

VI Jornades de salut mental a Nou Barris

Abordatges terapèutics
Treballs interdisciplinaris



10 i 11 de novembre de 2006

lloc: Fòrum Nord de la Tecnologia - C/. Marie Curie, s/n

VI JORNADES DE SALUT MENTAL A NOU BARRIS
Abordatges terapèutics
Treballs interdisciplinaris

Divendres, 10 de novembre

Inauguració

- Ferran Julián, Regidor del Districte de Nou Barris.

Taula rodona

- Leticia Medeiros, Psiquiatra. Grup de familiars de pacients amb TMS.
- Juan Valdearcos, Infermer CSM Nord i Ana M^a. del Cuerpo, Infermera CSM Sud.
- Rosanna Romaní, Infermera PSI.
- Maria Jesús Abadia, Directora assistencial del Centre de Dia Pi i Molist.
- Joana Martinez, Treballadora social i llicenciada en antropologia social i cultural. FECAFAMM.

Dissabte, 11 de novembre

Conferencia

- Claudi Camps, Psiquiatre. Director de Xarxa de Salut Mental de Girona (IAS).

Presentació

- Anna Miñarro, Psicòloga-psicoanalista

Taula rodona

- Cecilia Lewintal, metgessa-psicoanalista
- Gemma Cardo, Infermera psiquiàtrica
- Joan Andreu Bajet, Psicòleg clinicopsicoanalista
- Núria Martinez, Gerent Fundació Privada DRISSA
- Estel Salomó, Educadora social i psicòloga

VI JORNADES DE SALUT MENTAL A NOU BARRIS

Abordatges terapèutics

Treballs interdisciplinaris

Inauguració

Ferran Julián

Regidor del Districte de Nou Barris

Para comenzar quisiera insistir en que el tema de estas jornadas, interdisciplinariedad en el abordaje terapéutico, me parece muy importante porque involucra a profesionales de diferentes especialidades. No sólo cuando hablamos de temas de salud sino cuando hablamos de todo lo que está relacionado con el campo social, el trabajo desde el punto de vista de la interdisciplinariedad es uno de los aspectos que parecen fundamentales por cuanto no han de ser solo unos profesionales en un campo concreto los que trabajan sino que puedan ser profesionales de diferentes campos quienes aporten sus puntos de vista.

Recuerdo que hace unos siete años aproximadamente, cuando yo estaba trabajando en el distrito de Nou Barris como gerente de la empresa PRONOBA, me vinieron a plantear la necesidad de buscar unos locales para ubicar el Centro de Día. Un tiempo después lo conseguimos y, en este sentido, pienso que no se debe solamente a mí, porque es difícil que una sola persona saque adelante los proyectos. Se debe por tanto a todo un equipo.

Lo que sí es verdad es que en aquel momento a mi y a todos los que trabajaban conmigo nos fue evidente la necesidad de buscar una solución y pusimos los medios y los recursos para conseguirla. Ahora que he vuelto y me han explicado cómo funciona todo, me resulta sorprendente que algunos de los aspectos que habíamos hablado aquellos años y que parecían imposibles han salido adelante, es el caso del tema de la cooperación con el Consorcio Sanitario de Cataluña y el hospital de San Pau para mejorar el servicio que presta el Centro de Día.

Bueno, pero no venía a hablar de esto. Estas jornadas plantean dos elementos destacables. Primero, que es una asociación de familiares y no la Administración la que organiza las jornadas. El que sea la propia sociedad la que se organiza para profundizar sobre ciertos aspectos y convoque a diferentes profesionales, es un elemento muy positivo. Segundo, la interdisciplinariedad de los temas que se tratan en las mesas redondas que compaginan los aspectos terapéuticos profesionales como otros de diversa índole. Esta perspectiva ayuda al no profesional, como soy yo, a conocer los aspectos terapéuticos. Por ejemplo, es posible entender la necesidad de coordinación que debe haber entre los Centros de Atención Primaria y los centros especializados, o descubrir las primeras limitaciones que se le presentan a los enfermos, sobre todo en la infancia y la adolescencia, para poder entrar en un mercado laboral. La correcta comprensión de estos factores contribuye a que desde la Administración podamos ayudar no solamente en el tema del hospital y el sanitario, sino también en el tema de integración social y laboral.

La percepción de la necesidad de acompañar y contribuir a la inserción laboral es un concepto del que nos percatamos cuando leemos algún documento o cuando vamos a visitar un taller ocupacional. La ayuda por parte del profesional es la que permite a la persona, independientemente de sus propias capacidades, poder desarrollar un trabajo e incrementar la autoestima que muchas veces nos ayuda mucho en nuestra propia evolución. Pero la transversalidad en las actuaciones a nivel de profesionales, enfermos y sociedad, también se ha de dar a un nivel de administraciones y la sociedad para ir mejorando en los recursos que podemos ofrecer.

Hace pocos días y en función de mi otro cargo en el Ayuntamiento de Barcelona como concejal responsable de los temas de seguridad, y por lo tanto responsable de la guardia urbana, detectábamos la falta de unos principios para saber actuar ante casos de resistencia por parte de la familia o por parte del enfermo a ser ingresado y a poder ser tratado. Hace exactamente un mes firmábamos con el Ayuntamiento de Barcelona, la Consejería de Justicia, la Consejería de Sanidad, la Consejería de Interior y las Federaciones de Municipios un protocolo de actuación para las fuerzas del orden público con respecto a las situaciones de involuntariedad a ser asistido. A partir de este protocolo se propicia una relación muy estrecha entre el trabajo de los profesionales de la salud y los profesionales del orden público.

Como os podréis dar cuenta, hemos seguido una dinámica profesional en relación con el tema. Por lo tanto, les deseo que estas jornadas sean densas y nutridas de contenidos, que trabajen mucho y que, lo que les puedo asegurar, es que me miraré a profundidad las conclusiones a las que lleguen.

DIVENDRES 10 de novembre

Abordatges terapèutics en les malalties mentals

Associació Centre Higiene Mental Nou Barris

Leticia Medeiros
Psiquiatra
Grup de familiars de pacients amb TMG

Primero me gustaría agradecer a la organización por la invitación a participar de estas jornadas para hablar sobre la labor que desempeñamos el grupo de familiares del Centro de Salud Mental de Adultos.

Para comenzar vamos a hacer unas pequeñas reflexiones sobre la dinámica grupal, sobre las intervenciones familiares en presencia de una enfermedad psicológica. Este sería el contexto macro. Luego entraremos en el contexto micro que sería el contexto real del grupo de familiares que llevamos años trabajando en el CESMA. Hablaré de los objetivos generales que tenemos en éste grupo, los retos y realidades actuales y luego haremos un poco de conclusión.

Para explicar el tema de la dinámica grupal me gustaría mentar ahora mismo el proceso de formación de un grupo terapéutico. La formación del grupo terapéutico se da como se da la formación de cualquier otro grupo de personas. Primeramente es una reunión de personas donde cada uno puede comentar sus vivencias, su vida y desencantos. Aunque no son aún un grupo, a partir de la convivencia y al cabo de un tiempo se va configurando lo que es el grupo, donde hay intercambios importantes de experiencias y redes de múltiples interacciones. Lo que se busca con éste grupo de familiares es el intercambio de experiencias relacionadas con la presencia de la enfermedad en el seno de la familia.

El grupo también funciona como espejo de la sociedad. Es decir, cuando la persona empieza a participar en el grupo de familiares trae de fuera todo lo que tiene que ver con el estigma y lo que se piensa sobre la enfermedad mental. En el grupo intentamos compartir las vivencias y la historia personal de cada uno de manera que sea un vehículo de cambio social. Además, ya que el primer contacto que el usuario afectado tendrá con la sociedad será con la familia, es muy importante que esta familia tenga bien resuelto lo que significa una enfermedad mental. Por ejemplo, a veces se escucha en el grupo de familiares que hay enfermos agresivos pero la verdad es que a nivel de estadísticas, la persona con enfermedad mental no es más agresiva que la mayoría de la población en general. Estas ideas, que muchas veces se traen al grupo, hacen parte del estigma que hay que intentar trabajar porque no siempre son reales.

El papel del terapeuta, en líneas generales, dentro de la dinámica grupal sería el de estimular la cohesión grupal para que se tenga realmente un grupo donde las personas puedan ayudarse e intervenir en la historia del otro. Otras funciones serán las de fomentar la expresión de las vivencias personales de los participantes, contener la expresión de sentimientos negativos mediante la contención de la ansiedad y el alivio de la culpabilidad porque los familiares llegan al grupo con mucha ansiedad, con mucha angustia e incertidumbre. Obviamente, lo que queda claro es que la familia no tiene la culpa de la esquizofrenia del enfermo, la enfermedad psicótica y mental es una cuestión más amplia en la que hay un componente genético y otro que tiene que ver con el entorno.

La reunión del grupo de familiares es un espacio de escucha en donde se pueda hablar de todo y, complementariamente, ofrecer información sobre la enfermedad mental y sobre actitudes frente a situaciones de crisis. Este sería más que todo el papel del terapeuta en relación con la psico-educación. Es interesante pensar que en cualquier momento del proceso terapéutico y no en una primera fase de descompensación del familiar, el terapeuta ha de estar abierto para ofrecer información sobre lo que es y no en la enfermedad mental.

El miedo de un familiar que no entienda bien el contexto de la enfermedad psicológica puede aislar más al enfermo. Por lo tanto son muy importantes las nociones del terapeuta como facilitador y el familiar como agente terapéutico. El terapeuta va a promover esa escucha y, más que terapeuta, es un facilitador que prepara el espacio para que se puedan intercambiar vivencias. Por su parte, el familiar como agente terapéutico implica ser una figura activa en el proceso de estabilización del enfermo. Los estudios actuales hablan mucho de que gran parte de la estabilización del enfermo pasa de la forma como vive en la familia y cómo trata la familia a esta persona.

Me gustaría comentar algunos puntos en cuanto a las intervenciones familiares que se están haciendo en la actualidad. Aunque hay muchos tipos de intervenciones familiares, yo he elegido algunos puntos que me parecen claves sobre todo porqué tienen que ver con el grupo que tenemos. Los modelos actuales poseen una variación según la importancia concedida en los ingredientes del tratamiento y al grado de estructuración del proceso. Hay determinadas intervenciones familiares que dan más importancia a lo que es la psico-educación propiamente, es decir, decir en qué consiste la enfermedad y qué hacer en determinadas situaciones. Hay otras intervenciones que dan mayor importancia a otros grados y niveles de tratamiento. Es interesante pensar que todas ellas comparten algunos puntos principales.

El primero de dichos puntos es la aproximación positiva y la relación de trabajo con la familia. Dicha aproximación consiste en la aproximación del terapeuta o el equipo para el intercambio de experiencias, siempre de forma positiva. A medida que el grupo se desarrolla en un tiempo predeterminado con las sesiones bien estructuradas, da la sensación de que el grupo es una puerta abierta de contacto con los profesionales que trabajan en el centro y todo junto permite posibilitar la estabilidad en un momento de crisis. Segundo, utilizar los conceptos familiares. Ello significa hablar el lenguaje de la familia, aceptar que hay determinadas familias que manejan una situación de crisis en una forma determinada y otras que aplican otro modelo. Estandarizar para todos un mismo protocolo resulta erróneo porque posiblemente no funcionará siempre. Y tercero, las intervenciones familiares también buscan mejorar la comunicación entre los familiares, el usuario y el equipo. Es como una triangulación en la que todas las partes del proceso, que son importantes para que el enfermo pueda desarrollarse bien en lo cotidiano, estén conjuntas.

En cuanto al contexto micro de nuestro grupo diré que los criterios de inclusión son básicos: ser familiar de una persona afectada de una enfermedad psicológica que esté en tratamiento en el CSM. El número de participantes actualmente es de 8 personas pero la idea es ampliar a 12, desafortunadamente no se pueden organizar más grupos por la falta de terapeutas.

En cuanto al parentesco, el grupo está conformado por padres y madres de personas afectadas. Las sesiones las impartimos quincenalmente, los lunes, en el horario de 11:00 a 12:00. No hay un tope de permanencia en el grupo. Aunque normalmente los estudios hablan de que las intervenciones breves no son adecuadas y recomiendan dos años, en éste grupo hay gente que lleva más tiempo. Personalmente creo que es importante que las personas más antiguas en el grupo puedan aportar todo lo que tiene que ver con el desarrollo de la enfermedad y de la estabilización de sus familiares. La actitud coterapéutica consiste justamente en que esta persona aporte experiencias a los recién llegados. Aunque formalmente sólo hay un terapeuta en el grupo, informalmente debe haber más de uno para tratar todos estos temas.

Los objetivos generales que tenemos son:

- Fomentar el intercambio de experiencias a fin de promover el mejor entendimiento de la enfermedad psicológica.
- Promover la ruptura del estigma dentro del núcleo familiar. La noción de manicomio mental es un término que se ha utilizado desde hace unas décadas pero que me parecen interesante repensarlo. Cuando se piensa en un manicomio antiguo, en un hospital psiquiátrico cerrado, y en todo lo que suponía de malo (falta de identidad para el usuario, falta de contención extrema), se piensa inmediatamente en el estigma. Dicho estigma está relacionado con el miedo de que en algún momento se pueda escapar de nuestras manos la situación del familiar. Todo esto debe ser combatido como en su momento fueron combatidos los manicomios clásicos franceses. Además, para trabajar el estigma hay que hablar del tema, hay que quitar los miedos e intentar clarificar la situación para que se pueda tratar la persona como a uno más.
- Posibilitar el espacio de escucha, inicialmente centrándose en la historia del usuario enfermo y posteriormente en la figura del propio familiar. Eso significa que cuanto más cohesionado esté el grupo la persona se sentirá más cómoda para compartir sus angustias y ansiedades.

Los retos y las realidades se pueden resumir, según las guías de consensos, en una combinación de los siguientes ingredientes:

- El compromiso con la familia en el proceso terapéutico.
- La educación sobre las enfermedades psicológicas.
- El intercambio de vivencias personales relacionadas con la enfermedad mental.
- La promoción de los elementos necesarios para mejorar la comunicación entre los usuarios, sus familiares y el equipo.
- La mejora en el manejo de las situaciones cotidianas y la intervención en crisis.

En cuanto a las barreras para la implantación de intervenciones familiares diremos que actualmente existen muchas, sobre todo porqué el nivel requerido para hacer este tipo de intervención requiere un nivel de formación distinto y esto no es muy habitual. Una de dichas barreras es la dificultad para cambiar las rutinas clínicas de intervención. En efecto, a los equipos nos cuesta cambiar las formas de hacer las cosas en el sentido de que estamos muy centrados en la acción clínica y dejamos poco espacio para lo que son otras intervenciones valiosas como por ejemplo, con el grupo de familiares.

Una segunda barrera consiste en la elección del momento en la intervención. Al respecto, los consensos dicen que hay momentos en los que se debe actuar de determinada forma: en fases agudas hay que hacer psicoeducación, en fases normales hay que hacer grupo de apoyo a los familiares, y todo esto genera una burocracia en la que cuesta muchísimo mantener una regularidad.

La tercera barrera está en las creencias previas y prejuicios de los familiares y las dificultades en la mediación que esto genera. Muchas veces la familia llega con muchas dudas y ansiedad y posiblemente el equipo también tiene dudas y ansiedad por lo que pueden haber dificultades de mediación de la familia con la sociedad.

Además de las mencionadas, existen otras muchas barreras como puede ser la necesidad de intervenciones a largo plazo o la complejidad del cuidador. Se habla continuamente de que el familiar con el paso del tiempo se quema y si no tienen apoyo desde el principio del tratamiento disminuirá la calidad del cuidado que tiene con el enfermo.

Finalmente, a modo de conclusión me gustaría recalcar que los grupos de familiares son un espacio de intercambio de vivencias, esto es quizás lo más importante. Desde el grupo del CSM intentamos trabajar en este y otros aspectos como, por ejemplo, cumplir la función de contenedor de ansiedades e incertidumbres, ser un agente indispensable para disminuir los estresores ambientales y sobre todo como fuerza de cambio social. Estamos convencidos de que si se puede cambiar desde el seno de la familia la forma como se ve la enfermedad mental será más fácil que se puedan unir varias familias e intentar cambiar la visión que se tiene de la enfermedad mental de cara a la sociedad.

Abordatge integral del programa TMS

Juan Valdearcos

Infermer CSM Nord

El CSM es el centro de la red instrumental. El centro instrumental es un recurso especializado dirigido a la población general y especialmente a las personas con trastornos mentales graves que presentan dificultades en su funcionamiento psico-social e integración en la comunidad. Es el encargado de velar por la salud mental de la población de su área de influencia realizando la valoración, diagnóstico y el tratamiento integral de la persona. Esta actividad se complementa con intervenciones psico-sociales, sociales y educativas destinadas a mantener a la persona afectada de esta patología en la comunidad y posibilitar la mayor autonomía y calidad de vida posible. El CSM se coordina con las áreas básicas, los CAPs, los hospitales de agudos, subagudos, hospital parcial, media o larga estancia, centro de día, infanto-juvenil, con tareas ocupacionales, servicios sociales y pisos asistidos.

El concepto de trastorno mental severo engloba un conjunto de entidades gnoseológicas de diferente naturaleza y presentaciones clínicas que tienen como criterio común la gravedad y persistencia de la sintomatología con tendencia al deterioro y alteran las relaciones personales, familiares y sociales de la persona que lo padece. Los trastornos mentales severos son uno de los problemas de salud que merecen una atención prioritaria exigiendo de los servicios de salud la realización de programas específicos. El proceso rehabilitador de la persona afectada de TMS requiere de recursos diseñados para lograr estabilidad personal social y familiar.

A nivel estadístico señalaremos que Nou Barris representa un 10% de la población general de Barcelona, es decir que es una área de influencia bastante grande. A su vez Nou Barris dispone de 164.981 personas, de las cuales 52,05% son mujeres. De esta población como TMS con diagnóstico compatible se registran el 0,75%, como TMS registrado un 0,3% y como TMS en programa (es decir, donde se interviene directamente) un 0,12%. Estas cifras están por debajo de lo que sería la media. La media suele estar en el 1%, nosotros nos mantenemos en el 0,75%.

Como datos sociodemográficos de las personas afectadas de trastorno mental severo veremos que el porcentaje cambia. Si la población de Nou Barris es mayoritariamente mujeres, en el programa TMS es mayoritariamente de hombres, 58%. La edad media de la persona afectada el trastorno mental severo se

mueve entre los 31 y 55 años.

El distrito de Nou Barris dispone de dos centros de salud (Nou Barris Nord y Nou Barris Sud) con equipos multidisciplinarios compuestos de psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y administrativos. Además dispone del programa PSI con cuatro técnicos especializados.

La intervención en el programa TMS va dirigida a obtener alivio sintomático, conciencia del proceso patológico, aumento de la autonomía personal, mejor integración en la familia y la sociedad, creación de un vínculo terapéutico y la satisfacción del usuario y la familia.

Normalmente para que una persona entre en el programa han de existir unos criterios generales de inclusión que son: el diagnóstico, la duración de la evolución de la enfermedad y la utilización de servicios, la presencia de discapacidad y las repercusiones sociales y familiares.

Los diagnósticos compatibles con trastornos mentales severos típico son: la esquizofrenia, los trastornos depresivos mayor recurrentes, los trastornos afectivos en sus tres vertientes, la paranoia, la agorafobia con ataques de pánico (aunque ya hay algún técnico que lo empieza dudar), los trastornos obsesivos y compulsivos, la personalidad esquizotípica y los trastornos límites de la personalidad. Hay que comentar en algunas jornadas previas se había hablado de que quizás los trastornos límites de la personalidad y lo que son los trastornos depresivos mayores requerían programas específicos. Si nos movemos en lo que es el TMS de Nou Barris veremos que el 76% de nuestros pacientes tienen un trastorno esquizofrénico, quedando los demás trastornos bastante limitados. Los pacientes con trastorno mental severo asocian además otra serie de patologías. En este caso tenemos que un 19% de ellos asocian la patología con tóxicos y en un 18% hay una patología orgánica, generalmente hipertensiones o diabetes.

El segundo criterio de inclusión que sería la duración y evolución de la enfermedad se mide por la utilización de servicios de manera continua y episódica recurrente, la utilización continuada de fármacos antipsicóticos y el número de hospitalizaciones en los últimos dos años. También se utilizará como criterio si ha existido una alta en unidad de subagudos o si la última hospitalización ha tenido una duración superior a los 90 días. También se utilizará como criterio las visitas repetidas a los servicios de urgencias.

El tercer criterio de inclusión es la presencia de discapacidad por repercusiones sociales y familiares. Para incluir dentro del programa TMS normalmente se mira que la escala de funcionamiento global sea menos de 50, que existan perturbaciones limitadas de una función (deterioro), que exista una discapacidad para el desempeño de un rol social, que exista dependencia, la sobrecarga familiar manifiesta o ausencia de familia y la ausencia de rol social.

Si miramos la situación familiar de los pacientes incluidos actualmente en el programa TMS, veremos que el 18% de ellos viven solos, que el 19,66% tienen padres mayores de 75 años y que casi un 15% tienen otros familiares con enfermedad mental. Si hablásemos de datos económicos veríamos que el 26% cobran una pensión de invalidez, el 43,6% cobran una pensión no contributiva y un 3% una PIRMI; lo cual nos hace suponer que existen graves problemas económicos también en esta serie de familias.

Lógicamente cuando existen criterios de inclusión también existen unos criterios de exclusión. Excluiríamos los pacientes con consumo activo de sustancias tóxicas, cuando la enfermedad principal sea el retraso mental y hay un trastorno mental orgánico. En el caso de los pacientes con una escasa conciencia de enfermedad (abandono de tratamiento y desvinculaciones), serían candidatos al programa PSI y no al programa TMS.

El protocolo del programa TMS sigue unas pautas. Lo primero que haríamos siempre cuando un paciente llega al programa TMS sería asignar un terapeuta referente, normalmente será su psiquiatra, y luego se asignará un enfermero referente o una trabajadora social referente. A la hora del diagnóstico el responsable

será psiquiatra que será el encargado de complementar las hojas de datos clínicos y las hojas de inclusión dentro del programa. Luego se pasaría a una fase de evaluación. La fase de evaluación la realiza la enfermería o trabajo social y aquí se complementarían las escalas de actividades sociales, la evaluación social y las escalas de necesidades. Elaboraríamos un plan terapéutico individualizado por los tres miembros del equipo donde se determinarían los objetivos, la intensidad de la intervención y los profesionales que van a tomar parte en ella. Se haría un registro informatizado por parte de personal de enfermería y personal del centro donde quedarían todas las escalas y registro de visitas actualizados en un registro informático. Posteriormente, se establecería lo que es el seguimiento, normalmente lo haría enfermería o trabajo social, con la coordinación de psiquiatras referente. Aquí se intentaría mantener la vinculación al programa, el soporte a la familia y la coordinación con otros recursos del circuito. A los tres o seis meses, dependiendo del grado de intervención, el psiquiatra, enfermería y trabajo social en conjunto realizaría una valoración periódica de los objetivos y la intensidad que habrían de tener las intervenciones.

En cuanto a seguimiento del paciente en el programa TMS veremos que hay tres tipos de actividades: el seguimiento con la visita programada (visitas periódicas con psiquiatra, enfermería o trabajo social), la actividad en visita espontánea y la actividad complementaria del programa. La visita programada tendrá como objetivo el seguimiento y la educación de la actividad de vida diaria, evaluación y control riesgos, educación y seguimiento farmacológico, actuación en crisis, los cuidados que apoyan el funcionamiento psico-social y facilitan los cambios de estilo de vida, los asesoramientos y controles de patologías médicas asociadas, el control de la información y los soportes y educación a las familias. La visita espontánea es más o menos lo mismo pero con la demanda urgente: atención a la demanda y valoración de la urgencia, actuación en crisis, control riesgos, soporte a las familias y seguimiento a la educación en el uso de fármacos. Normalmente, el índice de visitas que tenemos en Nou Barris, en el programa TMS, nos dice que el 71,42% de los pacientes tienen más de 15 visitas anuales; es decir que es un índice alto, se están viendo más de una vez al mes.

Como actividades complementarias al programa TMS estarían la coordinación con los terapeutas referentes para la elaboración de los CPIs, la disponibilidad y comunicación con otros elementos del circuito, la colaboración con los miembros del programa PSI, la realización de visitas domiciliarias cuando fuera necesario y las acogidas en todas las post-altas.

Para finalizar me gustaría hacer dos breves reseñas de lo que sería el Libro Verde elaborado en el 2005 por la comunidad europea que nos dicen que cada uno de cuatro ciudadanos europeos padece una enfermedad mental que puede conducir al suicidio, que las enfermedades mentales causan importantes pérdidas y costes al sistema económico, social y educativo, que persiste la estigmatización, la discriminación y la falta de respeto por los derechos humanos y la dignidad de las personas con alteraciones psíquicas lo cual pone muy en entredicho lo que son los valores fundamentales de la Unión Europea. También me gustaría decir que se estima que más del 27% de los europeos sufren al menos una forma de alteración psíquica en alguna fase de su vida, es decir que casi una tercera parte de las personas de Europa a lo largo de su vida en algún momento tendrán una patologías psiquiátrica de mayor o menor intensidad. Se estima que en la Unión Europea las formas más comunes de trastornos mentales son la ansiedad y la depresión y se espera que en el 2020 la depresión sea la causa de enfermedad número uno en el mundo desarrollado. Actualmente unas 58.000 personas se suicida cada año en Europa, cifra que supera las muertes por accidentes de tráfico, homicidios o Sida.

Abordatge integral del Programa de Seguitment Individualitzat (PSI)

Rosanna Romaní

Infermera PSI

El programa PSI sorgeix com a resposta a les necessitats de la xarxa de salut mental relacionades amb els pacients que pateixen trastorn mental sever i que tenen dificultat per a mantenir la continuïtat del tractament per no són conscients de la seva malaltia, per disfuncionalitat familiar o per manca d'ingressos econòmics.

Aquest programa pren com a model el programa de gestió de casos que es va a implantar als Estats Units, Anglaterra i Canadà els anys 80. Posteriorment es va iniciar un programa pilot l'any 97 que depenia de l'Hospital Sant Joan de Deu i que cobria els sectors de Gavà i Sants-Montjuïc. A l'any 2002 es va instaurar directament a Barcelona començant a Ciutat Vella, Horta-Guinardó, l'Eixample, Nou Barris, Sarrià-Sant Gervasi i Les Corts, també a L'Hospitalet i el Maresme. A l'any 2004 s'implanta en el Barcelonès Nord i al 2005 comença a Tarragona i a Reus. En aquest moment ja s'han unit quatre programes més i s'espera que l'any 2008 estigui estès a tota Catalunya i que hagi un nombre de 50 equips de PSIs.

L'equip és interdisciplinari i pot estar format per infermers, educadors socials o treballadors socials. En el cas de Nou Barris en aquest moment són dues infermeres, una educadora i una treballadora social. El nombre de casos que pot dur cada CPI està al voltant de 10 i 15, encara que actualment supera els 15. És difícil cenyir-nos a aquest nombre tenint en compte que hi ha una llista d'espera per poder entrar en aquest programa. L'equip és independent de qualsevol recurs existent en aquest moment a la xarxa de salut mental.

Els objectius del programa són: proporcionar una atenció a totes les persones amb trastorns mentals severos que no estan rebent l'atenció adequada a les seves necessitats i adaptar els serveis sanitaris i socials disponibles en aquests moments en l'àmbit del pacient. Del que es tracta és d'acostar aquests serveis tant com sigui possible al mitjà natural del pacient. Nosaltres treballem directament en el domicili i en principi ens movem en la seva àrea que és el districte.

La finalitat del programa és, per una banda, millorar la qualitat de vida dels usuaris i les seves famílies i, d'una altra, millorar la coordinació entre els serveis: centres de salut mental, serveis socials, centres de dia, hospital de dia, metges de capçalera, especialistes i unitats d'aguts o subaguts. Una altra finalitat és reduir l'ús inadequat d'aquests recursos hospitalaris per part dels pacients que abans de ser inclosos en aquest programa utilitzaven els recursos de manera inadequada o anàrquica.

La població diana és similar a la del programa TMS amb la diferència que nosaltres tenim usuaris que ja estan afectats de trastorns mentals severos, que tenen una gravetat clínica inferior a 50, que presenten una evolució del trastorn superior a dos anys, amb una problemàtica de l'entorn familiar o social greu i que utilitzen inadecuadament els serveis.

El procés d'atenció s'inicia rebent una derivació: primer s'accepta el cas en una reunió d'equip i coordinació, després es fan els primers contactes amb la persona que deriva, després amb el malalt i, finalment, es fa un disseny del pla d'atenció. Respecte a les derivacions, aquestes es poden dur a terme omplint un formulari de derivació estandarditzat des de qualsevol servei del circuit assistencial sigui o no de la xarxa de salut mental i també des dels metges de capçalera als quals poden arribar pacients que es puguin incloure en el programa. L'acceptació de la derivació es fa constatant que realment compleixen els criteris per estar en el programa i es confirma que no pugui ser beneficiari d'altres programes com podria ser el programa per a la gent gran o altres programes en els quals no es necessita tenir un seguiment individualitzat per garantir una atenció adequada.

Si és un psiquiatra, un metge de capçalera o una treballadora social els que ens fan la derivació ells ens han de posar en contacte amb el malalt. Una vegada estem en contacte amb el malalt, comencem el vincle, que consisteix a establir on, quan i com ens veurem. El lloc pot ser el domicili, el parc, prenent cafè, o a qualsevol lloc. De moment intentem, quan comença el vincle, que sigui una o dues visites setmanals. Se'ns pot contactar en horari laboral, a través del telèfon mòbil i per aquest motiu tenim una targeta de visita on està registrada tota aquesta informació.

Els objectius que hem treballat estan especificats en el formulari de derivació però també hi ha altres objectius que es pacten amb el pacient i que consisteixen en les coses que ell espera obtenir amb l'ajuda del programa. El pla terapèutic individual pertany a tot el circuit assistencial però està coordinat des del PSI, en

ell s'integren tant els aspectes mèdics, psiquiàtrics, rehabilitadors, familiars i socials així com l'usuari que participa en les decisions terapèutiques. És natural que depenent de la necessitat de cada pacient ens vinculem més amb un recurs o amb un altre: atenció socio sanitària, sanitària, amb la família, prestacions, habitatge, drets humans, etc.

Pel que fa referència als objectius psicofarmacològics hem intentat treballar l'aversion al tractament i, de vegades, fem acompanyament dels pacients que estan en tractament però que els costa seguir-lo. Aquest tractament és per a la rehabilitació psicosocial, el suport comunitari, l'autoajuda i l'abús de substàncies en persones afectades. Es pot dir que treballem, no sense dificultat, des del present, des de la vida quotidiana, en l'entorn de la persona i per això fem a tots els membres coparticipants tenint present que el nostre treball forma part d'una cadena.

Des de que vam començar, fa quatre anys, dels pacients entre l'any 2002 fins a 2006 hem tingut un 60% d'homes i un 40% de dones, que per edat estan majoritàriament (37%) entre els 46 i 60 anys seguits dels de 18 a 30 anys i, en un percentatge més reduït (4%), més grans de 75 anys. Per diagnòstics tenim 3 grups: el grup 1 correspondria als pacients amb esquizofrènia, el grup 2 als que pateixen una depressió, el grup 3 a persones amb trastorns bipolars i del grup 4 al 6, a pacients amb trastorns obsessius compulsius, fòbies, ansietats i trastorns de personalitat. L'estadística per gravetat dels pacients atesos en el programa seria d'un 72% de gravetat alta, 24% de gravetat mitja i un 4% de gravetat baixa, òbviament els de gravetat baixa són els que més ràpidament se'ls pot donar l'alta.

En aquests moments tenim en actiu un 73% de pacients amb una història oberta. Les baixes es produeixen per abandó, compliment d'objectius, rebutjats i, de vegades, per canvi del sector. Moltes d'aquestes persones possiblement tinguin una història oberta en el centre de salut mental però les seves vinculacions són força regulars, la qual cosa incrementa l'estadística per vinculació encara que la continuïtat no tingui gens a veure.

Gairebé la meitat de tots els pacients assistits en el programa tenen alguna malaltia associada, en la seva majoria respiratòria o cardiovascular.

Centre de Dia Pi i Molist

De centre de dia a centre rehabilitador

María Jesús Abadía

Directora assistencial del Centre de Dia Pi i Molist

Con esta presentación pretendemos mostrarles los cambios y nuevos programas que estamos introduciendo en el Centro de Día para convertirlo en Centro de Rehabilitación psicosocial.

La Rehabilitación Psicosocial, más que un conjunto de técnicas con un determinado fin, es una manera de considerar los problemas psicológicos y sociales de las personas con enfermedad mental, donde la dimensión socio-ambiental tiene tanta importancia como la biológica y en la que el tratamiento de la discapacidad consecuente a estar enfermo es tan importante como el control de los síntomas.

En términos generales, los principales objetivos de los Centros de Rehabilitación Psicosocial son los siguientes:

- Promover la adquisición y/o recuperación de habilidades y competencias necesarias para asegurar el funcionamiento del paciente en la comunidad en las mejores condiciones de normalización y calidad de vida.
- Prevenir la institucionalización psiquiátrica disminuyendo el riesgo de recaídas. Incluye la prevención al llamado deterioro psicosocial y marginalidad.

- Potenciar la integración social del paciente en su entorno aumentando su red social y fomentando la utilización de recursos normalizados de la comunidad (ocio, académicos, formativos y laborales).
- Ofrecer recursos y programas que posibiliten la rehabilitación profesional de este colectivo y les prepare para la reinserción en el mundo laboral.
- Ser parte integrante de la red de asistencia psiquiátrica y salud mental, y coordinarse con ella.
- Apoyar, asesorar y entrenar a las familias de los afectados para aumentar su capacidad en el manejo de los problemas asociados a tener un enfermo social en casa, así como procurar la mejora del clima familiar y la normalización de hábitos.
- Asesorar y/o tramitar a los usuarios y sus familias cualquier gestión encaminada a la búsqueda de recursos y/o ayudas tanto económicas como sociales, residenciales, etc.
- Desarrollar en la comunidad acciones de sensibilización sobre la problemática de la enfermedad mental y de modificación de los estigmas sociales de la misma.
- Participar en la formación y el asesoramiento de otros profesionales, entidades y voluntarios.
- Efectuar un seguimiento de la persona con enfermedad mental dándole el apoyo necesario para garantizar su mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones de autodeterminación y calidad de vida.

El proceso de vinculación de nuevos usuarios se efectúa a partir de la evaluación individual de cada paciente efectuada por el psicólogo y la trabajadora social del centro. Es el equipo del centro el que establece unos objetivos de rehabilitación para cada uno de nuestros usuarios, objetivos que son los que configuran el PIRR (Plan Individual de Rehabilitación y Reinserción).

Los ejes de tal evaluación son:

- habilidades de la persona (dificultades/capacidades)
- contexto específico (familiar/social, demandas/soportes)
- funcionamiento premórbido
- instrumentos de evaluación:
 - entrevistas
 - observación
 - registros
 - escalas y cuestionarios

Si se siguen estos ejes de evaluación, el Plan de Rehabilitación (o PIRR) debe:

- ajustarse a la realidad
- dar sentido a la intervención
- ser consensuado por la persona/familia/profesionales
- ser estructurado secuencialmente con complejidad creciente
- ser flexible en función de la evolución
- establecer la formulación de objetivos y estrategias de intervención
- permitir la elaboración de hipótesis explicativas
- establecer un orden de prioridades

Este plan, que es consensuado con el paciente y su familia, consiste en la intervención desde diferentes programas y actividades de soporte. Para cada uno de los usuarios se establece un profesional de referencia que será el responsable de seguir su evolución, planificar las actividades y realizar el seguimiento asistencial.

Programas y/o actividades del CRP (curso 06/07)

Desde el Centro de Día se procura realizar un tratamiento integral de los pacientes y para ello se trabaja sobre diferentes áreas de intervención que son:

1. Programa de Actividades de la vida diaria (AVD) y entrenamiento para la vida autónoma

El AVD se refiere a todos aquellos aspectos considerados básicos para un adecuado desempeño del enfermo en las áreas del comportamiento relacionadas con el autocuidado, la competencia personal, la salud, la independencia y la autonomía. De manera específica nos referimos a:

- Áreas básicas: aseo personal (higiene, vestido), hábitos de vida (alimentación, sueño, salud), etc.
- Áreas instrumentales: vivienda (aseo, organización), manejo social (dinero, transportes, recursos, gestiones), conocimientos básicos, etc.

2. Programa de Habilidades Sociales:

Constituye un aspecto clave en la rehabilitación psicosocial. El objetivo es entrenar al sujeto en la adquisición y/o recuperación de repertorios conductuales, verbales y cognitivos (de pensamiento), que les proporcionen los instrumentos necesarios para el desarrollo interpersonal adecuado. Con esto se consigue que la persona sea más capaz de enfrentarse a situaciones problema, disminuyendo el nivel de estrés que estas provocan y por tanto, disminuyendo la posibilidad de recaídas.

El entrenamiento en HHSS incluye:

- Instrucciones
- Modelado
- Ensayo conductual
- Feed-back
- Refuerzo social
- Tareas de intervención

3. Programa de ocio y tiempo libre

Las actividades de ocio constituyen un elemento clave para el establecimiento de la estabilidad mental. Determinadas características de la persona con TMS provocan a menudo que la utilización del tiempo libre sea insatisfactoria, consecuencia de un ocio de baja calidad. Los objetivos de este programa son:

- Generar estrategias para buscar recursos de ocio.
- Recuperar o crear nuevas aficiones.
- Potenciar relaciones sociales.
- Facilitar la creación de grupos con intereses comunes.
- Apoyar las iniciativas personales y la autonomía en la elección.

4. Programa de Autocontrol Emocional

Es conocida la pérdida de autoestima que suelen sufrir los pacientes sicóticos y los constantes estados de ansiedad en los que suelen encontrarse. Los objetivos son:

- Reducir el impacto emocional que provocan los síntomas.
- Incrementar la capacidad de tomar decisiones y solucionar problemas.
- Incrementar la competencia percibida ante las situaciones de la vida diaria así como el conocimiento de unos mismo.
- Motivar para el afrontamiento y la reducción de la evitación como estrategia principal.

- Incrementar la autoestima personal.
- Mejorar el estado de ánimo.

5. Programa de conciencia y conocimiento de la enfermedad

Se trata en esta área de dotar a los pacientes de la capacidad de conocimiento y reconocimiento de su problema para que con ello pueda manejar las fases de su enfermedad, detectar los síntomas que anteceden a una crisis y prevenir recaídas.

6. Programa de Soporte y Apoyo (Grupo Ocupacional)

El paciente precisa de apoyos y soportes que eviten las recaídas y que estimulen la participación comunitaria y la vida autónoma. En definitiva el objetivo de este programa es garantizar el mantenimiento de los objetivos alcanzados y constituir un adecuado soporte para mejorar el funcionamiento psicosocial y la integración en la comunidad en condiciones óptimas.

7. Programa de asesoramiento y apoyo familiar

La familia es un pilar básico en el proceso de rehabilitación de las personas que padecen una enfermedad mental. Por ello el objetivo de este programa es lograr que la familia participe de forma activa en el proceso rehabilitador y evitar las consecuencias propias de la carga que supone convivir con una persona con enfermedad mental: Dentro de los objetivos también está el fomentar que la familia sea un agente generador de salud que pueda colaborar de forma adecuada en el proceso rehabilitador del paciente y trabajar en la mejora de la comunicación familiar.

8. Programa de inserción comunitaria

La finalidad de este programa es:

- Potenciar el uso de recursos comunitarios que den respuesta a las necesidades del usuario.
- Crear redes sociales de apoyo o potenciar las existentes.
- Aumentar la colaboración de la comunidad.

9. Programa de Psicomotricidad

Se interviene sobre la psicomotricidad del paciente a través de programas de expresión y ejercicio corporal. Persigue integrar la acción corporal con la experiencia sentida y expresada tanto a nivel corporal como verbal.

Desde el Centro trabajamos este programa con grupos de expresión, danza-terapia y, en general, desde diferentes actividades deportivas.

10. Programa de inserción laboral

La intervención en este aspecto se dirige a:

- Orientación vocacional.
- Entrenamiento en hábitos básicos de trabajo y de habilidades sociales de ajuste laboral.
- Apoyo a la formación profesional: cursos de informática, de conocimientos básicos y educación de adultos.

- Técnicas de búsqueda de empleo y conocimientos sobre legislación laboral.
- Búsqueda de empleo y apoyo a la inserción laboral.
- Taller pre-ocupacional: en el cual se están trabajando habilidades pre-laborales necesarias para el buen funcionamiento en otros recursos.

Desde el centro se desarrollan otra serie de actividades complementarias y de soporte con la finalidad de poner en práctica las habilidades de cada programa e incidir en la utilización de los recursos comunitarios. También tenemos actividades de soporte a las AVC, se desarrollan cursos sobre conocimientos básicos, catalán e informática, así como juegos educativos para trabajar la memoria y otras capacidades cognitivas.

Proponemos sesiones de danza, terapia, gimnasia y deportes (senderismo y natación) como actividades de tiempo libre relacionados con el programa de psicomotricidad.

En un orden más expresivo, pero también vinculado a las AVC, se desarrollan actividades como el “rincón artístico”, la coral, el grupo de fotografía, la revista y el grupo de prensa. Muchas de estas actividades tienen su inicio en el centro pero la continuación está en recursos normalizados de la comunidad como son los cursos de informática, la gimnasia, la natación, la pintura, las clases de adultos, etc.

Como continuación de la labor rehabilitadora iniciada en el centro de Día se desarrolla paralelamente el programa específico de Club cuyos objetivos son:

- Facilitar la relación de los socios (usuarios del programa) entre ellos y con el resto de la población, acompañados por equipo terapéutico que ayuda a fomentar la autonomía estimulando la participación de los usuarios en el su tiempo libre.
- Estimular intereses ofreciendo nuevas alternativas que favorezcan el cambio.
- Facilitar la integración comunitaria al fomentar el conocimiento y la utilización de recursos y los medios para acceder a ellos.
- Favorecer el funcionamiento grupal potenciando y dando soporte a las relaciones del colectivo de usuarios con el vecindario.
- Participar en la mejoría de la dinámica familiar favoreciendo el mantenimiento activo y la recuperación de las capacidades de los usuarios.
- Facilitar el proceso de vinculación y/o de desvinculación del Centro de Día Dr. Pi i Molist.

El Club ofrece un abanico de actividades propias del tiempo libre con la finalidad de que el usuario pueda escoger teniendo siempre en cuenta sus propios intereses así como las indicaciones de equipo profesional.

Por otro lado las actividades de Club están agrupadas en dos grandes ejes de carácter permanente: la compañía de teatro "La Trifulga del Fútils" y el equipo de Fútbol "Pi i Molist". Otras varían por su vinculación con la oferta del barrio y de la ciudad de Barcelona (fiestas populares, salidas, museos, exposiciones, charlas, excursiones, etc.).

Como conclusión podríamos decir que desde que están hechos los programas de actividades los usuarios se sienten mucho más motivados para venir, la asistencia es mucho mayor. Yo creo que el hecho de no tener que venir todo el día (de 9:30 a 2:30 y hasta las cinco o seis de la tarde), el hecho de venir a unas actividades concretas, estar de acuerdo el usuario y estar de acuerdo la familia, ha sido paso muy importante.

FECAFAMM

Visió de les famílies de les organitzacions sanitàries de salut mental

Joana Martínez Matilla

Treballadora social i llicenciada en antropologia social i cultural

La presentació s'organitza en els següents apartats:

- Antecedents
- Metodologia
- Resultats
- Conclusions

Antecedents

L'objectiu d'aquest treball és recollir la visió que tenen les famílies de les organitzacions que tracten la salut mental. Per tant és en els resultats on hem posat més èmfasi per tal de poder fer visibles aquestes expressions.

En la relació entre família i les organitzacions apareixen dos termes que marquen les seves diferents posicions respecte a la salut mental: les organitzacions de salut mental "tracten" la salut mental, les famílies demanen un "tracte" adequat. Les organitzacions de salut mental tracten el seu objecte de treball: la persona que pateix problemes de salut mental. Aquests problemes de salut mental són quelcom positiu i objectivable. Les famílies perceben, experimenten, senten, tant a la persona que pateix el problema de salut mental com el tracte que es donarà a aquests problemes.

Consisteix en entendre a la família, informada i formada, com agent terapèutic en el procés de millora de la qualitat de vida de la persona amb trastorn mental: la família com productora de salut. En aquest sentit la família, contínuament, se la té considerada com un recurs infravalorat pels professionals ja que aquests no tenen el temps suficient per a atendre/entendre la família i per la falta de formació per a atendre/entendre les demandes de la família.

Metodologia

Les tècniques utilitzades van consistir en la realització de grups de discussió focalitzats i dirigits en el seu entorn associatiu. Aquestes reunions amb les famílies han tingut la finalitat d'aprofundir la concessió i pràctiques dels familiars i usuaris dels serveis de salut mental. En total van a participar 64 persones de cinc associacions de Lleida, Tarragona, Girona i dues associacions de Barcelona ciutat, una de les quals era AFEM Nou Barris.

Els grups de discussió van ser gravats en una cinta i transcrits literalment per a la seva anàlisi. Els resultats d'aquesta anàlisi, fet per les mateixes famílies, gira en relació als següents eixos de treball:

- Experiència i procés (itinerari) en relació als serveis d'atenció en salut mental.
- Serveis i organització de la salut mental.
- Experiència en relació als serveis d'atenció en salut mental.
- La comunicació entre professional i pacient.
- La família com a teló de fons.

La informació és, per tant, l'eina que els va a permetre assumir uns coneixements bàsics per poder situar-se enfront dels esdeveniments, rebaixar l'angoixa que origina la incertesa i desenvolupar una cura.

La qualitat de la relació que s'estableix amb la gent que informa és un aspecte important. En aquest sentit, si hi ha un tracte agradable, si s'informa en condicions adequades (temps i espai), si la informació és adequada a la capacitat de comprensió del pacient i l'evolució del trastorn, i si els familiars dels pacients poden accedir a

informació de qualitat contrastada sobre el trastorn, serà possible pal·liar els efectes que les malalties cròniques tenen sobre l'individu i les seves famílies.

No obstant això, tot això implica:

Formar als professionals en comunicació, per saber tractar determinats temes com són les diferències culturals. Preparar-los i entrenar-los perquè sàpiguen actuar enfront d'un pacient i una família que esperen poder participar en els processos de presa de decisions que afecten la salut del malalt.

Paral·lelament, s'hauria d'incorporar l'accés de les famílies o cuidadors a la informació. Aquest fet suposa el desenvolupament d'estratègies específiques com són: incrementar el temps dedicat a cada pacient, disminuir la pressió assistencial entesa com l'elevat nombre de pacients que els professionals han d'atendre i entendre diàriament i explicar a les famílies com funciona l'organització dels serveis de salut mental. En termes generals, l'objectiu hauria de ser, en paraules textuais d'un informant, "fer un seguiment més qualificat del malalt, que hagi un acord i que puguem anar els dos, professionals i família, en la mateixa direcció".

Des del punt de vista organitzatiu, s'hauria d'aconseguir que tots els col·laboradors del projecte (professionals i família) compreguessin la seva importància i la seva aportació i fins a quin punt són responsables de millorar-la. En definitiva, per mantenir un correcte treball en equip s'ha de permetre que cadascú se senti el màxim responsable de les seves atribucions.

Com es formula el tractament a seguir?, qui intervé en les decisions? Segurament la resposta és òbvia: el facultatiu. Però què passa si existeixen diferents opcions o alternatives de tractament entre les quals escollir?. Suposem que la persona entén la identitat del seu trastorn i expressa les preferències i valors. Una vegada informada participa en la decisió de l'opció del maneig clínic escollit o s'informa dels resultats previsibles de les diferents intervencions terapèutiques disponibles? Quins aspectes intervenen en la presa de decisions per formular l'itinerari terapèutic que fa la persona amb trastorn mental?

Si bé la percepció de signes i símptomes és la primera etapa de l'itinerari que determinen el cursos i les accions, posteriorment s'informa i es fa partícip a la persona amb trastorn mental i a la seva família dels possibles itineraris terapèutics, de la complexitat que suposa la seva disfunció, de quin paper tenen el centre de dia o l'hospital de dia en aquest moment del procés de la persona. Em pregunto si les organitzacions són conscients que aquests cursos d'acció per itineraris terapèutics redefeixen les relacions de les persones i modifiquen la identitat de les mateixes.

D'altra banda, si partim de la base que la identitat en una cultura està en gran part determinada per la seva relació amb les emocions, com s'integra la idea de rehabilitació amb aquesta experiència personal emotiva? És natural per tant que a determinades professions s'atribueixin unes capacitats i disposicions específiques. Així, per exemple, el psiquiatra és qui medica i, en alguns casos, tenen un cert poder de persuasió basat en la paraula, és la persona central de l'estabilització mèdica; el psicòleg és qui escolta i orienta, està poc present en els processos assistencials de les persones i, segons els informants, el seu rol està poc legitimat, no se sap que fa; la infermera està pendent dels aspectes de seguiment com la higiene, l'alimentació, la cura personal i, en general, assumeix funcions que es valoren molt positivament; la treballadora social (gestora de recursos) i altres professionals com els terapèutics ocupacionals o el metge forense són esmentats en contextos molt específics.

Més enllà d'aquesta lectura individual es suggereix altres interrogants com: quin és el paper dels clínics i els serveis en el postulat de determinats models organitzatius? Quin poder tenen per a fomentar determinats valors?

Quan parlo de valors em refereixo a un conjunt de possibilitats que van des de la situació organitzativa del

professional i del seu poder dintre de l'equip fins a aspectes relacionats amb la coordinació entre diferents serveis. Dintre d'aquest conjunt de serveis assistencials l'alternativa escollida pel malalt i la seva família no és una casualitat, els usuaris fan unes demandes per raons puntuals. Assenyalo per tant la responsabilitat i no neutralitat dels professionals en les seves organitzacions i la seva capacitat de generar canvis en el sí de l'organització de la qual formen part.

Relacionat amb les funcions i activitats contemplades pels models organitzatius de salut mental, la família haurà d'adaptar el seu pragmatisme per poder respondre a certes necessitats que no són cobertes pels àmbits professionals de la salut mental. Com es contempla la comorbiditat o la presència d'altres patologies orgàniques que poden afectar a la persona amb trastorn mental des de la salut mental?

Segons cita de John Stokes, ha d'haver una articulació entre el que diem que fem, el que en realitat creiem que estem fent i el que està passant realment: "Una organització és coherent mentre existeixi una organització en la ment col·lectiva que comparteixen tots els membres".

Un exemple de l'anterior ho trobem en la utilització de la medicació com a única eina per resoldre els problemes. El desmesurat optimisme que l'ús dels medicaments comporta ens pot conduir a la negació de la cronicitat d'alguns problemes i la negació de les dificultats de tractament de la persona que pateix el trastorn mental. Aquí la institució en la ment inconscient que subjeu, és una depuració omnipotent per a tota malaltia mental i, per tant, tot fracàs en aconseguir-la constitueix una amenaça a la identitat i a la sensació d'eficàcia de cada membre particular del personal.

La cita posa l'accent en el maquiavèl·lic que pot arribar ésser per a una persona el voler respondre a una necessitat. Paral·lelament es pot pensar que les dificultats són degudes a la insuficiència de recursos socials com seria les residències per a persones amb trastorn mental, o sanitàries com els programes PSI. No obstant això, l'èmfasi en el paradigma bio-metge relega a un segon ordre els aspectes psicològics i socials i diposita tota la càrrega del sistema en la figura de psiquiatra. Es pot estar molt content o no del psiquiatra com professional, però aquest ha de ser part de l'organització del sistema per poder satisfer altre tipus de necessitats del malalt que no siguin les farmacològiques. Si, per exemple, el psiquiatra no forma part del sistema i té una baixa laboral, qui el substitueix? És aquests casos s'hauria de posposar l'atenció per no haver un psiquiatra que pogués substituir-lo.

El temps de les famílies i el temps de les organitzacions

Aquesta és una articulació clau. El temps dedicat a un malalt no es pot limitar perquè cada persona és única i necessita una atenció i tractament personalitzat. La cura de les persones comença en el moment de l'acceptació de la seva malaltia. En relació amb el temps, les famílies aprenen a esperar, s'interioritza el temps intersubjectiu de l'organització per davant del propi temps intrasubjectiu. Quan el familiar pren consciència que la millora és el resultat d'un procés de rehabilitació, entren d'acord els temps respectius de l'organització i la família, el ritme personal, l'expectativa establerta, el fluir interior del temps es confon amb la temporalitat de la vida de l'organització.

L'anàlisi de les transcripcions ens ha revelat que les experiències de les famílies en relació amb les organitzacions de salut mental es caracteritza per la duresa de les mateixes i sobretot per expressar-se en itineraris que s'articulen en etapes: acollida, assistència, tractament i alta. Els informants emfatitzen la descripció dels primers contactes amb el trastorn i sobretot amb els recursos. A partir d'aquesta narració dels orígens s'agreguen explicacions sobre la seva relació amb una organització de salut mental que resulta una mica incerta.

La família assumeix un grau de incertesa en relació amb l'evolució del trastorn mental i en relació als mateixos recursos que coneixen. Les famílies no tenen pautes, no intervenen en protocols que coneguin. La

falta de coneixement dels processos genera una dependència dels professionals i dificultats amb el propi trastorn mental del familiar amb qui conviu.

Per finalitzar reprendré les dues premisses amb les quals començava aquest treball (tractar *versus* tracte, visió *versus* percepció) per a plantejar la següent paradoxa: contínuament la família ha estat exclosa com agent de canvi en les relacions amb les organitzacions de salut mental però al mateix temps se li exigeix responsabilitats respecte a la cura de la persona amb trastorn mental. En aquest sentit, les famílies en la relació amb les organitzacions de salut mental se solen situar com un observador participant (traductor o mediador) entre el pacient i les organitzacions professionals, entre la salut i la malaltia, entre les organitzacions de salut mental i la resta d'organitzacions socials. Però perquè les famílies fan aquesta reflexió sobre les organitzacions de salut mental? i quines conseqüències es desprenen d'ella?

Hem de recordar que si bé la relació professional-pacient és molt important per al compliment terapèutic, sobretot en el cas de les malalties cròniques, el model d'atenció es basa en la experiència tant del professional com del malalt i la seva família, perquè ningú coneix millor la malaltia que pateix el malalt que el propi malalt i la seva família. Aquesta última constitueix a més el context immediat on se situa el malalt acompanyant a la persona en tot el procés. En definitiva, és en el nivell domèstic o familiar on es constitueixen les diferents xarxes socials per a l'atenció de la salut i és, per tant, un nivell a incorporar en les organitzacions de salut mental.

DISSABTE 11 de novembre

Importància del treball interdisciplinari en salut mental severa

Conferència

Claudi Camps

Psiquiatre

Director de la Xarxa de Salut Mental de Girona (IAS)

"Je ne crois pas aux choses, mais aux relations entre les choses"

"No crec en les coses, si no en la relació entre les coses"

George Braque

La meua intenció amb aquesta xerrada és explicar perquè és necessària la interdisciplinarietat. Intentaré definir què és i què no és la interdisciplinarietat i el perquè de les dificultats que impliquen un enfocament interdisciplinari.

Tot va a començar el 1985 amb "l'informe de la comissió ministerial per a la reforma psiquiàtrica". En aquest informe es parlava del tema de la superació dels hospitals psiquiàtrics, la qual cosa suposava la possibilitat d'emprendre accions alternatives per a cada territori: "l'engegada de plans específics per als hospitals psiquiàtrics, orientats a la seva transformació i progressiva superació, simultaniejats amb accions alternatives fora dels mateixos i dintre de les àrees de salut" (principi XXV). Aquesta reforma també produeix altre tipus d'elements com són "l'estudi de les condicions sanitàries, psiquiàtriques, humanes, socials i legals dels interns, la reordenació de les despeses hospitalàries, la reorganització funcional de la institució i els diversos programes per a la rehabilitació i reinserció social dels ingressats" (principi XXVI).

Aquest conjunt de qüestions no estaven considerades, per tant era la primera vegada que apareixien en un document oficial de l'estat espanyol. Concretament s'especifica que "Els hospitals psiquiàtrics han de reduir progressivament el seu nombre de llits, preparar als seus pacients institucionalitzats, mitjançant el desenvolupament de programes interdisciplinars, per a una futura externalització i actualitzar i formar als

seus professionals en altres formes d'atenció psiquiàtrica" (principi XXVII). Però què significa la "interdisciplinarietat" i l'expressió "altres formes d'atenció psiquiàtrica"? En aquest moment no estaven definides en que consistien aquestes altres formes d'atenció psiquiàtrica.

Perquè quedi definitivament clar la Llei General de Sanitat, sobretot en els punts 3 i 4, parla de tots aquests aspectes. El punt 1 parla de moltes coses que encara estaven pendents de fer d'una manera realment consolidada en l'àmbit comunitari com són l'assistència a nivell ambulatori, l'hospitalització parcial i l'atenció a domicili. El punt 2 parla de la implicació activa i la responsabilitat de les persones que pateixen malaltia mental en el control de les seves pròpies vides, el que implica un canvi radical del que fèiem els professionals en aquesta època respecte a assumir una conducta molt paternalista. El punt 3 parla de rehabilitació i reinserció social, de l'atenció integral, termes que de vegades ens costa tant definir o de dur a la pràctica. El punt 4 tracta de l'atenció als problemes psicosocials, la qual cosa amplia el ventall de possibilitats molt més allà dels símptomes. Resumint aquests punts:

1. L'atenció als problemes de salut mental de la població es realitzarà en l'àmbit comunitari, potenciant els recursos assistencials a nivell ambulatori i els sistemes d'hospitalització parcial i atenció a domicili, que redueixin al màxim possible la necessitat d'hospitalització. Es consideraran de manera especial aquells problemes referents a la psiquiatria infantil i la psicogeriatria.
2. L'hospitalització dels pacients per processos que així ho requereixin es realitzarà en les unitats psiquiàtriques dels hospitals generals.
3. Es desenvoluparan els serveis de rehabilitació i reinserció social necessaris per a una adequada atenció integral als problemes del malalt mental, buscant la necessària coordinació amb els serveis socials.
4. Els serveis de salut mental i d'atenció psiquiàtrica del sistema sanitari general cobriran, així mateix, en coordinació amb els serveis socials, els aspectes de prevenció primària i d'atenció als problemes psicosocials que acompanyen a la pèrdua de la salut en general (LLEI GENERAL DE SANITAT, 1986. Capítol tercer, art. 20 de la salut mental).

Amb aquests quatre punts anem a entrar en l'època de la filosofia de l'atenció comunitària en salut mental que dóna prioritat als següents aspectes:

- És recolza en una concepció àmplia i integral dels drets humans.
- Suposa promoure i fomentar la implicació activa i responsable d'aquestes persones en el control dels seves pròpies vides.
- Deu promoure la integració de cada persona en la seva comunitat natural.
- Ha de propiciar el desenvolupament de pautes de vida el més normals que siguin possibles.
- Ha de trobar maximitzar l'autonomia i la independència.
- Ha d'oferir el recolzament i suport que cada persona necessita durant tot el temps necessari.
- És parteix del principi d'individualització
- Ha d'implicar una actitud d'esperança, una expectativa positiva sobre el individu i sobre les seves possibilitats.
- Ha de promoure l'avaluació de resultats.

Aquesta filosofia segueix l'organització d'un model comunitari i territorialització. No obstant això, encara que en Nou Barris està clar això de la territorialització, en altres districtes de Barcelona no és real, no existeix una coordinació clara d'aquests territoris. Òbviament, sense aquesta qüestió bàsica poc podem fer en els temes de la interdisciplinarietat i de continuïtat de cures en dispositius sanitaris com no sanitaris.

Aquesta filosofia ens va a canviar la perspectiva professional i ens ha dut a que no només treballem amb la patologia i la deterioració de manera integral sinó també amb la discapacitat i minusvalidesa.

Si tenim en compte que a partir d'aquí les necessitats dels nostres usuaris i familiars van ampliar-se,

ràpidament va fer-se conscient que els psiquiatres i psicòlegs no serien capaços de fer-se càrrec de tots aquests temes. Veiem clarament, llavors, que tots ens necessitem (metges, psicòlegs, treballadors socials, infermers) i que necessitem una coherència en l'abordatge per tal que tingui un sentit i els familiars i malalts no entrin en la confusió total quan contacten amb nosaltres. El següent és un llistat sobre les necessitats dels usuaris –qüestionari CAMBERWELL- que s'hauria de tenir en compte cada vegada que estiguem abordant un pacient amb un trastorn mental greu:

- 1 allotjament
- 2 alimentació
- 3 cura de la llar
- 4 cura personal
- 5 activitats diàries
- 6 salut física
- 7 símptomes psicòtics
- 8 informació sobre estat i tractament
- 9 angoixa
- 10 seguretat de si mateix
- 11 seguretat dels altres
- 12 alcohol
- 13 drogues
- 14 companyia
- 15 relacions de parella
- 16 sexualitat
- 17 cura dels fills
- 18 educació bàsica
- 19 telèfon
- 20 transport
- 21 diners
- 22 ajudes socials

A més d'aquestes necessitats, amb el nou enfocament ens haurem de fer càrrec de les necessitats del pacient en el funcionament psicosocial:

- autocura (higiene, pertinences...)
- autonomia (diners, transport...)
- autocontrol (assertivitat...)
- relacions interpersonals.
- oci i temps lliure.
- funcionament cognitiu.
- funcionament laboral.
- habitatge

Queda clar que les coses van molt més allà de les quals inicialment ens havien dit o ens diuen moltes vegades en la formació bàsica que tenim tots els professionals. Per tant entrem en aquesta dimensió tan complexa en la qual hem d'actuar en diferents fases del trastorn, diferents professionals, en diferents moments, amb diferents dispositius i diferents eines. La dificultat es centra en com articular tota una xarxa sense que els pacients o usuaris tinguin la sensació que van rebotant d'un costat a un altre, la qual cosa evidenciaria que no estem funcionant com un equip.

Entrant en el tema de la interdisciplinarietat, la primera qüestió seria aclarir en què consisteix realment la interdisciplinarietat. El primer que hem d'aclarir és que no és interdisciplinari el fet que en un equip hagi

persones de diferents disciplines, aquest seria un equip multidisciplinar on es tracta l'usuari mitjançant un servei en cadena, és a dir, derivant al pacient al psiquiatra, al treballador social, al psicòleg, etc., però no es produeix la trobada entre els professionals que és on realment els professionals estem obligats a modificar el nostre punt de vista i a reconèixer els nostres límits. Amb la perspectiva interdisciplinària es reconeix la importància d'assumir l'experiència d'altres professionals per abordar la nostra pròpia disciplina. Intentem amb això oferir una complementarietat en l'assistència al pacient i per això hem de saber d'altres disciplines però també hem de canviar en el sentit assenyalat.

No obstant això, tot això implica un esforç per al professional, perquè venim de l'àmbit basat en un model molt mèdic i jerarquitzat on el psiquiatra i el psicòleg diuen als altres professionals que han de fer sense respectar la seva formació o opinió. Aquesta actitud limita molt i produeix problemes a l'interior dels equips.

El tema anterior ens condueix a una altra qüestió: la importància del treball cooperatiu. En efecte, el que diferencia a un bon equip és el seu funcionament com a conjunt i no la qualitat individual dels seus professionals. Per tant, tan important com el coneixement de les nostres disciplines és el grau de coordinació i de consens pel que fa a l'actuació. De la mateixa manera, en un nivell superior de coordinació tenim ja no l'equip en concret sinó l'equip articulant-se amb altres dispositius en una mateixa xarxa. Per aconseguir que sigui una unitat realment funcional ha d'estar en un territori comú i ha de tenir un mateix objectiu, guiat pel consens i un enfocament multidimensional de les necessitats. Els equips haurien de ser conscients que aquestes necessitats només poden ser satisfetes mitjançant la col·laboració i per això és necessària la transformació de les disciplines fins a aconseguir una identitat d'equip.

El terme interdisciplinarietat fa referència a aquest model de treball i al mètode de treball que consisteix a posar en comú els coneixements que tenim. Allí on s'intercepten els sabers és on realment podem començar a funcionar d'altra manera.

Un altre tema clau és la coordinació d'intervencions. Contínuament ens anem trobant que a l'usuari se li donen missatges contradictoris a l'ingressar en la unitat d'aguts, en el centre de dia o en el centre de salut mental; pràcticament se li diu que el tractament que li estaven donant abans no corresponia al seu estat. Tot això ho tolerem els professionals, de vegades des d'una certa impotència o de vegades perquè no volem col·lidir amb altres companys. Si no hi ha una coordinació consensuada de tots aquests dispositius serà molt difícil que les coses funcionin bé.

Tot això és impossible de fer si no hi ha una coordinació d'àrea i si no s'ha treballat durant molt de temps en una mínima filosofia comuna entre tots aquests dispositius. Fixeu-vos que estic parlant en dos plànols: el plànol del propi equip, amb la multidisciplinarietat i, després, en la coordinació entre diferents equips.

Dintre de la dinàmica dels equips ens anem trobant també moltes lluites per mantenir l'estatus com a metges, psicòlegs, infermeres, etc. Crec que aquests conflictes es deuen al fet que quan ens formem com especialistes de cadascuna de les nostres disciplines se'ns haurien d'educar en aquests aspectes relacionats amb les dificultats que tenim com a persones ja que contínuament estan repercutint en l'àmbit professional.

En un sentit general podem afirmar que:

- És multidisciplinari, un grup de professionals amb diferents sabers amb una utilització paral·lela de diverses disciplines, sense que hi hagi relacions establertes entre elles.
- La interdisciplinarietat apunta a relacions d'intercanvis i de treball de les persones de les quals la formació professional és diferent per tal d'oferir una complementarietat suficient per tal d'assistir bé una població amb problemes múltiples o complexos.
- Es tracta d'una unitat funcional, prenent lloc en un territori comú, composta de diverses competències variades col·laborant en un mateix objectiu, que només l'equip pot assolir. Les decisions s'obtenen per

consens i les activitats es coordinen segons un enfocament multidimensional de les necessitats del pacient. L'equip és conscient que les necessitats del pacient no poden ser satisfetes més que per la col·laboració. Aquesta col·laboració necessita transformacions recíproques en cadascuna de les disciplines per tal d'augmentar la seva eficàcia i de permetre que una sinergia, una identitat i un estil s'instal·lin en l'equip. Per tant, els resultats són percebuts com sent els de l'equip i no els d'una disciplina particular limitada.

- Fa referència al mètode, al model de treball i a la aplicació dels coneixements i a la tècnica.
- Es "posar en comú", un tipus de "coneixement aplicat" produït en la intersecció dels sabers. Intercanvis possibles dels mètodes d'unes disciplines a altres.
- Obertura recíproca
- No es la suma de coneixements, no és el treball en cadena.
- Tenir clar els límits del saber de cadascú i respectar els camps de coneixements dels altres (no és fagocitosi).
- **Coordinació d'intervencions**, per tal de no produir interferències, duplicació, derivacions a la "deriva" sense assumir l'atenció global.
- No cal pertànyer a un mateix equip o administració, sempre que hi hagi un intercanvi horitzontal dels sabers sense imposicions d'una disciplina per altra.

Un treball així concebut permet que es racionalitzin i utilitzin eficaçment els recursos, sense que hi hagi duplicació de serveis i professionals, repetició d'actuacions, derivacions sense continuïtat. Ha d'haver-hi corresponsabilitat assumida, l'usuari ha de saber a qui recórrer i qui porta la direcció de l'atenció, sense solapament d'actuacions, o "rebot" de pacients de servei en servei.

Podem assegurar, per tant, que el treball interdisciplinari és necessari perquè un individu sol serà incapaç d'aconseguir una visió de conjunt del problema sense l'aportació de les altres disciplines. Amb el treball individual, successiu o paral·lel de diversos interventors no n'hi haurà prou. L'equip de treball interdisciplinari treballa per establir un punt de vista global coherent i compartit pel conjunt dels interventors. Sense allò, cada interventor arrisca a fer una avaluació incompleta, un pla de tractament en oposició del que poden fer d'altres membres de l'equip. Amenaça crear la confusió en la persona que ajuda, de sabotejar els esforços dels altres o de desapropiar molt d'energia aplicant solucions ja intentades sense èxit. Quan més interventors hi ha implicats, més augmenta la importància de la coordinació.

No obstant això, segons l'anàlisi que feien l'Associació Catalana de Professionals de la Salut Mental a Catalunya, tenim "Un sistema de serveis escàs, fragmentat i descoordinació que genera ineficàcies i duplicitats. Sense coordinadors d'àrea ni autoritat, sense consens ni comunicació entre els equips (hospital i comunitari, adults i infantil, sanitari i social, etc.)".

Però què és el que posa el treball interdisciplinari tan difícil? Doncs bàsicament que els interventors psicosocials són de vegades obligats a treballar amb col·legues desconeguts, imposats i molt diferents d'ells. Aquest es un primer factor de dificultat, tot i que no es insalvable. Un altre factor té a veure amb la formació i amb que cada interventor té la seva identitat professional, que determina visions diferents segons la professió, segons el context de la institució en general i segons el seu lloc específic. Cadascun té una idea pròpia en quant a les necessitats reals del client, a la prioritat d'intervenció, al ritme d'acció, a la responsabilització, al lideratge, en el procés de presa de decisió en equip i en l'autonomia professional.

Un tercer factor té a veure amb que cal explicar a massa gent en massa poc temps i sense tenir en consideració la gravetat i la prioritat del cas. Com professionals necessitem tenir molta tranquil·litat i molt ordre i això ho han d'entendre els responsables de l'equip i els gestors, però sobretot els qui estan per sobre de nosaltres i que no vénen de salut mental, aquestes persones només entenen de nombres. Penso que hauria de ser obligatori que els gerents de les institucions fossin experts en salut pública, no entenc com poden ser gerents economistes que només tenen la visió d'empresa. Això és el que ha passat a Catalunya de forma claríssima perquè el model es centra en l'aspecte econòmic que, encara que és important, no emfatitza a crear

salut pública.

En general, els elements que dificulten el somni de la interdisciplinarietat són:

- Els objectius són mal o poc definits.
- Rivalitats professionals.
- No tenir prou en compte la visió dels usuaris i familiars.
- Diferències dirigides per conflictes de valors, lluites d'estatus, divergències d'opinions, prejudicis, objectius incompatibles, lluites de poder, conflictes de necessitats, malentesos procedents dels estils relacionals, una repartició inequitable del feix de la tasca, conflictes sobre la filosofia d'intervenció.
- Lideratge, manca d'implicació, individualisme.

Per acabar, alguns dels factors que poden facilitar el tema de la interdisciplinarietat:

- Territorialització amb coordinació.
- Directrius unificades i filosofia d'intervenció consensuada.
- Lideratge i sistematització dels plans terapèutics i responsabilitats definides.
- Formació en interdisciplinarietat
- Espais de reflexió.
- Espais de coordinació i de treball en xarxa.

Taula rodona

Presentació

Anna Miñarro

psicòloga-psicoanalista

Hace seis años que ésta asociación intenta transformar los recursos de salud mental en recursos comunitarios. Desde el primer momento el deseo se enfocó a cómo desde los familiares se podría intervenir en esta transformación. Hemos de transformar todo lo que son recursos separados en recursos realmente comunitarios.

Esta asociación y su tenacidad continuada colabora y contribuye para conseguir lo que muchos de nosotros queremos: que la salud mental se convierta en un recurso necesario. Lo que pasa es que esto no se consigue de cualquier manera, se consigue si poco a poco se puede encontrar un cambio de mentalidad, un cambio de pensamiento en el usuario, de los profesionales y, sobre todo, en la forma de trabajar. Es por eso que estas jornadas contribuyen como espacio de reflexión y donde todos juntos podemos pensar lo que queremos.

Sabemos que es necesario ampliar la red de recursos, pero es necesario ampliarla en salud mental, en servicios sociales y en el conjunto de la comunidad. Pero, lo más importante, es movilizar los recursos ya existentes desde los familiares y desde los profesionales. Los profesionales dependemos de los políticos y los presupuestos pero no podemos decir que dependemos exclusivamente de los otros. Los profesionales estamos implicados porque en definitiva es nuestra labor, hemos decidido y deseado trabajar en éste campo, de manera que nosotros también nos consideremos como un tipo de recurso.

Llegar a atender, entonces, a pacientes severos en espacios y recursos comunitarios es el objetivo. Pero ¿qué quiere decir comunitarios? Comunitarios quiere decir realmente flexibles y, como ya se ha dicho en otras ocasiones, adecuados al espacio. Por ejemplo, es evidente que los recursos comunitarios que se requieren en Nou Barris pueden ser diferentes a los recursos comunitarios que se necesitan en Sabadell. Lo que se necesita por tanto es que los recursos sean flexibles para adaptarse a la realidad.

Para hacerlo, es necesario tener objetivos y hacer transformaciones continuadas, también desde los profesionales. Para que éstas transformaciones salgan adelante es necesario un proyecto claro, ya que sin proyecto los profesionales no podemos trabajar. Es necesario cambiar la relación entre los usuarios y los profesionales. Es necesario mejorar aspectos técnicos pero, sobre todo, es indispensable vincular de forma adecuada los servicios de salud mental a la red y al contexto social. Es por esto y no por otra cosa que cuando se organizaron estas Jornadas invitamos al doctor Claudi Camps. El doctor Camps es psiquiatra, director de la red de salud y drogo-dependencias de las comarcas gerundenses desde el 2003. Antes había coordinado otros dispositivos como el CESMA y del centro de día. El Dr. Camps fue coordinador del Grupo de Trastorno Mental Severo del plan director de salud mental, ha participado en muchas publicaciones y documentos técnicos de rehabilitación psico-social y, en Girona, ha sido uno de los impulsores del despliegue de programas y dispositivos para hacer desaparecer definitivamente la larga estancia psiquiátrica.

Pensar el trabajo con flexibilidad y rigor como están haciendo en este momento en las comarcas gerundenses nos interesa, por esto lo hemos invitado y porque pensamos que nos puede ayudar al debate que se propone.

Cecilia Lewintal
Metgessa-psicoanalista

En la actualidad estamos atravesando por un momento contradictorio entre la ciencia y la vida, entre las disciplinas y las personas, por un lado vivimos una época de ilusión científica pero por otro las personas no se ven correspondidas en sus expectativas. Existe una falta de adecuación entre las necesidades de la población y la asistencia que genera un divorcio entre la sanidad -afectada por un cambio social sin precedentes en lo que respecta al aumento del sufrimiento psico-social- y las soluciones que, por lo general, están alejadas de los problemas de la gente.

Este desencuentro crea un malestar y un abismo entre lo que sabemos y lo que necesitamos saber, o sea, entre nuestra formación y nuestra práctica. Nuestros saberes resultan caducos, no por anticuados, sino por inadecuados. Por supuesto que esto no es el fin del mundo, y es que no existe una sola forma de entender los problemas, lo que hace falta es un cambio en el modelo del pensamiento, lo cual nos ubica de pleno en el tema: la interdisciplinariedad.

La interdisciplinariedad viene a ocupar ese lugar vacante en el tránsito de un saber único de las disciplinas al saber gestionar los problemas de una forma plural, participativa y sostenible. ¿Pero de qué hablamos cuando tratamos de interdisciplinariedad?, ¿es lo mismo que la pluridisciplina?, ¿es igual que una interconsulta?, ¿es una teoría?, ¿es una nueva disciplina?, ¿de dónde nace, es una solución para nuestros problemas? Estas son las preguntas que intento compartir hoy con ustedes.

Lo que sabemos está a distancia de nuestras necesidades y de nuestros problemas. El saber y el hacer, que son herramientas de nuestro trabajo, están en crisis entre sí, por el desajuste que hay entre nuestra formación basada en unas disciplinas básicas como son la medicina y la psicología y nuestra práctica. El conocimiento que tenemos resulta inadecuado para lo que necesitamos, es una respuesta insuficiente para el tratamiento de las enfermedades con un elevado costo emocional como son las enfermedades crónicas, las curas paliativas, la vejez, el *mobbing*, la anorexia y un largo etcétera.

Lo que sabemos no encaja con la realidad pero, ¿de qué realidad estamos hablando? El conocimiento no es un espejo de esa realidad, no nos sirve para decir cómo es la realidad con un enfoque objetivista que pretende hacerse pasar por la verdad. El conocimiento es reductor de entrada, porque es desobjetivante y es que no existe forma alguna de separar a la persona de aquello que le pasa, no podemos procrear la realidad a nuestro

antojo, son las disciplinas y sus prácticas las que la trocean reduciendo lo complejo a lo simple, o sea, simplificando en las clásicas divisiones: sano-enfermo, cuerpo-mente, enfermedad-enfermo. Lo que se hace en últimas es justamente tomar la parte por el todo, centrándose en la enfermedad pero olvidando al enfermo.

Por ello nos podemos preguntar en cuántos trozos podrá el objetivismo científico descomponer a esta persona que antes tenía un psiquismo, una historia y un entorno. Todo ello no es una crítica, sería caer en otro idealismo, pero sí intenta recoger como dice Palmade "un espíritu de protesta contra saber en píldoras que implican un planteo estrecho de la realidad". Éste es el cambio de modelo que se propone: de la simplificación a la complejidad. La realidad de los problemas es compleja, los problemas a los que nos tenemos que enfrentar no son simples y están insertados en situaciones dificultosas, por ello debemos tomar la salud, la enfermedad y la cura como un proceso en que no sólo puede definirse por la singularidad si no también por la complejidad, y esta complejidad es la de la práctica.

La gestión de la complejidad es la gestión de los problemas que son demasiado complejos para ser resueltos por una sola disciplina, por una profesión o por una persona. Por ello podemos decir que la interdisciplina nace de la incontrollable indisciplina de los problemas que nos afectan actualmente y que se nos presentan de la dificultad de encasillarlos en una sola disciplina. Interdisciplina y complejidad son dos conceptos solidarios, se necesitan el uno al otro y se basan el uno en el otro.

Pero más que una teoría, la interdisciplina es un posicionamiento, una actitud que lleva en sí misma la pretensión de poseer la verdad, lo que obliga al reconocimiento de la incomplitud de las disciplinas. Todo ello era catalogado antes como un error, ahora se ve menos idealista y más realista.

La gestión de los problemas sólo puede ser abordada de una manera plural, participativa, factible y por tanto sostenible. El trabajo de gestión no es una solución en sí misma, es una oportunidad, es la oportunidad para enfrentarse a los problemas y es participativo porque se debe tener la capacidad de asumir la responsabilidad de implicación en las decisiones. La gestión plural implica ceder el poder y renunciar a las jerarquías teniendo en cuenta a los otros al mismo nivel.

Para finalizar esta idea diré que antes de buscar la solución hay que ponerse de acuerdo en cual es el problema, esto es lo que nos acerca a los distintos profesionales, esa es la verdadera interdisciplinariedad.

Daré paso, muy brevemente, al relato de una experiencia de la atención primaria que ilustra este campo abierto de nuevas posibilidades y soluciones, sin pretender ser un modelo ideal.

El embarazo en la adolescencia fue una experiencia que hicimos hace unos años en un CAP de primaria en la zona del Ponent. El equipo estaba formado por tres ginecólogas, cinco comadronas, una enfermera psiquiátrica y yo, que actuaba de médico psicoanalista. El tipo de asistencia era fundamentalmente la revisión ginecológica, el trabajo de educación maternal (que era grupal) y, luego, ampliamos al trabajo de enfermería pediátrica en época de lactancia, visitas a la maternidad y trabajo en domicilio. Siempre que podíamos intentábamos involucrar a la familia o al compañero a estar en el parto.

El punto de partida fue reconocer un problema que no había sido identificado hasta ese momento: el 10% de la consulta ginecológica eran adolescentes, algunas de ellas púberes, es decir, catorce o quince años. Se quedó entonces una necesidad sanitaria, la de acogerlas de una forma específica. La puesta en marcha de este proyecto consistió en recoger el desafío de que por estar embarazadas la partida no estaba perdida de entrada, cosa que ellas y la familia así lo creían. Por otra parte para nosotras el problema no se acababa en la sala de partos. Era otra manera de entender lo que podíamos hacer para lo cual teníamos que ponernos de acuerdo, la plataforma común, en cuáles eran las necesidades y las prioridades.

Aunque existe la idea de vincular la adolescencia y la prematuridad nuestro objetivo no solamente era un

objetivo médico. Intentamos no medicalizar, no incrementar los controles técnicos sino acompañar y tranquilizar, sin patologizar, para dar un sentido más integral a nuestra intervención y ampliar así el concepto de asistencia.

Lo que más trabajábamos era la situación en sí misma tanto en la consulta de ginecología como en los grupos de educación maternal. Trabajamos fundamentalmente los vínculos porque éstos contribuían a disminuir el aislamiento y crear lazos constructivos. Los vínculos eran los que sostenía nuestro trabajo y le daban un sentido en sí mismo.

Para concluir quería hacer dos comentarios. El primero es que si bien existe una mayor aceptación de la interdisciplinariedad, en la atención primaria se queda en el discurso, no se ve acompañado de una mayor concreción en los hechos. Primaria no solamente es la puerta de entrada para sufrimiento, al que muchas veces se lo deja pasar porque se le busca exclusivamente la patología, sino que también tendría que ser el punto de articulación y de integración con otras instituciones. El segundo comentario reivindica que la voluntad de imponer no es eficiente, para que un equipo funcione no necesita obedecer y cumplir con el programa si no que lo que necesita es capacidad de elaboración y creación. No hay creación sin libertad, es la acción la que nos hace libres, por eso creo que actos como los de hoy ponen justamente en acción la interdisciplinariedad.

Gemma Cardo
Infermera psiquiàtrica

La xarxa de salut mental és una sèrie de recursos que estan coordinats entre ells intentant que no hagi pèrdua de pacients. Si bé molts dels recursos estan per atendre situacions concretes, hi ha altres que són més longitudinals com és el cas del CCM de l'hospital del dia. Jo els parlaré de l'hospital del dia des de la meua posició d'infermera.

L'hospital de dia és un espai ambulatori dintre la xarxa de salut mental en el que el temps d'estada és limitat i definit des del començament del tractament. Les persones que ho utilitzen estan diagnosticades amb trastorn mental i no poden fer la seva vida en un entorn habitual. Les altres persones que participem en l'hospital del dia som professionals diversos amb formació diversificada i que intentem, amb una dinàmica de treball interdisciplinari, entendre una mica més la situació. Es podria dir, per tant, que l'hospital de dia és un lloc de relació integrat per persones amb diferents funcions on cadascú participa segons la seva perspectiva.

L'equip esta format per psiquiatres, psicòlegs i infermeres. Es treballa tant a nivell psicofarmacològic com psicoterapèutic. L'enriquidor de treball en equip és la reflexió conjunta que poden fer els diferents professionals sobre el pacient, perquè cadascun dels professionals veu coses diferents de la mateixa persona. El fet de posar en comú i reflexionar ajuda a entendre una mica millor la complexitat de la situació que presenten els pacients i les famílies.

Com a infermera de l'hospital de dia, centro la meua tasca en les activitats de la vida quotidiana que a la persona li fan falta per poder obtenir el grau d'autonomia que necessita o desitja. Això influeix també en el grau d'autonomia que les famílies d'aquestes persones poden aconseguir o poden desitjar. El meu treball consisteix, per tant, a ajudar al pacient i a la família a trobar les capacitats i a utilitzar els seus recursos de manera que els permeti assumir les seves responsabilitats i autonomia. L'objectiu de l'autonomia possible i desitjable ens ho plantejem tots els professionals i els pacients. A continuació intentaré explicar les coses que fem en una sessió per a assolir aquest objectiu.

El treball que fem des d'infermeria és grupal aprofitant tot el que té de terapèutic les dinàmiques grupals. Si

dic que el fet de participar en un grup afavoreix les relacions socials és perquè tots sabem que una de les dificultats que pateixen els nostres pacients és justament la dificultat de relacionar-se. El fet d'afavorir un entorn en el qual es senten com iguals i protegits per una institució, fa que les relacions siguin més fàcils. El treball en grup facilita també la contenció de la simptomatologia i les conductes perquè quan entrem en relació els uns amb els altres modulem les nostres actuacions. L'entorn afavoreix el respecte mutu i la tolerància, també afavoreix l'aprenentatge pel fet de contrastar amb els altres les coses que fan. En general podem dir que la persona que participa confronta, qüestiona, vàlida i es recompon.

Tot això ho fem a través d'activitats com per exemple el taller de manualitats. El fet de fer una manualitat en grup representa, per exemple, aportar idees, posar-se d'acord amb els altres, seleccionar els materials i valorar contínuament la situació arribant a acords per a engegar la manualitat. Aquest taller de manualitats permet treballar des del grup diferents aspectes del pacient i al pacient li permet arribar a certs objectius. El mateix succeeix amb els jocs de taula i les altres activitats. Aquestes activitats pretenen ser molt àmplies perquè la persona pugui trobar tant moments de diversió com d'esforç i dificultat.

La persona no és un bloc monolític sinó que té maneres de comportar-se, de mostrar-se, de manifestar-se dependent de l'entorn, del dia, del moment i de les influències externes. En funció d'això, l'hospital de dia tampoc pot ser un lloc monolític amb una sola resposta, sinó que també ha de comptar amb diferents espais que permetin diferents maneres de relacionar-se i d'aprendre. Si considerem que les característiques de les persones poden ser modelables per les seves relacions amb els altres com amb ella mateixa, aquestes pautes d'interacció passen a ser l'objecte principal del nostre treball: les relacions i pautes de comportament familiar són part important en el tractament de la persona que participa en l'hospital de dia.

Si ens detenim a reflexionar sobre el que passa quan ens relacionem amb la família o els veïns o companys de treball, segur que ens adonarem que en un moment o un altre hem passat per etapes de dificultat. No hi ha dubte que les relacions ofereixen certa complexitat però, d'altra banda, tots com a humans tenim la necessitat de interrelacionar-nos, sobretot en moments de dificultat. Relacionar-nos ens permet reconèixer-nos, ser reconeguts, arribar a acords, entendre'ns, ampliar coneixement. En cada relació és evident que cadascú té un rol específic: en la família no és el mateix el pare que la mare o el fill, en l'equip interdisciplinari no és el mateix el psiquiatra, el psicòleg, la infermera, els pacients, cadascú s'implica en la relació d'una manera diferent i cadascú aporta la realitat vista d'una manera diferent. És entre tots que pot ser que puguem reconstruir una part que pretenem que sigui el més àmplia i completa possible.

Viure la vida és un repte que tots tenim, la complexitat forma part de la vida diària. A pesar d'aquesta complexitat les persones necessitem relacionar-nos per a reconèixer i ser reconeguts i, sobretot, per a sentir-nos reconeguts com persones.

Joan Andreu Bajet

Psicòleg clinicopsicoanalista

Jo us parlaré de com és la condició perquè el treball multidisciplinari es doni. En aquest sentit penso que hi ha, per una banda, una condició de tipus tècnic però també hi ha una condició fonamental que és de l'ordre de la representativitat i que pot interessar molt més a aquesta associació de familiars. Un equip multidisciplinari per molt capaç que sigui des del punt de vista tècnic no pot fer gens si del costat del subjecte d'atenció no hi ha una representació potent, és a dir, quan ens trobem amb un malalt mental que està en situació d'alienació ell no pot representar-se com subjecte davant de la societat, no pot gestionar els seus propis interessos i necessita una persona que el representi.

Aquesta possibilitat de representar-se és la que permet que es pugui donar un treball tècnic. He vist, des dels

serveis socials, fins a 22 persones intentant coordinar-se tant des del punt de vista polític com del tècnic i el resultat ser un zero. No és possible un treball tècnic sobre algú que no té representació. D'aquí la importància que l'associació de familiars representi allò que diu representar. Penseu en la importància política dels quals porteu entre mans.

Us heu de ficar al cap que heu de sentir-vos forts, legítimats i sense complexos (tal com ho han fet altres moviments socials: dones, gais, etc.) per a lluitar pels vostres drets sense paternalismes, aquesta és la vostra aportació. El pitjor que els pot passar als tècnics és que es trobin amb algú que no té representació, perquè a qui es dirigeixen? En la mesura que la xarxa de serveis socials d'atenció primària està més especialitzada s'atén sobretot als desemparats, és a dir, a la infància i als adults que no té representació. La paradoxa està en dir-li a una persona que no té representació que acudeixi a salut mental perquè l'atengui un psiquiatra que per endavant sap que aquell malalt no complirà amb cap de les seves recomanacions. Aquesta situació és dura per al professional i angouxa molt als treballadors de la salut mental en general.

Part de treball que fa l'atenció primària i els serveis socials és acompanyar a molta gent perquè puguin anar als centres d'atenció primària o centres de salut mental. El que vull dir és que l'important en el vostre treball com familiars dels malalts mentals és ser forts i acceptar que el poder del pacient s'ha de confrontar amb el poder dels tècnics, perquè qui no té poder no pot ajudar. Poder i existència humana va junts i qui renúncia al poder inherent a la seva pròpia existència s'aliena. Vosaltres heu de ser conscients de l'immens poder que us atorga la capacitat de representar aquells a qui estimeu.

El poder no és, per tant, per a rivalitzar i competir, és un poder encaminat a dialogar per a arribar a acords perquè els interessos del malalt mental o del seu representant gairebé sempre són diferents als interessos dels tècnics. El poder ha d'estar al servei del diàleg entre qui representa al malalt i el tècnic. D'altra banda, el fet que els interessos siguin diferents no vol dir que siguin divergents doncs tant els tècnics han de treballar bé com el malalt mental ha de voler posar-se bé. De vegades els tècnics treballen i fan molts esforços per a persones que no volen posar-se bé, això s'ha de tenir present.

La condició que el malalt mental tingui representació és tan important que penso que produeix una disfunció intentar tractar algú que està desemparat. De vegades em pregunto què fa un professional intentant proposar un tractament algú que està desemparat?, això no s'entén. El subjecte desemparat només pot ser tractat, a la meua manera de veure, en urgències i per la beneficència.

El primer diagnòstic que ha de fer un tècnic abans de qualsevol altra cosa és identificar un subjecte desemparat. No obstant això, quan un tècnic ha d'atendre un ciutadà que no té representació la tendència és rebutjar-lo. El tècnic no pot sostenir aquesta situació perquè acabaria emportant-se el pacient a casa, i s'ha de protegir d'això. Per tant un tècnic necessita que el malalt mental no estigui desemparat i que qui el representa gestioni bé aquesta representació.

Per a acabar assenyalaré que de la manera que una societat tracta la malaltia mental és un indicador de la democràcia. Si una democràcia és sana, és forta i no és perversa, saben tractar a les persones que tenen dificultat en salut mental. Per a mi això és un indicador de la salut de la democràcia i vosaltres teniu molt a dir.

Núria Martínez

Gerent fundació privada DRISSA

A diferència de les persones que m'han antecedit la meua visió no és mèdica, sinó que és la visió d'una gerent que intenta treure endavant una empresa en la qual un 75% dels treballadors són persones amb trastorn mental sever. El nostre objectiu laboral consisteix, per tant, a desenvolupar una sèrie de serveis i procurar que

les persones mantinguin els seus llocs de treball.

La fundació DRISSA és una entitat sense ànim de lucre que va néixer de la mà de l'empresa pública que a Girona gestiona tot el tema de la salut mental. DRISSA sorgeix per la constatació de la xarxa de salut mental de la manca d'iniciatives laborals per a donar treball a persones amb problemes mentals, no només en el mercat laboral ordinari sinó en centres especials que en un començament estaven destinats a col·lectius amb disminució psíquica o altres problemes però que ara rebutgen la seva contractació.

L'objectiu prioritari que marquen els estatuts de la fundació és la millora de la qualitat de vida de la persones amb trastorn mental sever. Concretament, es marquen dos eixos d'aquest treball que vénen basats per aquestes necessitats que han estat detectades: el primer eix és el treball i el segon l'habitatge.

En relació amb el treball, considerat com a prioritari des de la nostra creació com fundació, tenim 50 persones amb trastorn mental sever que treballen per a nosaltres dividides en diferents brigades i que realitzen les tasques de jardineria, pintura, neteja i horticultura ecològica. Amb aquest últim projecte vam intentar no solament ser productors sinó també distribuïdors i comercialitzadors en les nostres comarques.

Per a intentar impulsar tot aquest àmbit laboral tenim l'únic servei prelaboral que existeix en les comarques gironines mitjançant el qual fem formació ocupacional, tenim borsa de treball, intentem fer inserció laboral ordinària i, en general, implementem tot una sèrie de serveis que vénen a suportar aquell eix de treball.

Fa molt poc, d'altra banda, hem començat a treballar en el tema de l'habitatge que de no ser pels canvis de govern hauríem obert al juny, no obstant això esperem obrir-lo a la fi de novembre. Tenim una sèrie de pisos de suport que estaran situats en la ciutat de Girona amb la idea d'ajudar al manteniment en el seu lloc de treball d'unes persones que tenen moltes dificultats d'habitatge. És evident que si una persona no sap on dormir és difícil que l'endemà pugui anar a treballar. En aquest sentit, la realitat ens ha dut a obrir aquest altre servei que ja estava previst en el seu moment però que havíem deixat de banda per les urgències de buscar clients i treballs per als nostres usuaris.

La filosofia del nostre projecte, per a dir-lo d'alguna manera, és canviant, perquè la realitat ens ha demostrat que no sempre les coses funcionen i hem de mirar cap a enrere per a aprendre dels errors. Amb tota humilitat hem d'admetre que ens basem en el mètode d'error-causa-anàlisi per a intentar establir uns punts que donin coherència a les nostres actuacions. El primer d'aquests punts és el valor que té el treball a nivell terapèutic en la millora de l'autoestima, com mecanisme per a assumir responsabilitats i per a sentir-se igual que els altres. El treball també té un valor instrumental per a lluitar contra l'estigmatització d'aquest col·lectiu. En aquest sentit, quan hem aconseguit un client perquè ha assolit rebaixar el seu prejudici contra el col·lectiu, aquest client és la millor arma per a demostrar que aquestes persones poden fer-ho bé i d'aquesta manera poder aconseguir altres clients potencials. Pensem que encara que les campanyes fetes en contra de la discriminació són bones, el més efectiu és el cara a cara amb les persones que no coneixen aquesta realitat.

Un altre punt que considerem bàsic és el tema de la interdisciplina. Nosaltres ens hem basat en dos fets molt importants: hem d'establir complicitat amb els familiars i hem d'establir complicitat amb els professionals. A Girona tenim la sort que l'associació salut i família ens ha donat suport absolut, ens ha servit com a enllaç amb la família i fins i tot ens ha ajudat a detectar errades i dificultats. Crec que en aquest sentit la relació de la fundació amb els familiars funciona bastant bé.

Respecte a la relació amb els professionals desafortunadament no ha estat el mateix, això no vol dir que no hagi professionals que ens donin suport i ens ajudin. Pot ser que per l'evolució que ha fet la psiquiatria ens trobem amb moltes diferències i dificultats de desautorització en la nostra tasca, és el cas dels psiquiatres que recomanen al pacient que vagin a la fundació per a trobar treball d'una hora a la setmana, sense considerar la dificultat que implica trobar en l'actual mercat laboral un client que vulgui una persona per només una hora a

la setmana. De tota manera penso que ha estat també culpa nostra perquè a l'intentar ser molt competitius hem deixat de banda el diàleg amb el professional per a exposar-li les nostres necessitats. Òbviament, la nostra estratègia ha variat en aquest sentit i és així com fa poc l'entitat DRISSA va participar en una junta assistencial per a buscar acords amb els diferents caps dels centres de salut mental.

Un altre camp molt important és l'acceptació i la motivació de la persona. La nostra experiència ens ha demostrat que de vegades la malaltia mental s'usa com element incapacitador però és que si una persona no està motivada per a treballar doncs no treballarà, encara que el professional ho consideri necessari. En el nostre cas, vam considerar molt important la motivació que pugui tenir la persona per a iniciar aquest procés que serà un procés molt important de canvis. El malalt ha d'estar disposat a fer-se responsable de les obligacions i dels drets que el treball comporta.

Finalment, un altre criteri a nivell productiu es procurar treballar amb qualitat, per tant hem certificat tots els nostres serveis amb la ISO, d'aquí a poc començarem a treballar amb el tema mediambiental, tenim qualificats els nostres serveis assistencials productius encara que no hagi una normativa i l'administració no sàpiga què li estem demanant. També estem treballant amb el certificat de transparència que atorga la Fundació Lleialtat en el sentit que entenem que a vegades aquestes teories de fundació en la societat són vistes com subterfugis econòmics.

Per concloure assenyalaré que en aquests últims anys hem contractat a 76 persones amb trastorn mental sever de les quals tenim actualment 50, de les restants 26, 13 han abandonat per qüestions malaltia i de les altres 13 tenim sis que s'han incorporat al mercat laboral ordinari, un s'ha jubilat, una altra que ha decidit no treballar i s'ha passat al nostre servei prelaboral i dos les hem hagut d'acomiarar . Respecte als professionals, hem creat un espai per a 60 professionals, en l'actualitat tenim 20, la majoria s'han donat de baixa ja què, no trobem professionals adequats per a mantenir un equilibri entre l'àrea assistencial i l'àrea productiva. En general aquest és el resum la nostra experiència.

Estel Salomó

Educadora social i Psicòloga

A mi em correspon parlar des de la perspectiva de l'educador o l'educadora com acompanyant del procés que segueix una persona amb diagnòstic de trastorn mental sever en la xarxa de salut mental. Exposaré des de la meva experiència en el marc del programa PSI i en concret qui el representa, el CPI.

A diferència d'altres professionals, nosaltres ens movem en un marc totalment diferenciat i contrastat, és a dir, mentre que per als altres els recursos estan en una ubicació molt concreta, nosaltres ens movem al carrer; mentre que el mitjà és tancat per als altres en l'espai, nosaltres ens movem en recursos més oberts; mentre els altres tenen muntat un despatx, nosaltres tenim diferents settings (casa, bar, plaça, etc.); mentre els altres professionals disposen d'un temps breu en un període més o menys curt, nosaltres disposem de visites setmanals; mentre els altres veuen a la persona en un moment determinat, nosaltres podem fer un seguiment transversal al llarg dels recursos i en el procés. I així podríem seguir amb un llarg llistat de diferències però això solament serveix com a introducció.

L'any passat en les jornades que vam fer sobre el PSI en el Fòrum, els professionals que estem en els programes vam tenir l'oportunitat de reflexionar sobre la nostra tasca analitzant els punts febles, els punts forts i les perspectives de futur del nostre programa. Vam poder realitzar un treball de posada en comú i vam constatar que com punts forts apareixen tots aquells que tenen a veure amb la relació amb la persona afectada de trastorn mental sever. El nostre treball es basa principalment en la relació i el vincle que es pugui establir amb el malalt. A partir d'aquí i amb l'escolta activa que podem fer sobre la motivació, el moment en el qual es troba, les seves necessitats i les capacitats, fem un mapa per a demostrar les diferents possibilitats que es pot tenir en compte per a continuar endavant en el seu procés vital.

Com punts febles van aparèixer diferents àrees i la que va resultar més important era justament el treball en la xarxa. Com CPIs ens convertim en observadors privilegiats ja que en l'acompanyament també fem un seguiment dels diferents recursos i ens adonem de les dificultats i la falta de consens en la continuïtat assistencial. Constatem així, que en el treball en serveis i amb els professionals hi ha una escassa promoció de la responsabilitat de l'usuari en la construcció del seu projecte terapèutic, que l'atenció va més dirigida al dèficit que a la promoció de les capacitats, que l'atenció transversal està en funció de la simptomatologia clínica i poc en la psicosocial i que l'atenció està més centrada en l'estructura del servei i menys en el procés de l'usuari.

Així, ens trobem una atenció fragmentada, poc consens en les indicacions terapèutiques, una poca atenció al coneixement integral i longitudinal del CPI versus l'usuari i la seva família, i que els circuits tendeixen a ser excloents dels usuaris que no encaixen dintre dels itineraris que considerem òptims. Això es completa amb unes dificultats de coordinació àgil, motivació i perspectives disperses, prendre decisions unilaterals, llistes d'espera i saturació permanent dels serveis (la ràtio de pacients per professional és excessiva). Finalment ens adonem d'una greu falta de recursos (especialment rehabilitadors i laborals) i una resposta molt variable amb els serveis externs en el que és el circuit de salut mental, un predomini del desconeixement de la patologia mental i de l'existència i la funció del PSI.

El panorama desglossat d'aquesta manera no es mostra gens encoratjador. S'ha de dir que encara que la realitat no ajudi en l'actualitat, aquesta és canviant i a mesura que el nostre programa té més recorregut anem veient canvis significatius, tant en els pacients com en les famílies i els diferents professionals i recursos que intervenen.

La persona passa per diferents moments al llarg del procés de la seva patologia i del seu cicle vital i en aquest recorregut es va trobant amb diferents professionals i diversos recursos. Difícilment podrà haver una transversalitat d'un professional en un recurs perquè l'atenció que se li demanarà serà puntual. No és el mateix un primer ingrés en una fase aguda, que una fase subaguda o en un recurs de rehabilitació.

La introducció de la figura del CPI possibilita aquesta transversalitat. Si bé és cert que majoritàriament coneixem a la persona en una fase aguda o en una fase més crítica o vulnerable, l'acompanyament es fa a partir d'aquest moment, és a dir, haurà un seguiment en un període llarg i en diferents moments.

Un factor dels citats anteriorment que considerem important és que ens desplacem al mitjà de la persona a la qual fem l'acompanyament, l'aproximació la fa el professional i no al contrari. Estem en un terreny on ni el professional ni el pacient dominen i si hi ha un domini, és el del pacient. En el seu mitjà el pacient es pot considerar més còmode i segur, mostrant-se més en una faceta de ciutadà que d'usuari d'un servei. De part nostra també hem d'anar amb compte i no ser intrusius dintre del quotidià d'aquella persona i la seva família.

Com he dit abans treballem des del vincle i la confiança, ens centrem en la relació, intentem ser mediadors i facilitadors. Nosaltres podem tenir una visió global de la xarxa, podem accedir i veure quins són els diferents elements que existeixen, tenim un mapa i sabem com moure'ns per ell, creem enllaços entre les diferents parts i l'única cosa que falta és posar-los a la disposició d'aquesta persona que acompanyem.

En l'escolta que fem de la persona, ens centrem en el que ens diu per prendre-ho com a punt d'inici del que vol fer. Partim dels fets positius, de l'aquí i de l'ara, dels interessos, de les capacitats, de les possibilitats i de les motivacions del malat.

La importància radica en no jutjar, acompanyem i no limitem. La persona hauria de poder decidir quin és el seu pla terapèutic ja que ell és el principal actor. Pot sorgir un contrast en la realitat respecte a l'ideal del pla traçat, això depèn del que la persona es senti capaç de realitzar en el dia a dia. Hem de poder facilitar que

s'adoni d'on i com arribar, per exemple, pot ser que vulgui un treball a jornada completa i acabi realitzant un curs prelaboral, però això forma part del procés. És la persona, per tant, la qual s'ha d'adonar on es troba, nosaltres ens podem considerar possibilitadors.

Una vegada la persona té clar a on vol anar entren en joc tots els elements del sistema necessaris per a poder facilitar aquella decisió, ens hem de coordinar amb els diferents professionals i els recursos.

Les expectatives varien d'un professional a un altre, cadascú diu i projecta en virtut de la seva formació, del recurs en el qual està i de l'experiència prèvia que hagi pogut tenir en el seguiment anterior que ha fet del pacient. Els diferents models dels quals parteixen, que no són teòrics, també influeixen: hi ha models profilàctics, és a dir que eviten recaigudes, el que impliquen l'immobilisme preventiu; hi ha models de "peus a terra" en els quals s'ha de deixar de somiar i veure les capacitats reals; el model de prevenció de riscos, que s'ha quedat més en la part assistencial; i així podríem seguir descrivint diferents models tants com professionals i recursos. Així, llavors, és necessari desconstruir per poder construir.

A pesar del que he dit fins ara, i què, podria ser considerat com a negatiu, creiem que l'única manera de treballar perquè hagi canvis en la millora de la qualitat de vida del pacient amb trastorn mental sever i on ell o ella es trobi satisfet del que fa en la seva quotidianitat, està en un treball integrat en la xarxa des de la interdisciplinarietat. S'ha de possibilitar la integració de tots els membres d'aquesta xarxa, rescatant els diferents punts de vista ja que són lectures diverses les quals configuren la realitat.

S'ha d'aconseguir un acompanyament transversal en el temps, tant del pacient com de la família, i s'hauria de facilitar que tant ell com ella puguin decidir el seu pla terapèutic. En aquest sentit, els recursos de la xarxa s'haurien de convertir en això, recursos, que possibilitin i serveixin, ja que disposen dels mitjans.