervenció professional de personal expert en dinàmica grupal i en tècniques de rehabilitació psicosocial.
- Les activitats del programa se centren en la intervenció grupal i es realitzen tant en el servei com amb recursos externs.
- Les tècniques d'intervenció no inclouen únicament l'execució d'una activitat sinó també la programació, l'anàlisi, la revisió, el registre i la supervisió.
- El nombre de pacients que realitzen una activitat és de 5 a 12 usuaris.
- Les activitats es diversifiquen per poder incidir en les diferents àrees d'intervenció.
- La proporció desitjable de professionals hauria de ser de dos professionals per cada activitat grupal.

### **Programa d'atenció a les famílies (PAF)**

*Definició*

És un programa dirigit a l'anàlisi i a la intervenció sobre les variables familiars que influeixen en la situació psicosocial dels pacients.

Per bé que tradicionalment s'han posat de relleu les característiques individuals del subjecte, ac-

tualment es comparteix la idea que les variables familiars configuren una situació psicosocial determinada i influeixen en el procés, per la qual cosa cal ampliar el focus d'intervenció. Des d'aquest punt de vista, el programa permet superar intervencions parcials o esbiaixades centrades únicament en les característiques individuals i percebre la persona amb un TMS en el context familiar. En conseqüència, facilita incidir en el reforç dels lligams afectius i relacionals rellevants, a partir de la premissa que els vincles familiars no només poden ser interpretats com un «problema» sinó com una «solució» i una font de recursos.

### *Objectius*

- Oferir suport a les famílies.
- Aconseguir la col·laboració i la participació de les famílies en el procés de rehabilitació psicosocial.
- Tractar les pautes relacionals familiars que influeixen en la situació psicosocial amb la finalitat d'incrementar aquelles que la potencien i disminuir les que la bloquegen.
- Prevenir l'aparició o el creixement de situacions disfuncionals o patològiques a la família, en el seu conjunt i en alguns dels seus membres.
- Oferir informació i orientació dels recursos existents en la xarxa sociocomunitària.
- Ajudar a establir vincles o recuperar vincles perduts.

### *Metodologia*

- La metodologia d'intervenció s'ha de concretar per a cada família. Cal definir quin tipus d'intervenció dins de les possibles és més útil, i quines són la intensitat i la temporalització més adients.
- S'han d'establir uns objectius definits i una temporalització.

- Intervenció unifamiliar: intervenció sobre una única família. Participants: els membres d'una família. Els participants concrets es defineixen per l'anàlisi de cada situació familiar, pel procés d'intervenció i pels objectius fixats.
- Professionals: experts en dinàmica i intervenció familiar.
- Intervenció multifamiliar: intervenció sobre diverses famílies. Participants: els membres de diferents famílies. Els participants concrets es defineixen per l'anàlisi de cada situació familiar i pels objectius del grup (dirigits als pares o amb presència dels pacients identificats...).
- Professionals: experts en dinàmica grupal i en orientació familiar.

## **Programa d'intervenció comunitària (PIC)**

### *Definició*

És un programa dirigit a l'anàlisi i a la intervenció sobre les variables de la xarxa de recolzament social i comunitari que influeixen en la situació psicosocial dels pacients. El programa té una finalitat doble. D'una banda, millorar les capacitats de la persona per mantenir una xarxa de recolzament personal i per vincular-se a la xarxa comunitària, i de l'altra, millorar la resposta de la xarxa comunitària per assumir les persones amb TMS.

Aquest programa bàsic està relacionat amb els conceptes del treball comunitari. Aquest es defineix com a el conjunt d'intervencions encaminades a potenciar la comunicació i la solidaritat de la comunitat en la recerca i la creació de recursos amb capacitat per transformar, normalitzar i millorar la qualitat de vida.

### *Objectius*

- Millorar les capacitats i el grau d'integració social i d'utilització de recursos comunitaris de les persones amb TMS.

- Crear, mantenir i ampliar la xarxa de suport personal de les persones amb TMS.
- Augmentar la col·laboració i la participació de la comunitat i dels recursos comunitaris en els processos de rehabilitació i reinserció de les persones amb TMS.

### *Metodologia*

La metodologia del programa es defineix en tres àmbits diferenciats, que es desenvolupen i interactuen simultàniament.

*La intervenció professional dirigida a aconseguir la participació de la comunitat i dels recursos comunitaris.*

En una seqüència d'aquesta intervenció podem parlar de diferents fases.

1 - **Prospecció** Recerca de recursos comunitaris susceptibles de ser utilitzats.

2 - **Contacte/sensibilització** Es tracta d'aconseguir el compromís dels serveis comunitaris perquè participin en els processos de rehabilitació i reinserció de les persones usuàries del servei de rehabilitació i perquè facilitin l'accés als serveis comunitaris de les persones que ho necessitin.

3 - **Support** Relació periòdica amb els serveis perquè puguin fer front de manera adequada a les situacions que planteji la vinculació dels usuaris. En un àmbit més general, aquesta relació permet també apropar i fer més comprensibles els problemes de salut mental als professionals no sanitaris que actuen en la comunitat.

*La intervenció professional individualitzada dirigida a millorar les capacitats dels usuaris per al manteniment d'una xarxa de suport i per a la vinculació i la utilització de recursos comunitaris.*

Les tècniques d'intervenció poden ser molt àmplies i combinar tècniques individuals i grupals:

- Activitats grupals de capacitació dirigides a la millora de les capacitats per a la integració social i a l'activació dels recursos personals necessaris per a aquesta integració.
- Suport individualitzat i acompanyament professional a les persones en processos de vinculació als recursos comunitaris mitjançant entrevistes individuals, familiars i de coordinació amb els serveis comunitaris.

*La intervenció dirigida a establir xarxes relacionals i de participació comunitària amb el suport professional.*

Es dirigeix a aquelles persones que no disposen de xarxes informals i tenen dificultats a participar en activitats comunitàries.

Les activitats que inclou són:

- Activitats grupals de creació i manteniment de xarxes de suport personal, dirigides a fomentar la socialització dins del centre (espais de trobada, grups de relació, activitats lúdiques...) i a exterioritzar i independitzar progressivament aquestes activitats i aquests vincles.
- Activitats grupals de participació en activitats comunitàries des del centre de dia.

L'aplicació de totes les dimensions del Programa d'intervenció comunitària implica ampliar les estructures del centre de dia/servei de rehabilitació comunitària en salut mental pel que fa al tipus de professional (especialitzat en tasques comunitàries i personal per acompanyaments), el nombre de professionals (per individualitzar de forma efectiva les intervencions), els horaris i els dies d'activitat (cal tenir disponibilitat fora de l'horari actual del centre de dia).

## *Programes específics*

Una de les grans dificultats que planteja el tractament de rehabilitació i reinserció psicossocial dels pacients amb trastorn mental sever és la inexistència o la precarietat d'elements que facilitin la continuïtat del procés terapèutic, atès que, moltes vegades, els programes bàsics no són suficients per aconseguir la rehabilitació màxima. Aquest handicap és especialment rellevant, per exemple, en situacions de canvi d'àmbit assistencial, quan el procés de rehabilitació requereix intervencions molt enfocades i intenses, o quan la metodologia i els mitjans excedeixen els del programa bàsic.

Els centres de dia, com a recursos intermedis de la xarxa de salut mental especialitzats en la rehabilitació i la reinserció psicossocial, són un element clau per desenvolupar programes específics centrats en els aspectes abans esmentats. Aquests programes específics poden passar a formar part del Programa funcional d'activitats d'aquests equipaments.

Els programes específics es poden definir segons els criteris següents:

- La seva activitat s'adreça a una població diana, delimitada per les seves necessitats concretes i el context, la viabilitat i la temporalitat de la intervenció.
- Tenen una clara funció d'enllaç o articulació entre alguns dels diferents serveis que intervenen en el procés de rehabilitació i que conformen el trencaclosques de recursos assistencials i comunitaris destinats a promoure la reinserció sociocomunitària. De fet, alguns d'aquests programes fan una «funció de pont» entre el centre de dia i altres recursos assistencials, laborals, residencials, etc.
- Per al seu desenvolupament, necessiten una organització específica i diferenciada, com també recursos propis, ja que els establerts al programa bàsic d'activitats no són suficients, encara que hi poden haver alguns elements comuns.

- La seva intervenció se centra en objectius específics i prioritaris, mitjançant un pla concret que sigui suficientment intensiu i que doni resposta específica a les necessitats detectades.
- Per la necessitat d'establir els mitjans adequats i delimitar l'activitat en funció del context i la viabilitat del projecte, alguns d'aquests programes poden tenir un caràcter suprasectorial.
- Tenen una estructura prou flexible per poder adaptar-se a les modificacions de les necessitats que van sorgint en el procés.

A continuació esmentem alguns programes específics, tot i que depenen de les necessitats de la població diana i del sector en el qual estan ubicats.

### ***Programa de suport a pacients de pisos assistits***

Cal complementar el recurs d'habitatge amb l'atenció i el suport sanitari de salut mental a través d'un programa específic tant de seguiment clínic com de rehabilitació.

Els serveis de rehabilitació haurien de dissenyar un programa previ a l'habitatge, on s'haurien d'avaluar les capacitats dels usuaris i preparar-los per a les habilitats domèstiques i la vida autònoma (tallers de cuina, habilitats de la llar, autocuració...).

També cal dissenyar un programa de seguiment dels usuaris ja integrats en les llars protegides (reunions en el mateix habitatge i al centre de dia, seguiment de les tasques de la llar, seguiment i promoció de les relacions comunitàries...).

### ***Programa específic d'inserció laboral***

Aquest programa s'adreça a les persones amb TMS que, dins del seu projecte de vida, preveuen un futur laboral però tenen dificultats d'integració.

L'objectiu del programa és modificar els aspectes disfuncionals de la situació psicosocial que dificulten la integració laboral, perquè les persones que tenen aquest problema puguin iniciar un itinerari d'inserció laboral.

La metodologia d'aquest programa és activa i participativa i inclou intervencions individuals i grupals segons les necessitats de cada usuari.

Les principals activitats són la motivació, l'orientació professional, les tècniques de recerca feina i les tècniques d'aprenentatge.

### ***Programa d'externament de pacients de llarga estada***

El centre de dia ha de tenir un paper actiu en el procés d'externament dels pacients d'hospitalització prolongada, ja que necessiten un suport important del servei comunitari especialitzat en rehabilitació. Cal dissenyar el programa de rehabilitació del pacient en procés d'externament conjuntament amb l'equip d'hospitalització.

L'eina fonamental és la coordinació i el treball conjunt vist com un continu on l'eix central és l'usuari.

El centre de dia té un paper fonamental en la preparació del retorn a la llar familiar o la integració en un pis protegit.

### ***Programa de suport a iniciatives col·lectives d'inserció social***

Els clubs psicosocials, els grups d'ajuda mútua, les associacions d'usuaris, etc. són alternatives autònomes i diferenciades del centre de dia i del servei de rehabilitació comunitària en salut mental. La seva organització, estructura i objectius estan definits pel mateix recurs.

En moltes ocasions, aquests tipus d'iniciatives poden ser elements molt valuosos per a la inserció de persones amb TMS.

Ateses aquestes característiques, el Programa

específic de suport a iniciatives col·lectives d'inserció social té dues funcions principals que en delimiten l'estructura i la metodologia.

1 - Promoure i potenciar la generació d'aquests tipus d'iniciatives quan no existeixen en l'entorn habitual dels usuaris que se'n poden beneficiar.

2 - Facilitar el suport i l'orientació necessaris pel funcionament correcte de la iniciativa, sempre de manera puntual i respectuosa amb l'autonomia del recurs i amb l'únic fi d'aconseguir-ne la dinamització.

## **Recomanacions**

### **Departament de Sanitat i Seguretat Social**

#### ***Atenció primària de salut***

Tot i que, per encàrrec del Programa de salut mental del Servei Català de la Salut, l'Institut d'Estudis de la Salut ja s'està treballant en un Pla de formació en salut mental per als EAPS, caldria implantar una formació especialitzada en rehabilitació psicosocial. També caldria incloure en la rotació dels MIR de medicina familiar i comunitària les pràctiques en equips de rehabilitació psicosocial i tenir en compte totes aquestes qüestions en el reciclatge dels professionals dels EAPS.

Tot això afavoriria la coordinació i la integració assistencial.

Cal establir la participació dels equips de professionals de rehabilitació en la coordinació dels centres de salut mental i els EAPS.

#### ***Xarxa de salut mental***

La metodologia per consensuar objectius globals per a cada pacient amb TMS i assegurar la continuïtat assistencial és dissenyar un Pla terapèutic individualitzat (PTI) per a cada usuari, consensuat i avaluat en el circuit.

Cal que l'atenció d'urgències i les unitats d'aguts tendeixin a establir models d'assistència integrals a fi que aquesta no estigui únicament orientada a la reducció de símptomes.

S'han de protocolitzar els criteris d'indicació dels processos de derivació i els mecanismes de coordinació entre els equipaments d'un circuit, especialment entre el CSMA i el SRCSM.

S'han de promoure vies de comunicació àgils que facilitin l'accés entre professionals.

S'han de programar recursos de coordinació específics entre equipaments d'àmbit més reduït

que el circuit; per exemple entre el CSMA, el SRCSM, les unitats de subaguts i altres.

Cal generalitzar els programes d'atenció específica per a trastorns mentals severos en tots els centres de salut mental i els serveis de rehabilitació comunitària en salut mental, per tal de facilitar un treball de cooperació efectiva que no estigui només lligat a l'atenció de casos individuals, sinó que permeti dissenyar programes d'intervenció conjunta, és a dir, que, a través dels programes, ambdós serveis constitueixin una unitat funcional per atendre les persones amb TMS.

#### ***Estructura i perfils professionals***

Pel que fa a l'estructura s'ha de tendir a garantir l'assistència de perfils professionals adequats a la rehabilitació.

Atès que la rehabilitació psicosocial se situa a cavall de l'activitat clínica (comprensió àmplia dels processos psicopatològics) i el treball comunitari, els perfils haurien de respondre a aquests dos eixos fonamentals (psicòleg clínic, treballador social, educador social, terapeuta ocupacional, tots experts en rehabilitació), com també al reconeixement de la categoria professional.

També es pot complementar l'estructura del SRCSM amb professionals especialistes en determinades activitats (terapeuta artístic, musicoterapeuta, tècnics en esport...).

Aquest fet implica incrementar el personal diplomad especialista en rehabilitació, com també dur a terme un reciclatge permanent dels professionals actuals.

#### ***Finançament***

El nou model de rehabilitació comunitària en salut mental que aquí es proposa és una millora del procés que possibilita la solució d'alguns dels problemes actuals. Aquesta millora del procés ha d'estar acompanyada de manera inseparable d'una millora del finançament i dels recursos. No es tracta d'un problema d'eficiència, sinó d'eficàcia.

En bona mesura, el grau de desenvolupament dels centres de dia que hi ha hagut fins ara ha tocat sostre, i no es poden oferir els processos de rehabilitació a totes les persones que ho necessiten ni amb la intensitat adient. Cal fer una aposta decidida per a millorar el finançament.

Cal remarcar que diversos estudis internacionals estableixen que la inversió en els SRCSM millora de manera sensible els costos econòmics i socials de l'atenció a les persones amb TMS.

S'ha de garantir el finançament necessari per poder oferir la rehabilitació comunitària i l'assistència ambulatoria a tothom que ho necessiti. Això significa que caldrà planificar un creixement gradual dels recursos, d'acord amb les necessitats reals de cada territori, per poder millorar la dotació professional dels centres de dia i millorar els processos atesos.

D'altra banda, el sistema de pagament actual, atès que no fa correspondre el nombre de places amb el nombre de persones ateses, penalitza els centres que mostren un major compromís amb la realitat del seu territori.

S'ha de tendir, per tant, a finançar el «nombre d'usuaris» atesos en el programa bàsic i també en els programes específics afegits, sempre segons la població atesa.

## **Departament de Benestar Social**

### ***Recursos econòmics i pensions***

Tot i que el Departament de Benestar Social ja té en compte el col·lectiu de malalts mentals, es continuen aplicant els models d'altres tipus de disminució. Per tant, s'haurien d'adaptar els criteris i la definició de «disminució» a les característiques específiques del col·lectiu de persones amb malaltia mental, que tenen unes dificultats i segueixen uns processos evolutius diferents als dels pacients amb altres motius de disminució.

## **Habitatge**

Pel que fa a les ordres del Departament de Benestar Social, és necessari incorporar un criteri de territorialitat en el desplegament dels recursos, per tal d'evitar allunyar els usuaris del seu entorn natural. També caldrà complementar el recurs d'habitatge amb l'atenció i el suport sanitaris de salut mental que necessiten els usuaris per mitjà de l'establiment de programes específics, tant de seguiment clínic com de rehabilitació.

D'altra banda, el límit del 65% exigint per al reconeixement de l'accés a l'ajut podria resultar massa rígid en alguns casos. Així mateix, convindria experimentar una tercera modalitat, que seria el pis de transició o terapèutic, sobretot per als programes d'hospitalització perllongada.

Els problemes d'habitatge de les persones amb TMS que no poden viure autònomament per mancances econòmiques i socials exigeixen també mesures interdepartamentals, locals i comarcals (habitatge, benestar social, serveis sanitaris), per tal que pugin accedir a habitatges amb un preu proporcional als seus ingressos.

Cal coordinar les intervencions dels serveis socials, els CSMA, els SRCSM per establir mesures de suport domiciliari per a les persones amb TMS, com per exemple el suport de treballadors familiars.

El SRCSM ha de dissenyar, segons les necessitats del seu sector, programes específics de suport a l'habitatge en diferents àmbits:

- Suport dels pacients que viuen sols.
- Rehabilitació dels pacients de centres residencials.
- Suport als pisos protegits.
- Rehabilitació als pisos de transició.
- Programa previ a l'habitatge.



## ***Intervenció de serveis socials***

Cal dissenyar criteris unificats de serveis socials per a l'atenció de persones amb TMS.

S'han de fer programes de suport dels equips de salut mental de serveis socials en les intervencions que impliquin situacions de risc.

S'ha de donar formació bàsica en salut mental als professionals de serveis socials.

S'ha de dissenyar un programa coordinat d'atenció domiciliària (treballadors, familiars) adreçat a les persones amb problemes de salut mental.

## **Departament de Treball**

### ***Treball-formació***

Cal establir itineraris flexibles d'inserció, que considerin la formació de forma integral (és a dir, no tan sols des del punt de vista laboral o tècnic) i tinguin en compte l'orientació de la persona i la situació del context sociolaboral.

Caldria crear una estructura d'acompanyament dirigida a la inserció laboral i que inclogui aspectes d'orientació, formació i prospecció del mercat laboral.

S'ha de potenciar la tasca interdepartamental (Sanitat/Benestar Social/Treball) per tal de dissenyar solucions innovadores i adaptades al cas específic de les malalties mentals.

S'han de desenvolupar programes específics d'inserció laboral que cobreixin el buit existent entre el centre de dia i la formació ocupacional i reforcin així els itineraris d'inserció.

## **Departament de Justícia**

### ***Sistema judicial***

S'han de flexibilitzar el processos d'incapacitació i considerar les incapacitacions parcials i les curateles, com també la possibilitat de revertir el procés amb més agilitat.

### **Institucions locals, comarcals i associacions de familiars**

#### *Participació social*

Cal que professionals formats en aquest camp, i amb disponibilitat personal i horària, elaborin programes d'inserció comunitària i programes de prevenció, per tal d'ampliar la xarxa social i donar suport als inicis de l'associacionisme.

S'han de desenvolupar programes d'inserció comunitària que possibilitin tant l'esforç psicosocial individual i grupal, com l'acompanyament en diferents àmbits, segons el grau de dificultat relacional. Aquests programes no només haurien d'incidir en la persona atesa, sinó també en la resta de la comunitat, que hauria de rebre informació i assessorament per tal que aquesta flexibilitat i acomodació al canvi i suport pugui fer-se des de l'estructura que envolta el malalt, tant si aquest és el recurs al qual s'intenta integrar, com si es tracta del grau de relació amb les xarxes més informals o la participació activa en els òrgans de decisió administratius.

Els serveis normalitzats (centres cívics, casals...) estan dirigits a tota la població, amb o sense desavantatges. Per això, s'hauria de donar prioritat a les persones amb desavantatges. Caldria, doncs, que des de les administracions (serveis personals, socials...) es fes palesa la necessitat de potenciar programes específics, que tinguessin en compte les característiques especials d'aquest col·lectiu en la mateixa mesura en què, de vegades, es consideren altres grups (gent jove, persones grans, dones, etc.).

### ***Associacions de familiars***

S'ha de desenvolupar més activament un programa de treball conjunt entre el col·lectiu de professionals i les associacions de familiars.

#### **Departament de Sanitat i Seguretat Social**

Atenció primària de salut  
Xarxa de salut mental  
Estructura i perfils professionals  
Finançament

#### **Departament de Benestar Social**

Recursos econòmics i pensions  
Habitatge  
Intervenció de serveis socials

#### **Departament de Treball**

Treball-formació

#### **Departament de Justícia**

Sistema judicial

#### **Institucions locals, comarcals i associacions de familiars**


Participació social  
Associacions de familiars

TAULA 1: RESUM DE LES RECOMANACIONS

**Amb la col·laboració de:**



**LA VIDA POR DELANTE**

 **[www.gencat.net/catsalut](http://www.gencat.net/catsalut)**