



COL·LEGI OFICIAL DE
DIPLOMATS EN TREBALL
SOCIAL I ASSISTENTS
SOCIALS DE CATALUNYA



MONOGRÀFIC 5 MANUAL DIAGNÒSTIC SOCIAL
NÚMERO

EN SALUT MENTAL

MANUAL DIAGNÒSTIC SOCIAL EN SALUT MENTAL

Data de publicació: Octubre de 2010

AUTORS:

Acosta Rodriguez, Nora
Aymerich Bolta, Elvira
Benages Nozal, Adam
Burillo Gil, Inma
Caba Calbet, Roser
Cue Piedra, Paz
Gonzalez Pi, Mireia

Herzog Portero, Susana
Martinez Fresneda, Laura
Martinez Herrerias, Jose F.
Mora del Pino, Montse
Olivas Flores, Adolfinia
Reina Olmo, Victoria
Serrano Aceña, Carmen

Aquest document ha estat elaborat pel Grup de Treballadors Socials de Salut Mental del Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya. El llarg període d'elaboració i les característiques de grup obert, ha donat peu a que no tots/es els/les companys/es s'hagin pogut involucrar de la mateixa manera.

És per això que **volem fer un agraïment a tots/es els/les companys/es que en algun moment han col·laborat directa o indirectament en l'elaboració del document.**

A tots/es moltes gràcies.

Índex

Presentació.....	3
Pròleg	5
Introducció	9
Pautes a tenir en compte	22
Manual Diagnòstic	23
Casos pràctics	45
Bibliografia	49
Annexes	53

Presentació

Us fem arribar a les vostres mans una nova publicació del Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya, en format de monogràfic: el Manual Diagnòstic Social en Salut Mental.

Darrera d'aquesta publicació hi ha el treball i l'esforç d'un grup de col·legiats i col·legiades que conformen el Grup de treball en Salut Mental del Col·legi, format per Nora Acosta, Elvira Aymerich, Adam Benages, Inma Burillo, Roser Caba, Paz Cue, Mireia Gonzalez, Susana Herzog, Laura Martinez, Jose F. Martinez, Montse Mora, Adolfin Olivas, Victoria Reina i Carmen Serrano. Des d'aquí els hi volem reconèixer i agrair la seva implicació i dedicació.

Un dels objectius del Col·legi és el de facilitar la transferència del coneixement de persones expertes en una determinada matèria, a partir de les seves reflexions i de la seva experiència en el dia a dia, a la resta de col·legiats i col·legiades de manera que tots tinguem l'oportunitat d'aprendre dels demés.

Sabem que el treball en la Salut Mental és difícil i sovint en tenim un gran desconeixement que no ens permet analitzar amb suficient claredat i serenitat aquest àmbit. Però també som conscients de la rellevància de fer front a les problemàtiques que pateixen les persones que tenen una malaltia mental així com tot el seu entorn més immediat (familiars, comunitat veïnal, recursos socials i sanitaris, professionals, etc). Però aquesta feina no es pot fer de manera aïllada sinó que s'ha de realitzar des de la coordinació i el treball en xarxa.

Des d'aquí ens sentim implicats i corresponsables en aportar el nostre gra de sorra que contribueixi a construir una societat més acollidora i tolerant, especialment cap a aquelles persones més vulnerables i que van quedant al marge del funcionament de la societat.

Tenim entre les mans una eina que pensem que pot ser molt útil per totes aquelles persones que estan treballant avui dia o que poden treballar en el futur amb persones amb malaltia mental. Esperem que us sigui agradable i us pugui facilitar la feina.

Així mateix aprofiteu aquesta ocasió per si teniu dubtes o comentaris, que ens els pugueu adreçar al Col·legi o bé directament al Grup de treball en Salut Mental.

Rebeu una cordial salutació tots els col·legiats i col·legiades.

Núria Carrera
Presidenta

Pròleg

M'és molt grat presentar aquest *Manual diagnòstic social en salut mental* realitzat pel grup de treball en salut mental del Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya. Considero que és d'especial rellevància aquesta iniciativa de redactar un document sobre diagnòstic que ben segur serà de gran vàlua pels treballadors socials en general i especialment per aquells que treballen en salut mental conjuntament amb altres disciplines afins.

En els orígens del treball social, el treball social en salut mental ha estat sempre una de les especialitats que han estat amatents a contribuir en les millores de les polítiques socials adreçades a les persones que pateixen trastorns mentals i les seves famílies. A la vegada, els treballadors socials que han treballat i treballen en els diversos dispositius de salut mental han tingut i tenen actualment un important paper en l'atenció directa a aquests ciutadans. És especialment en aquesta atenció a les persones i les seves famílies, que disposar d'un document que posi èmfasi en la necessitat de la realització de diagnòstics acurats és d'especial rellevància.

En el procés d'intervenció del treball social el diagnòstic, com ens diu Florence Hollis (1972)¹, es realitza a partir de formular-se la pregunta: Com pot ser ajudada aquesta persona? El seu objectiu és la formulació dels plans de tractament. Tot i així, s'ha de tenir en compte que el procés diagnòstic és dinàmic i que ha d'estar obert a ésser ampliat o modificat a mesura que s'estableix la relació assistencial amb la persona i/o família tot tenint en compte la seva pròpia implicació en la pròpia formulació d'aquest diagnòstic.

La consideració del diagnòstic en treball social, –tal i com ja s'esmenta en aquest mateix document–, parteix dels propis orígens de la disciplina ja que Mary Richmond, considerada una de les pioneres del treball social, ja va publicar el seu llibre *Social Diagnosis* l'any 1917. Segons aquesta autora, el diagnòstic és una responsabilitat essencial per un treballador social. El procés diagnòstic es va visualitzar ja aleshores com un procés ben estructurat en base al qual el treballador social recull una sèrie de dades

1. Florence Hollis, *Casework, a Psychosocial Therapy*, New York, Random House, 1972

sobre la persona com quina és la seva personalitat, la seva història i la seva situació social per arribar a una conclusió sobre quina és la naturalesa del problema i com s'hi pot intervenir. Per Richmond, el diagnòstic també estava considerat de gran vàlua per a la recerca en treball social ja que facilita la recopilació de dades per extraure un millor coneixement sobre les intervencions realitzades i l'impacte que aquestes han tingut en les persones ateses.

Per Perlman (1970)² el diagnòstic porta implícit la participació de l'usuari ja que aquest es fa per arribar a una proposta d'acció segons la qual es decideix *conjuntament amb la persona atesa* cap a on es vol arribar i de quina manera per millorar la situació que està provocant un malestar i/o patiment. Per Perlman el diagnòstic és un procés que implica la participació de les persones amb les quals s'està treballant.

En aquest document se'ns exposa també un breu però interessant recorregut sobre quina ha estat l'evolució de l'atenció en salut mental en el nostre país així com el treball social realitzat en aquest àmbit. En relació al diagnòstic, cal esmentar que els moviments crítics dels anys setanta sobre l'atenció psiquiàtrica emmarcats en el que es va anomenar l'antipsiquiatria qüestionaven la realització de diagnòstics ja que això implicava etiquetar a les persones i en conseqüència estigmatitzar-les. Molts treballadors socials de l'Estat Espanyol vàrem estar especialment compromesos amb aquest moviment crític que va contribuir a sacsejar el sistema i l'*statu quo* per iniciar una nova etapa en la que es considerés a la persona que pateix trastorns mentals com a mereixedora de la millor atenció i com a ciutadans els drets dels quals havien de vetllar-se de manera més acurada per part de tots els professionals de la salut mental i especialment entre ells, els treballadors socials.

El paradigma postmodern també es manifesta sovint en contra dels diagnòstics en treball social visualitzant-los com una rêmora del modernisme, vinculat al mètode científic i el model mèdic que es podria considerar superat. Aquesta visió crítica del diagnòstic també es manifesta en la pròpia

2 H.H. Perlman, "The problem-solving model in social casework, a R.W. Roberts i R.H. Nee (Eds.) *Theories of social casework*, Chicago, University of Chicago Press, 1970 pp. 129-180

etimologia de la paraula manifestant sovint que aquesta prové del model mèdic i que ha de ser evitada advocant en substitució d'aquesta, la paraula *avaluació*. Turner (2002) en el seu important llibre sobre diagnòstic en treball social destaca com de la mateixa manera que els treballadors socials ens sentim molt identificats amb la necessitat d'empoderar a les persones amb qui treballem, sovint ens sentim incòmodes en reconèixer l'ús terapèutic del poder del nostre coneixement per aconseguir les millores que desitgem tan ells com nosaltres mateixos³.

Tanmateix, sense perdre de vista aquest possible perill que els diagnòstics serveixin per "etiquetar" les persones, i que aquests puguin ésser utilitzats com element de poder, és important que els treballadors socials siguin competents en la realització de diagnòstics vetllant sempre que aquests siguin dinàmics i participatius. La realització de diagnòstics acurats forma part de la responsabilitat ètica dels professionals del treball social ja que un mal diagnòstic pot abocar també a un tractament incorrecte i en conseqüència una malpraxi professional. Aquest manual que teniu en les vostres mans facilita una sèrie de categories diagnòstiques per realitzar diagnòstics socials i col·labora en conseqüència a respondre a aquesta responsabilitat ètica i deontològica. Aquestes categories permeten ajudar a les persones a comprendre millor la naturalesa dels seus problemes i també conèixer quines són les seves capacitats.

Tot i que els autors i autores d'aquest manual en les seves categoritzacions en destaquen els aspectes enfocats més en els problemes per poder copsar i planificar objectius d'intervenció i pla de treball, també es diu en la seva presentació que el diagnòstic també ha de contemplar les potencialitats i habilitats de les persones i com aquestes s'impliquen i participen en el tractament social convertint-se aquest diagnòstic en un procés dinàmic i participatiu que contempla a tots els ciutadans amb qui es treballa de manera proactiva i potenciadora de capacitats evitant l'estigma que acompanya tot sovint a les persones que pateixen trastorns mentals. A la vegada aquest manual ofereix un clar suport per assegurar una contribució acurada d'una

3 Francis J. Turner, *Diagnosis in Social Work, New Imperatives*, Binghamton N.Y, The Haworth Press, Inc., 2002, p. 32

part del diagnòstic –el social– que ha d'acompanyar i ser visualitzat com una part imprescindible del diagnòstic i pla de tractament global que s'ha de realitzar conjuntament amb tot l'equip de salut mental.

Aquest Manual de diagnòstic en el treball social en conclusió, és un document realitzat des del coneixement de treballadors socials experimentats en salut mental que ben segur ofereix un suport important a ésser utilitzat tant pels treballadors socials que treballen directament en salut mental com a tots els professionals en general.

Josefina Fernández i Barrera

Barcelona, maig de 2010

Introducció

El **MOTIU** que ens ha portat a redactar un document que recull específicament els diagnòstics en salut mental, així com, el procés que ha seguit el grup de treball per tal d'arribar a l'elaboració final del document, ha estat el de fer un esforç per consensuar un document base per poder diagnosticar les realitats que presenten la població atesa des dels diversos serveis de la xarxa de salut mental de Catalunya.

El grup de treball el constituïm professionals de la salut mental que ens reunim mensualment a la seu del Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya, per tal de compartir les nostres inquietuds a l'entorn del nostre àmbit professional. Coincidint en un moment històric important de transformació de la sanitat pública i de les millores formatives en els estudis de treball social, ens ha despertat la voluntat i necessitat d'elaborar un document que fos un instrument de treball, una oportunitat d'apropar conceptes i unificar criteris per la millora de les pràctiques professionals.

Per entendre el procés que ens hi ha portat, cal recollir inicialment una recopilació cronològica dels moviments històrics relacionats i vinculats als canvis socials a partir de la primera dècada del segle passat .

Com a cronologia històrica tenim un recull en la revista de l'Associació Catalana de professionals de Salut Mental-AEN¹ d'Alfred Capella on s'especifica:

- En el període 1914-1923, la Mancomunitat de les quatre Diputacions pretenen una reforma de la salut mental millorant les condicions dels malalts, practicant la laboroteràpia, la hidroteràpia o l'electroteràpia.
- El 1931 s'aprova la Llei d'Assistència Psiquiàtrica, una avançada proposta de sectorització, per crear serveis oberts als dispensaris, formar el personal o controlar els internaments.

1 La reforma en salut mental a Catalunya: el model català. Informe elaborat per diferents professionals. Edició any 2000

- El 1936, Catalunya inicia un Pla d'Assistència Psiquiàtrica Comarcal i obre dispensaris a la comunitat, temps vist com a preludi de transformació psiquiàtrica, però estroncat per la guerra civil. És el temps de Mira i López, Tosquelles, Vives i Casajuana i tants altres.

Per tant, passarà temps per tornar a apreciar canvis en aquest sector i no serà fins finals dels anys 60, quan la Diputació promou la reducció dels internaments sanatorials i són els mateixos hospitals psiquiàtrics que intenten camins cap a la rehabilitació: Sanatori Pere Mata de Reus, l'Hospital Psiquiàtric de Salt (Girona), l'Institut Mental de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona) o l'Hospital Psiquiàtric de Sant Boi².

Serà en aquests anys '60 quan s'incorporaven les primeres treballadores socials a la Clínica Mental de Santa Coloma de Gramanet, depenent de la Diputació de Barcelona i al negociat dels serveis centrals de la Diputació que s'encarregava de coordinar els ingressos i també en el Preventori d'Urgències Psiquiàtriques de l'Ajuntament de Barcelona.

A mitjans de la dècada dels '70, s'impulsen a Catalunya projectes reformistes desde diferents àmbits. És així, i per iniciativa d'alguns professionals, que s'obriran els primers centres d'Higiene Mental, llocs pioners en salut mental. Són centres de caràcter comunitari, preventiu, que té molta validesa l'element psicoterapèutic i s'intenta realitzar la seva tasca a la mateixa comunitat. Amb aquesta intenció, alguns Hospitals Psiquiàtrics –Reus, Girona–, obren Dispensaris Comunitaris a diferents comarques amb una idea de sectorització; i amb incipients equips formats per psiquiatre i assistent social.

Aquest moment de canvi, apunta a un model de rehabilitació psico-social del malalt mental i apareix un nou concepte tècnic: "el projecte terapèutic". "Els pacients hospitalitzats milloren amb els tractaments i cal orientar la seva alta hospitalària per poder recuperar el rol social que el pacient tenia

2 M^a Teresa Aragonés, Elena Brisé, Xóse Fernandez y Elena López. Asistencia Psiquiàtica y salud mental en Cataluña . RTS N^o 81. Barcelona. Colegi Oficial de DTS y AS de Catalunya. 1981

abans d'ingressar: projecte vital, família, feina... Aquí el/la treballador/a social va tenir un paper important, sent el professional que, tot i treballar dins de la institució, feia d'enllaç, pont i interlocutor de tot el que hi havia a fora, és a dir al món del pacient"³.

A primers dels anys 80, aquests nuclis de canvi conflueixen per donar lloc als primers Centres d'Atenció Primària en salut mental (CAPS).

La necessitat de cercar un clima institucional que afavoreixi la millora de la qualitat de vida del pacient i de la seva família, la seva rehabilitació i reinserció social, implica tant professionals (necessàriament de diferents disciplines) com pacients i famílies ⁴.

La mateixa Diputació promou aquest corrent de canvi i assentant les bases d'un model reformista. Apareixen els primers Hospitals de Dia i Centres de Dia.

El 1981 s'assumeix les transferències de la Seguretat Social i es crea el Mapa Sanitari.

Els hospitals també contribueixen en el canvi, diferenciant les seves estructures del recinte hospitalari en unitats d'aguts, subaguts i de mitja i llarga estada.

Aquest moment de canvi, apunta a un model de rehabilitació psico-social del malalt mental que modifica les concepcions que li assignaven i que significava un tractament exclusiu i de les institucions psiquiàtriques.

L'any 1990 s'inicia el traspàs de competències de les Diputacions a la Generalitat, punt clau que ens permet situar-nos en els nostres dies.

3 Roser Pérez Simó. Els Centres d'Higiene Mental. RTS N° 81. Barcelona. Colegi Oficial de DTS y AS de Catalunya.(1981)

4 Ureña Hidalgo, Tina. "L'especialitat: un requeriment per al Treball Social en Salut Mental", Revista Treball Social, n°178. Barcelona CODTS Catalunya.(2006)

L'any 1991 la Generalitat, assumeix les competències, creant dos elements bàsics: el Servei Català de Salut i el Pla de Salut Mental.

Aquest Pla de salut mostra ben aviat un caràcter ben particular, repetint el model aplicat a la sanitat general (a la xarxa d'hospitals generals, la XHUP). Defensa allò que s'ha anomenat model mixt: el programa de salut mental ja no proveeix els recursos com acostuma a fer el sistema públic de salut, sinó que té com a finalitat la planificació, finançament, contractació i valoració dels recursos de salut mental, recursos que poden provenir del sector públic Institut Català de Salut (ICS), Diputacions, Ajuntaments o del Privat.

Els darrers últims anys a Catalunya s'han produït modificacions per arribar a establir la Xarxa de Salut Mental creada a partir del Decret 213/1999 de 3 d'agost del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Per tal de dur a terme el desenvolupament dels serveis que necessita aquesta xarxa, el mes de setembre de 1999 es signa l'Acord de reordenació dels mateixos i més concretament la reconversió dels hospitals psiquiàtrics monogràfics de Catalunya en el període de 1999-2006.

Una data més a sumar-ne en els canvis és la Llei 20/1985 de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència i que entén la dependència a les drogues com una malaltia comuna que ha de tractar-se en el sistema sanitari.

Els canvis polítics han representat modificacions en el plantejament del Pla de Salut arribant al dia d'avui amb el Nou Pla de Salut Mental i Addicions.

El Model del Pla Director de Salut Mental i Addicions s'inspira en els principis de la Declaració de Hèlsinki, en el mes de juny del 1994, assenyalant explícitament que cal enfocar els greus problemes de la salut mental des de la salut pública, de manera que es faciliti la comprensió de

les múltiples variables que estan influint en l'increment del patiment i de les dificultats de les persones en els països europeus⁵.

Així doncs, sense estendre'ns en valorar els esdeveniments succeïts al respecte, que són molts, volem anotar certs aspectes que han tingut i tenen efecte a nivell de l'exercici de la nostra professió i les condicions laborals per posar-la en pràctica.

Valorem que una de les característiques en la nostra realitat, la qual cal tenir en compte en el nostre exercici professional, és la diversitat de proveïdors a qui l'Administració delega i concerta l'atenció en salut mental a la població. Les diferents i diverses maneres que cada proveïdor en concert amb l'Administració té, per establir vies de gestió i organització dels serveis, influeixen a l'hora de poder exercir una pràctica professional de manera uniforme i consensuada entre les professionals de la mateixa disciplina dins de diferents serveis, així com també la desigualtat en les condicions laborals.

D'aquesta manera, el document "Manual Diagnòstic Social en Salut Mental" té l'objectiu i la il·lusió dels qui l'hem treballat, de consensuar i conciliar les diferències que en la nostra pràctica diària ens trobem, per tal de poder diagnosticar les situacions que es detecten des de cadascun dels serveis amb les seves diferents característiques.

Cal destacar que en la xarxa de salut mental, els equips interdisciplinaris han augmentat en metges, infermeres i psicòlegs, i caldria augmentar en treballadors socials com figures professionals sanitàries.

Un element important per avaluar situacions i avançar en la millora de la pràctica, és la investigació, que cada vegada més enriqueix i contribueix amb noves aportacions al treball social.

5 Generalitat de Catalunya. Departament de Salut . "Pla Director de la Salut Mental i Adiccions". Octubre 2006

I què passa doncs amb els treballadors socials dels sector?

FEM UNA MICA D'HISTÒRIA.

El Treball social sorgeix com a disciplina científica a principis del segle XX, a partir de l'activitat de grups i organitzacions que pretenien donar resposta als greus problemes socials des de un ventall ampli d'intervenció, no únicament econòmic sinó emocional, educatiu o simplement d'insatisfacció de les persones. Eren molts els grups socials amb carències a tots els nivells que vivien les conseqüències de les transformacions d'una societat en procés d'industrialització.

Els grans moviments migratoris de zones rurals a zones industrialitzades, els nous sistemes i condicions de treball, els problemes sanitaris i d'altres dificultats que emergien en la societat, avançaven més ràpidament que els recursos legals i assistencials necessaris per atendre les necessitats que generava la nova situació.

Aquesta òptica del conjunt de la persona ens l'aporta Hamilton quan diu:

"El hombre es un organismo bio-psico-social; "el caso", el problema y el tratamiento siempre deben ser considerados por el trabajador social como un proceso psicosocial(...)"

*"El caso social es un "acontecimiento vivo" que siempre incluye actores económicos, físicos, mentales, emocionales y sociales, en propociones diversas (...)"*⁶

El Treball Social, com a professió, es va desenvolupar durant els primers anys amb la incorporació progressiva de les ciències socials i de les teories psicològiques que anaven sorgint des del començament del segle.

6 G.Hamilton. Teoria y pràctica. Trabajo Social de casos. Mèxic, La Prensa Médica Mexicana, 2^ªedición, 7^ª reimpresión. Año 1984

No serà fins acabada la Segona Guerra Mundial que s'estabilitzen i s'organitzen definitivament els serveis socials en alguns països europeus.

Una aportació teòrico-pràctica important per la professió, va ser el primer llibre sobre el treball social "Social Diagnòsis", escrit l'any 1917 per Mary Richmond als Estats Units⁷. En ell, l'autora identifica el treball social individual i familiar amb el "Social Case Work" i el "Group Work".

Si bé fins llavors, la intervenció de treball social és coneixia com a "Intervenció Social Directa", centrada en l'assessorament, sense diferenciar els aspectes més terapèutics (clínic) i/o educatius; la influència de la psicoanàlisi i d'altres aportacions anglosaxones de contingut terapèutic comunitari, donaran pas a l'anomenat Treball Social Clínic.

En el **X Congrés de metges i biòlegs de llengua catalana celebrat a Perpinyà l'any 1976** es va definir el que en aquell moment es va anomenar "Nou concepte de salut", concepte que ha tingut una notable transcendència en un determinat sector de professionals entre els que estem els treballadors socials. En el llibre d'actes es recull com "aquella manera de viure que és autònoma, solidària i joiosa"⁸.

El Nou concepte de salut introduïa el marc cultural en el que la persona es desenvolupava per no delimitar l'estat de salut a un estat objectiu sinó subjectiu o de salut percebuda.

Així doncs, si fins llavors la intervenció del treball social es centrava a donar resposta a un problema i/o conflicte, parlar del treball social en salut és incorporar –com ens aporta Teresa Rossell en la seva obra "L'entrevista

7 M.Richmond. Social Diagnosti. Russell Sage Foundation, New York 1964

8 Llibre d'actes del Xé Congrés de Metges i Biòleg de Llengua Catalana es va publicar per l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears i la Societat Catalana de Biologia l'any 1978. Dipòsit Legal: B- 31.730-1978)

en el Treball Social⁹— nous elements de coneixement que portarà a afrontar noves dificultats i a demanar novament la intervenció professional de manera més adient i referida a la necessitat específica del moment. El paràmetre salut incorpora la idea d'inclusió. Cada element de l'entorn social (habitatge, alimentació, treball, economia, etc.) i cada element personal (actituds, relacions, coneixements, etc.) tenen significació i empenyen o aturen la progressió cap a la millora en la vida personal i social.

D'aquesta manera, l'abordatge dels problemes de salut s'ha anat fent ressò dels aspectes relacionats de l'ésser humà, i actualment la prevenció, diagnòstic, tractament i rehabilitació estan orientats sempre des d'una perspectiva psicosocial, tal i com recull la psiquiatra C. Gomez Lavín. L'autora també fa constar que "gràcies a aquesta perspectiva social la psiquiatria s'ha enriquit d'una manera insospitada, permetent una concepció més ampla i profunda de la malaltia mental, i per tant, de les seves possibilitats terapèutiques"¹⁰. El treballador social porta a terme una intervenció directa especialitzada en el camp de la psiquiatria, constituint aquest un dels àmbits de desenvolupament del treball social clínic.

Amaya Ituarte ens aporta una definició del treball social Clínic, en el que diu:

"El treball social clínic és una forma especialitzada del treball social, que seguint el procediment científic i per mitjà d'un procés psicoterapèutic tracta d'ajudar a les persones, famílies i/o grups petits que es troben en situacions de conflicte manifestades per problemes psicosocials, perquè puguin desenvolupar llurs capacitats tant psicològiques com socials, de forma que puguin fer front a millors condicions tant als seus problemes actuals, com a altres situacions conflictives que se'ls pugui presentar en un futur, tractant d'ajudar-los a desenvolupar la pròpia capacitat de comprensió (de sí mateixos i del seu entorn), la tolerància davant el sofriment i la frustració, així

9 Rossell, Teresa. L'entrevista en el Treball Social. Col·lecció EUGE. Publicacions de l'Escola Universitària de Treball Social. Ed. Llar del Llibre. Any 1988

10 Gómez Lavín, C.; Zapata García, R. Psiquiatria, Salud Mental y Trabajo Social. Ed. Eunat. Navarra (2000)

com la capacitat per utilitzar adequadament els propis recursos personals i els que ofereix el medi social"¹¹.

A partir d'aquesta definició, ens situem amb l'objectiu d'aquest treball, ja que per poder parlar de treball social clínic, treball social especialitzat, ens cal els instruments necessaris i específics per dur-lo a terme. L'elaboració d'un document consensuat per un col·lectiu de treballadors socials en l'àmbit de la salut mental sobre diagnòstic, esdevindrà una eina per facilitar i donar força científica al procediment metodològic del treball social clínic.

Parlar de procediment és una manera particular i ordenada de realització d'una cosa determinada per tal d' assolir els objectius fixats.

La contribució de les ciències psicològiques i socials han nodrit els continguts teòrics del treball social i permeten situar al professional en el context adequat per traçar la seva pròpia guia de treball.

Encara que parlem d'orientacions teòriques més psicoanalítiques, sistèmiques, humanístiques, ecologistes... en totes elles haurem de parlar de mètodes i procediments, des d'on es configurarà la intervenció del treballador social.

La diversitat de teories i línies diferenciades d'enfocaments adquirits per diferents professionals, contribuiran a l'aportació de bones pràctiques si s'utilitzen de forma adequada per traçar el diagnòstic social de l'usuari, element bàsic per treballar de forma conjunta una acció de canvi.

Com diuen Teresa Zamanillo i Alfonso Rodríguez¹², el procés diagnòstic és el resultat de construir un coneixement nou en un treball d'investigació comú entre el professionals i l'usuari per apropar-nos al canvi desitjat.

11 Ituarte Tellaeché, Amaya . Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico nº 2. Colección trabajo social. Año 1992

12 Alfonso Rodríguez, Teresa Zamanillo. Apuntes para una valoración diagnóstica. RTS núm. 127. Setembre 1992

Elles mateixes ens comenten la importància que té que el professional estigui influït pel seu propi esquema de valors i la seva manera de veure el món, sense que aquest serveixi categòricament de model a imposar a l'altre, sinó que el que ha de fer és poder ordenar i categoritzar allò observable de l'altre per orientar-lo i d'aquesta manera poder produir conjuntament un canvi terapèutic.

Partir de diagnòstics en treball social representa:

1. Una interpretació millor de les dades observades.
2. Una síntesi de la situació-problema.
3. Una base consolidada per plantejar la intervenció social del problema.
4. La possibilitat de poder avaluar el procés.

Així doncs, podem dir que el diagnòstic inclou una descripció de la demanda de l'individu en la seva situació actual, establint amb les dades relacions de causa-efecte; això determina els factors que impulsen a l'usuari a recórrer al servei social i, a la vegada, es realitza un estudi crític de la demanda per tal de calcular quins elements utilitzarem per facilitar un procés terapèutic de canvi.

Els diagnòstics no són estàtics, varien o es modifiquen a mida en que el subjecte interactua, es belluga i s'interrelaciona amb el seu medi social.

Cal tenir en compte que moltes vegades el diagnòstic ens apropa a no poder donar resposta a allò que es formula des de la demanda, atesos diferents factors que poden tenir a veure en el context institucional en el que el professional treballa. En aquest sentit, el treballador social no deixa d'ocupar un rol des del seu lloc de treball, doncs és important destacar aquí la tasca de coordinació amb altres serveis, acompanyada aquesta amb la documentació pertinent d'informe social de derivació.

És per això que s'ha elaborat en el Manual un llistat extensiu que permet ser utilitzat des dels diferents dispositius de la xarxa de salut mental, entenent des dels CSM, Hospitals de Dia, Centres de Dia, Serveis de Rehabilitació Comunitària o Unitats d'Hospitalització.

L'esforç d'aquest treball ha de resultar un pas més per a incloure la vessant de necessitats socials en el tractament global de la patologia mental, fet que permet dues consideracions importants:

1. Treballar amb les possibles causes socials que han propiciat a les persones patir una malaltia mental.
2. Intervenir en els aspectes socials, rehabilitadors de l'entorn social de l'individu per una integració completa en el seu medi social.

Si anteriorment parlaven de la salut en un sentit ampli de relació de la persona amb el seu entorn, avui l'OMS defineix la salut mental com *"un estat de benestar en el que l'individu és conscient de les seves capacitats, pot enfrontar-se a les exigències normals de la vida i treballar de manera productiva i fructífera, essent capaç de contribuir a la seva comunitat"*, motiu pel que fa palesa la prioritat de manuals útils per l'exercici professional del treball social.

Per últim, comentar la importància de la formació en els treballadors socials, fet cabdal per aconseguir uns continguts teòrico-pràctics que consolidin la professió aportant uns valors de reconeixement en la societat.

Dues companyes en diferents moments de la història han tractat aquest tema. Per una banda Josefina Fernandez¹³ en la Revista de Treball Social nº 145 del mes de març del 97 on parla de la importància de la supervisió de treball social en la salut mental, com un element que *"es tradueix en una millora de la qualitat assistencial i també representa una millor atenció als*

13 Josefina Fernandez Barrera. "La supervisió del Treball Social en Salut Mental". RTS nº145 . Any 1997

professionals que treballen en aquest camp (...)” ; o Tina Ureña¹⁴ a la Revista de Treball Social nº 178 d’octubre del 06 on parla de la necessitat “(...) d’assolir una formació sòlida, que ens faci sentir segurs en el nostre rol i que ens faci despertar la curiositat per atendre coses noves i experimentar. (...) hem de millorar la nostra formació de base i assolir un nivell d’expertesa professional que consolidi i amplii les nostres competències”.

14 Agustina Ureña Hidalgo. “L’especialitat: un requeriment per al Treball Social en Salut Mental”. RTS nº178. Any 2006

Pautes a tenir en compte

La finalitat d'aquest manual de diagnòstic social en salut mental, mitjançant diagnòstics de treball social, és obtenir una informació àmplia de la situació social de l'individu i del seu entorn.

El manual està classificat en 13 àrees d'exploració, cadascuna dividida en diferents ítems que reflecteixen des de les situacions més satisfactòries a les més deficitàries.

El diagnòstic hauria de destacar les àrees més problemàtiques i/o deficitàries de la situació global que presenta el pacient. El diagnòstic contempla potencialitats i habilitats; si be, en aquest manual, destaquem els aspectes deficitaris per poder copsar i planificar objectius d'intervenció i pla de treball.

El manual està elaborat i consensuat amb la intenció que diferents professionals del Treball Social en Salut Mental puguin utilitzar-lo. El diagnòstic social no és estàtic, sinó que varia en funció de la valoració dels canvis que es van produint en l'individu, familiars, entorn... Per aquest motiu es considera important fer constar la data.

Els diagnòstics socials s'interrelacionen amb altres diagnòstics d'altres disciplines.

EL DIAGNÒSTIC SOCIAL EN SALUT MENTAL

1. INFORMACIÓ, coneixements o nocions que la persona té, vol conèixer, i/o rep per part d'altres persones.

1.1 Coneix el funcionament dels sistemes públics i pot accedir a ells (autonomia)

Conèixer els recursos de la comunitat a que pot optar o els serveis als quals hi té dret.

1.2 No els coneix però té recursos per conèixer-los i pot accedir a ells (autonomia restringida/lleu)

Desconeix els recursos de la comunitat a que pot optar o als serveis als quals té dret però té la capacitat d'accedir-hi.

1.3 No els coneix ni pot per si mateix conèixer-los

Es descriu per si mateix.

2. HABILITATS SOCIALS, capacitats i habilitats necessàries per desenvolupar-se com individus autònoms.

2.1 Habilitats socials conservades

Tenir habilitats necessàries per actuar amb capacitat, autonomia i èxit en les relacions socials i interpersonals.

2.2 Incapacitat d'iniciar o mantenir una conversa

Deteriorament en les habilitats no verbals i/o de contacte (contacte visual, posició del cos...) i en les habilitats emocionals (escoltar, saludar, donar les gràcies...).

2.3 *Incapacitat de captar i/o expressar sentiments propis i de la resta*

Deteriorament en les habilitats per expressar i/o rebre emocions.

2.4 *Incapacitat de proposar-se objectius realistes a la seva situació*

Nul·la consciència de les pròpies capacitats personals i habilitats.

2.5 *Incapacitat de resoldre conflictes*

Falta d'habilitats alternatives per evitar conflictes (autocontrol, saber respondre a les bromes, evitar enfrontaments, assumir queixes, saber afrontar el fracàs...).

2.6 *Incapacitat d'adaptar-se a les noves situacions*

Falta d'habilitats per assumir els canvis.

3. **ACTIVITATS BÀSIQUES DE LA VIDA DIÀRIA**, activitats relacionades amb l'alimentació, la higiene, el vestir, la mobilitat i el control d'esfínters (prenguis com a referència l'índex Barthel).

3.1 *Persona amb autonomia*

Capacitat de la persona per valdre's per si mateixa.

3.2 *Dependència per a algunes activitats bàsiques de la vida diària*

No estan assolides d'1 a 2 activitats bàsiques.

3.3 *Dependència per a gran part de les activitats bàsiques de la vida diària*

No estan assolides de 3 a 4 activitats bàsiques.

3.4 *Dependència per a totes les activitats bàsiques de la vida diària*

No estan assolides cap de les cinc activitats bàsiques proposades.

4. **ACTIVITATS INSTRUMENTALS DE LA VIDA DIÀRIA:**

Activitats relacionades amb les dificultats per realitzar les accions necessàries per conviure en el seu entorn: utilització del transport públic, realització de tasques domèstiques, responsabilitat sobre la medicació, administració de diners, capacitat d'utilitzar el telèfon.

4.1 *Persona amb autonomia*

Capacitat de la persona per valdre's per si mateixa.

4.2 *Dependència per algunes activitats instrumentals*

No estan assolides d'1 a 2 activitats instrumentals de la vida diària.

4.3 *Dependència per a gran part de les activitats instrumentals*

No estan assolides de 3 a 4 activitats instrumentals de la vida diària.

4.4 *Dependència per a totes les activitats instrumentals*

No estan assolides cap de les cinc activitats instrumentals proposades.

5. **FAMÍLIA**, unitat social reconeguda entre dos o més persones i els seus descendents i/o ascendents.

5.1 *Sense problemes en l'àrea familiar*

Es descriu per si mateix.

5.2 *Persona que viu sola*

Unitat de convivència d'un sol membre.

5.2a amb suport (de família, comunitat, etc.)

5.2b sense suport (de família, comunitat, etc.)

5.3 *Sense família directa*

Persona sense família de primer i segon grau (pares, germans, fills, cònjuges, avis).

5.4 *Conflicte familiar*

Problema relacional i social entre els membres d'una família.

5.5 *Pacient amb càrregues familiars i dificultats per assumir el rol corresponent*

El mateix pacient té membres de la família al seu càrrec i no pot assumir-los per dificultats econòmiques i/o per falta de recursos personals.

5.6 *Família no col·laboradora*

La família no s'implica en el procés d'intervenció i/o pla de treball.

5.7 *Abandonament familiar*

La família desempara al malalt, el deixa a la seva sort i descuida les seves obligacions.

5.8 *Atenció insuficient o inadequada (falta de predisposició per atendre el malalt)*

La família col·labora però de manera limitada, ja sigui per falta de recursos personals, temps o recursos econòmics.

5.9 *Cansament emocional del cuidador*

Desgast emocional degut a la càrrega que comporta cuidar al pacient.

5.10 *Dificultat per atendre al malalt (impossibilitat)*

La família, encara que vulgui, no pot atendre el malalt per motius personals, laborals, de salut...

5.11 *Família amb algun altre membre amb malaltia mental, disminució o problemes*

Família amb altres càrregues familiars.

5.12 *Claudicació familiar*

Esgotament dels recursos personals per assumir una situació i resoldre-la.

5.13 *Sentiment d'angoixa i/o soledat del cuidador o família*

Sentiment que afloren tant en la família com en els cuidadors, davant les limitacions que moltes vegades tenen els recursos que els atenen.

5.14 *Pares i/o cuidadors d'edat avançada*

L'edat dels pares i/o cuidadors amb qui conviu el pacient és superior als 70 anys.

5.15 *Família amb poca o escassa xarxa social*

Membres d'una família que no es relacionen ni a nivell social ni a nivell familiar amb altres persones. Sense vies d'higienització.

5.16 Dificultats en la definició dels rols

Els membres de la família tenen dificultats per assumir el seu rol per manca de recursos personals.

6. RECURSOS ECONÒMICS

6.1 Ingressos suficients

Els ingressos cobreixen les necessitats de la persona.

6.2 Ingressos insuficients

Els ingressos que té són inferiors o iguals al salari mínim interprofessional, i no són suficients per cobrir les seves necessitats bàsiques.

6.3 Sense ingressos

No percep ingressos de cap tipus.

6.4 Dificultats per l'administració econòmica

Els ingressos no cobreixen les necessitats a causa d'una mala gestió de l'economia.

6.5 Dependència econòmica

La persona compta amb altres que l'ajuden econòmicament per a cobrir les necessitats bàsiques.

6.6 Deutes

La persona té responsabilitats econòmiques sense atendre.

6.7 *Mendicitat*

Persona que viu de la caritat i/o almoina que demana.

7. TREBALL

7.1 *Persona sense dificultats laborals*

Persona amb un lloc de treball estable, o amb possibilitats de tenir-lo, que pot realitzar adequadament.

7.2 *Pèrdua de treball*

La persona s'ha quedat sense treball.

7.3 *Atur amb subsidi o prestació*

Està sense feina i cobrant l'atur.

7.4 *Atur sense subsidi o prestació*

Està sense feina i no li correspon cap subsidi o prestació.

7.5 *Atur de llarga durada*

Persona que porta més de 18 mesos a l'atur.

7.6 *Pensionista*

Persona perceptora d'una pensió.

7.7 *Inestabilitat laboral*

Persona que realitza feines temporals varies i no gaudeix d'un contracte estable.

7.8 *Treball submergit*

Persona que treballa sense una contractació laboral, ni cobertura legal, ja sigui per compte pròpia o d'altri.

7.9 *Inadaptació laboral*

Persona que presenta dificultats a nivell personal per adaptar-se al món laboral ordinari o protegit.

7.10 *Exclusió del mercat laboral*

Impossibilitat de la persona per accedir al mercat laboral, ja sigui per dèficits formatius, per discriminació (sexual, racial, per problemes de salut o altres) o per haver d'atendre obligacions familiars ineludibles.

8. FORMACIÓ/ EDUCACIÓ

8.1 *Persona sense dificultats formatives*

Persona amb capacitat de formació.

8.2 *Falta d'escolarització*

Persona que no va cursar estudis en el període d'escolarització obligatòria.

8.3 *Absentisme escolar*

Persona que no va assistir a escola amb regularitat.

8.4 *Inadaptació escolar*

Persona que assisteix a l'escola però presenta dificultats.

8.5 *Educació especialitzada*

Persona que assisteix a serveis educatius especialitzats.

8.6 *Integració escolar*

Persona que rep un reforç dintre d'escola ordinària.

8.7 *Rendiment escolar insuficient*

Persona que no assoleix el nivell mínim establert.

8.8 *Analfabetisme*

Persona que no sap llegir ni escriure.

8.9 *Estudis inacabats*

Persona que no ha finalitzat els estudis reglats.

9. **VIVENDA**

9.1 *Persona amb vivenda*

Persona amb vivenda actual de propietat o de lloguer.

9.2 *Pis assistit, residència o altre recurs institucional*

Persona que actualment està visquent en un habitatge on rep algun tipus de suport, depenent de les necessitats de la persona, i que té una gestió institucional, ja sigui privada o pública.

9.3 *Falta de vivenda*

Persona que no té un lloc estable on viure.

9.4 *Vivenda amb deficiències de serveis bàsics*

Vivenda actual sense algun dels serveis bàsics d'habitatge: electricitat, aigua i gas, o sense els habitacles de cuina o bany.

9.5 *Barreres arquitectòniques*

Habitatge que dificulta o impedeix l'autonomia pel desplaçament de les persones en alguna part de la vivenda o en l'espai comunitari de l'edifici.

9.6 *Condicions deficientes*

Vivenda amb deteriorament físic i/o que no compleix les condicions bàsiques de salubritat.

9.7 *Amuntegament d'objectes*

Acumulació d'objectes o materials varis que no permeten una adequada estança a la vivenda.

9.8 *Amuntegament de persones*

Convivència d'excés de persones en relació a l'espai disponible.

9.9 *Desnonament*

Persona en situació de risc de desnonament o que ha estat recentment desnonada.

9.10 *Ocupació il·legal*

Ocupació d'una vivenda indegudament.

10. ASPECTES LEGALS

10.1 *Absència de problemes legals*

Es defineix per si mateix.

10.2 *Delinqüència*

Fenomen social constituït pel conjunt d'infraccions comeses contra les normes legals i/o socials fonamentals de convivència d'una societat.

10.3 *Empresonament (veure document extens en annexes)*

Situació en la que la persona es troba privada de la seva llibertat per ordre judicial per la presumpta comissió d'un delictes o constatació del mateix.

10.4 *Mesura Penal Alternativa (veure document extens en annexes)*

Les mesures alternatives són aplicades a partir del compliment d'obligacions i/o tractaments imposats per un jutge o tribunal com alternativa a l'internament a la presó (en treballs en benefici de la comunitat, seguiment dels tractaments terapèutics i a la reparació a la víctima).

Alguns casos estan en seguiment pel Delegat d'Atenció al Menor (DAM).

10.5 *Causes judicials pendents (veure document extens en annexes)*

Expedient pendent de resoldre en espera d'una sentència.

10.6 *Multes (veure document extens en annexes)*

Imposició al condemnat d'una sanció econòmica.

10.7 *Indocumentació*

Persona que no disposa de documents o conjunt de documents preferentment de caràcter oficial, que serveixen per la identificació personal o per documentar o acreditar alguna cosa.

10.8 *Immigració Il·legal*

Condicció de les persones que resideixen en territori diferent al seu d'origen sense el reglament de papers i normatives legals que identifiquin la seva residència.

10.9 *Procés de regularització*

Persona que ha iniciat i/o està formalitzant els seus documents identificadors.

10.10 *Incapacitació Legal. Tutela i Curatela*

Incapacitació Legal, situació en que es troba una persona que està impedida per actuar correctament en el si de la societat en que viu, pel fet de patir una deficiència física o psíquica de manera permanent que li produeix una alteració de les facultats d'enteniment o de decisió. És doncs, una situació diferent a la incapacitat per treballar i a la incapacitat derivada d'una minusvalidesa psíquica o física.

En aquesta situació, els poders legals tenen l'obligació d'assignar una persona física o jurídica que vetlli pels interessos de la persona afectada.

La tutela es constitueix sobre menors i incapacitats als casos d'incapacitat més greu; la curatela, menys freqüent, s'exerceix sobre els menors que ja estan emancipats y no tenen pares, els pròdigs (declarats incapaços per administrar els seus bens) i els afectats per una incapacitat lleu, sent necessària l'assistència del curador per tal que puguin realitzar determinats actes concrets.

10.11 *Divorci/Separació*

Divorci: dissolució legal del matrimoni.

Separació: suspensió de la vida conjugal sense ruptura del vincle matrimonial.

10.12 *Pèrdua de la Guarda Custòdia i/o Pàtria Potestat per sentència judicial* (veure document extens en annexes)

La guarda i custòdia defineix amb qui conviurà el fill quan es produeixi un divorci o una separació. El jutge aprova o ratifica allò que acordin els cònjuges de mutu acord, excepte considerar als menors en risc clar.

En general la pàtria potestat s'exerceix de forma conjunta pel pare i la mare, independentment de que aquests estiguin o no casats, o de forma exclusiva per un d'ells amb el consentiment de l'altre.

La pèrdua de la pàtria potestat vol dir la pèrdua dels drets i obligacions que corresponen als pares respecte de la persona i bens dels fills no emancipats.

11. **MALTRACTAMENTS** (veure document extens en annexes)

11.1 *Inexistència de maltractaments*

Es defineix per si mateix.

11.2 *Maltractament físic* (veure document extens en annexes)

Acció no accidental que provoca dany físic o malaltia en la persona o el col·loca en greu risc de patir-ho.

11.3 *Abandonament físic (o negligència)* (veure document extens en annexes)

Situació en que les necessitats físiques bàsiques en la persona no són ateses per cap persona responsable d'aquesta.

11.4 *Maltractament psíquic / emocional* (veure document extens en annexes)

Insult, burla, despreci, crítica o amenaça d'abandonament, i constant bloqueig a la interacció per part d'un tercer.

11.5 *Abandonament psíquic / emocional* (veure document extens en annexes)

La manca persistent de resposta per part dels pares/tutors o figura estable, a certs senyals (plors, somriure) o expressions emocionals el nen/a o als intents d'aproximació, interacció o contacte vers els adults.

11.6 *Abús sexual* (veure document extens en annexes)

Qualsevol tipus de relació sexual no desitjada, ni consentida; tant si és impartida amb el propi cos, o amb objectes (tractament degradant, coacció per mantenir relacions sexuals contra la voluntat de la parella, la violació).

12. XARXA SOCIAL (veure document extens en annexes)

12.1 Persona que compte amb una xarxa social informal

La persona compte amb un sistema de relacions socials establertes de forma no oficial i sense protocols.

12.2 Persona que participa de forma activa i regular en organitzacions veïnals o associatives generals, ja siguin laiques o religioses

Es defineix per si mateix.

12.3 Persona usuària d'alguns recursos comunitaris (gimnàs, centre cívic, escola d'adults, biblioteca, casal de pensionistes,...)

Es defineix per si mateix.

12.4 Persona que participa en entitats i/o associacions relacionades amb la malaltia mental (veure document extens en annexes)

Es defineix per si mateix.

12.5 Persona amb dificultats per gestionar el temps lliure per iniciativa pròpia

Es defineix per si mateix.

12.6 Persona que les seves relacions es limiten a l'àmbit familiar

Es defineix per si mateix.

12.7 Aïllament social

Absència de relacions familiars i falta de participació en la vida comunitària i social.

13. COMPLIMENT DEL PROJECTE TERAPÈUTIC, Entenent per aquest, aquelles indicacions acordades entre els professionals implicats en relació a l'atenció integral de la persona i la seva situació.

13.1 *Adhesió al tractament*

Segueix totes les indicacions terapèutiques.

13.2 *Adhesió irregular al tractament*

Segueix algunes indicacions terapèutiques.

13.3 *Adhesió escassa i incompliment del tractament*

Segueix poques indicacions terapèutiques.

13.4 *Abandó del tractament*

No segueix cap indicació terapèutica.

1. INFORMACIÓ
1.1 <i>Coneix el funcionament dels sistemes públics i pot accedir a ells (autonomia)</i>
1.2 <i>No els coneix però té recursos per conèixer-los i pot accedir a ells (autonomia restringida/lleu)</i>
1.3 <i>No els coneix ni pot per si mateix conèixer-los</i>
2. HABILITATS SOCIALS
2.1 <i>Habilitats socials conservades.</i>
2.2 <i>Incapacitat d'iniciar o mantenir una conversa</i>
2.3 <i>Incapacitat de captar i/o expressar sentiments propis i de la resta</i>
2.4 <i>Incapacitat de proposar-se objectius realistes a la seva situació</i>
2.5 <i>Incapacitat de resoldre conflictes</i>
2.6 <i>Incapacitat d'adaptar-se a les noves situacions</i>
3. ACTIVITATS BÀSIQUES DE LA VIDA DIÀRIA
3.1 <i>Persona amb autonomia</i>
3.2 <i>Dependència per a algunes activitats bàsiques de la vida diària</i>
3.3 <i>Dependència per a gran part de les activitats bàsiques de la vida diària</i>
3.4 <i>Dependència per a totes les activitats bàsiques de la vida diària</i>
4. ACTIVITATS INSTRUMENTALS DE LA VIDA DIÀRIA
4.1 <i>Persona amb autonomia</i>
4.2 <i>Dependència per algunes activitats instrumentals</i>
4.3 <i>Dependència per a gran part de les activitats instrumentals</i>
4.4 <i>Dependència per a totes les activitats instrumentals</i>

5. FAMÍLIA
5.1 Sense problemes en l'àrea familiar
5.2 Persona que viu sola
5.2 a) amb suport (de família, comunitat, etc.)
5.2 b) sense suport (de família, comunitat, etc.)
5.3 Sense família directa
5.4 conflicte familiar
5.5 Pacient amb càrregues familiars i dificultats per assumir el rol corresponent
5.6 Família no col·laboradora
5.7 Abandonament familiar
5.8 Atenció insuficient o inadequada (falta de predisposició per atendre el malalt)
5.9 Cansament emocional del cuidador
5.10 Dificultat per atendre al malalt (impossibilitat)
5.11 Família amb algun altre membre amb malaltia mental, disminució o problemes
5.12 Claudicació familiar
5.13 Sentiment d'angoixa i/o soledat del cuidador o família
5.14 Pares i/o cuidadors d'edat avançada
5.15 Família amb poca o escassa xarxa social
5.16 Dificultats en la definició dels rols
6. RECURSOS ECONÒMICS
6.1 Ingressos suficients
6.2 Ingressos insuficients
6.3 Sense ingressos
6.4 Dificultats per l'administració econòmica

6.5	<i>Dependència econòmica</i>
6.6	<i>Deutes</i>
6.7	<i>Mendicitat</i>
7. TREBALL	
7.1	<i>Persona sense dificultats laborals</i>
7.2	<i>Pèrdua de treball</i>
7.3	<i>Atur amb subsidi o prestació</i>
7.4	<i>Atur sense subsidi o prestació</i>
7.5	<i>Atur de llarga durada</i>
7.6	<i>Pensionista</i>
7.7	<i>Inestabilitat laboral</i>
7.8	<i>Treball submergit</i>
7.9	<i>Inadaptació laboral</i>
7.10	<i>Exclusió del mercat laboral</i>
8. FORMACIÓ/ EDUCACIÓ	
8.1	<i>Persona sense dificultats formatives</i>
8.2	<i>Falta d'escolarització</i>
8.3	<i>Absentisme escolar</i>
8.4	<i>Inadaptació escolar</i>
8.5	<i>Educació especialitzada</i>
8.6	<i>Integració escolar</i>
8.7	<i>Rendiment escolar insuficient</i>
8.8	<i>Analfabetisme</i>
8.9	<i>Estudis inacabats</i>

9. VIVENDA

9.1 *Persona amb vivenda*

9.2 *Pis assistit, residència o altre recurs institucional*

9.3 *Falta de vivenda*

9.4 *Vivenda amb deficiències de serveis bàsics*

9.5 *Barreres arquitectòniques*

9.6 *Condicions deficientes*

9.7 *Amuntegament d'objectes*

9.8 *Amuntegament de persones*

9.9 *Desnonament*

9.10 *Ocupació il·legal*

10. ASPECTES LEGALS

10.1 *Absència de problemes legals.*

10.2 *Delinqüència.*

10.3 *Empresonament.*

10.4 *Mesura Penal Alternativa.*

10.5 *Causes judicials pendents*

10.6 *Multes*

10.7 *Indocumentació.*

10.8 *Immigració Il·legal*

10.9 *Procés de regularització*

10.10 *Incapacitació Legal. Tutela i Curatela*

10.11 *Divorci/Separació*

10.12 *Pèrdua de la Guarda custòdia i Pàtria
Potestat per sentència judicial*

11. MALTRACTAMENTS
11.1 <i>Inexistència de maltractaments</i>
11.2 <i>Maltractament físic</i>
11.3 <i>Abandonament físic (o negligència)</i>
11.4 <i>Maltractament psíquic / emocional</i>
11.5 <i>Abandonament psíquic / emocional</i>
11.6 <i>Abús sexual</i>
12. XARXA SOCIAL
12.1 <i>Persona que conta amb una xarxa social informal</i>
12.2 <i>Persona que participa de forma activa i regular en organitzacions veïnals o associatives generals, ja siguin laiques o religioses.</i>
12.3 <i>Persona usuària d'algun recurs comunitari (gimnàs, centre cívic, escola d'adults, biblioteca, casal de pensionistes,...).</i>
12.4 <i>Persona que participa en entitats i/o associacions relacionades amb la malaltia mental.</i>
12.5 <i>Persona amb dificultats per gestionar el temps lliure per iniciativa pròpia.</i>
12.6 <i>Persona que les seves relacions es limiten a l'àmbit familiar.</i>
12.7 <i>Aïllament social.</i>
13. COMPLIMENT TERAPÈUTIC
13.1 <i>Adhesió al tractament.</i>
13.2 <i>Adhesió irregular al tractament.</i>
13.3 <i>Adhesió escassa e incompliment del tractament.</i>
13.4 <i>Abandó del tractament.</i>

Casos pràctics

ELABORACIÓ DEL DIAGNOSTIC SOCIAL EN SALUT MENTAL

1er pas: Escollir de cada un dels 13 ítems, la descripció de la situació.

2on pas: Triar els ítems prioritaris necessaris per elaborar el pla de treball, tenint en compte el moment del pacient i des del servei que estem intervenint.

CAS PRÀCTIC EN ADULTS:

Sr. de 51 anys, solter. Viu amb la seva mare de 83 anys. El seu pare va morir quan ell tenia 13 anys. Altres familiars: una tia i un germanastre. No hi ha relació entre ells.

Diagnosticat d'Esquizofrènia Paranoide de llarga evolució. Ha requerit de 6 ingressos psiquiàtrics per intents autolítics o abandonament del tractament.

Estudis primaris i batxillerat. Va treballar en una empresa d'Arts Gràfiques. Des de 1991 perceptor d'una Incapacitat Permanent Absoluta.

En el 2005 se li diagnostica a la mare demència tipus Alzheimer. Situació actual:

El pacient s'ha quedat sense referent familiar assumint el rol de cuidador. La mare acut a l'hospital de dia geriàtric. Li han denegat la plaça de residència de l'ICASS per superar ingressos econòmics. Quan ho requereixi es tindrà que optar per residència geriàtrica privada.

El pacient assisteix a Centre de Dia i té suport del PSI.

Els caps de setmana tenen una senyora que cuida de la mare i els ajuda en les tasques de la llar.

1er. pas: Escollir de cada un dels 13 ítems, la descripció de la situació.

-
- 1.2 *No els coneix però té recursos per conèixer-los i pot accedir a ells (autonomia restringida/lleu).*
 - 2.3 *Incapacitat de captar i/o expressar sentiments propis i de la resta.*
 - 1.1 *Persona amb autonomia.*
 - 4.2 *Dependència per algunes activitats instrumentals.*
 - 5.4 *Pacient amb càrregues familiars i dificultats per assumir el rol corresponent.*
 - 6.1 *Ingressos suficients.*
 - 7.6 *Pensionista*
 - 8.1 *Persona sense dificultats formatives.*
 - 9.1 *Persona amb vivenda.*
 - 10.1 *Absència de problemes legals.*
 - 11.1 *Inexistència de maltractaments.*
 - 12.6 *Persona que les seves relacions es limiten a l'àmbit familiar.*
 - 13.2 *Adhesió irregular al tractament.*

2on. pas: Triar els ítems necessaris per elaborar el pla de treball, tenint en compte el moment del pacient i des del recurs que estem intervenint.

- 5.4 *Pacient amb càrregues familiars i dificultats per assumir el rol corresponent.*

13.2 Adhesió irregular al tractament.

4.2 Dependència per algunes activitats instrumentals.

CAS PRÀCTIC EN INFANTIL I JUVENIL:

Pacient de 13 anys que ve derivat del CSMIJ de referència per conductes inadequades a l'escola.

Diagnòstic: Trastorn d'Asperger, Trastorn de la Tourette, TDAH.

Grau disminució: 65 %. Mare cobra el fill a càrrec.

Pacient conviu amb els pares, pare de 42 anys treballa com a responsable de qualitat i la mare té 37 anys i es la cuidadora principal del noi. En la recerca d'informació, destaquem dificultats de la mare en relació al món laboral.

Té un germà que comença a repetir les conductes i també fan demanda al CSMIJ de referència.

El noi està ingressat a l'hospital de dia però assisteix 2 dies a l'escola amb el suport d'un vetllador. Al nostre servei ve tres dies en setmana.

1er. pas: Escollir de cada un dels 13 ítems, la descripció de la situació.

1.2 No els coneix però te recursos per conèixer-los i pot accedir a ells.

2 .5 Incapacitat per resoldre conflictes.

3.2 Dependència per algunes activitats bàsiques de la vida diària.

- 4.2 *Dependència per algunes activitats instrumentals.*
- 5.10 *Família amb algun altre membre amb malaltia mental.*
- 5.13 *Sentiments d'angoixa i/o soledat del cuidador o la família.*
- 6.1 *Ingressos suficients de la família.*
- 7.1 *Persona sense dificultats familiars – Pare.*
- 7.6 *Inestabilitat laboral – Mare.*
- 8.6 *Integració escolar.*
- 9.1 *Persona amb vivenda.*
- 10.1 *Absència de problemes legals.*
- 11.1 *Inexistència de maltractament.*
- 12.5 *Persona amb dificultats per gestionar el temps lliure.*
- 13.1 *Adhesió al tractament.*

2on. pas: Triar els ítems necessaris per elaborar el pla de treball, tenint en compte el moment del pacient i des del recurs que estem intervenint.

(Des d'un servei d'atenció a la infància es possible trobar-nos amb ítems on caldrà mostrar la situació del pares i no la del menor, com la laboral.)

- 7.6 *Inestabilitat laboral – Mare.*
- 12.5 *Persona amb dificultats per gestionar el temps lliure.*

Bibliografia

PRINCIPAL

ASSOCIACIÓ CATALANA DE PROFESSIONALS EN SALUT MENTAL-AEN.

La reforma en salut mental a Catalunya: el model català. Informe elaborat per diferents professionals de l' Associació. Edició Any 2000

ARAGONÉS, M^o TERESA; BRISÉ, ELENA; FERNANDEZ, JOSEFINA y LÓPEZ ELENA. "Asistencia Psiquiátrica y salud mental en Cataluña" . RTS N^o 81. Barcelona. Colegi Oficial de DTS y AS de Catalunya. 1981.

FERNANDEZ I BARRERA, JOSEFINA "La supervisió del treball social en salut mental" a RTS, núm.145 (març 1997). Barcelona. CODTS de Catalunya.

GENERALITAT DE CATALUNYA. Departament de Salut . "Pla Director de la Salut Mental i Adiccions". Edita Direcció General de Planificació i Avaluació. Tera edició: Barcelona, octubre 2006.

GOMEZ LAVÍN, C. ; ZAPATA GARCIA, R "Psiquiatria, Salud Mental y Trabajo Social" . Editorial: Eunate. Navarra, (2000)

HAMILTON, G. "Teoria y pràctica. Trabajo Social de casos". Mèxico, La Prensa Médica Mexicana, 2^oedición, 7^oreimpresion. Año 1984.

ITUARTE TELLAECHÉ, Amaya; (1992): Procedimiento y proceso en trabajo social clínico; Siglo XXI de España; Madrid.

Llibre d'Actes del Xè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. Funció Social de la Medicina, Segona Ponència del X Congrés de Metges i Biòlegs de la Llengua Catalana. Acadèmia de les Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, Barcelona (1978).

RODRIGUEZ, Alfonsa i ZAMANILLO, Teresa; (1992): "Apuntes para una valoración diagnóstica"; RTS Revista de Treball Social; n^o 127, Págs. 48-54.

PÉREZ SIMÓ, ROSER. "Els Centres d'Higiene Mental". RTS N^o 81. Barcelona. Colegi Oficial de DTS y AS de Catalunya. 1981.

RICHMOND, M. "Social Diagnosti". Russell Sage Fundation, New York 1964

ROSSELL, TERESA; "L'entrevista en Treball Social". E.U.T.S. Llar del Llibre S.A. EUGE. Barcelona. (1987)

UREÑA HIDALGO, TINA. "L'especialitat un requeriment per al Treball Social en Salut Mental" a RTS núm. 178 (octubre 2006) Barcelona. CODTS de Catalunya.

COMPLEMENTARIA

Ajuntament de Rubí. Protocol de maltractes. Centre d'Orientació Sanitària Ferran Salsas i Roig. CSMIJ

Ajuntament de Rubí. "Violència de Gènere"

ALONSO VAREA, José Manuel (et. al.); (1996): El llibre d'en Pau: guia per a l'abordatge del maltractament en la infància per als professionals de la salut; Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; Barcelona.

BARTHEL Índice de actividades básicas de la vida diaria (AVD).

CANALS SALA, Josep; (2003): "El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado de Bienestar"; Cuadernos de psiquiatría comunitaria; Vol. 3 N° 1, Págs. 71-81.

Código Civil. (2002) Editorial Civitas. Biblioteca de Legislación. Vigésima quinta edición.

COLOMER, Montserrat; (1979); "El método de trabajo social"; RTS Revista de Treball Social; n° 75, Págs.4-48.

Consorci Sanitàri de Terrassa. Protocol de maltractes

Diputació de Barcelona. Taller Intervenció en situacions de Maltractament Infantil

EGEA, Joan i FERRER, Josep; (2001) Legislació Civil Catalana. Edicions EUB. Barcelona.

LAWTON y BRODY Escala de actividades instrumentales de la vida diaria.

LEAL RUBIO, JOSE "Servicios de salud mental: pasado, presente y futuro" a RTS, núm. 145 (octubre 1997) Barcelona. CODTS de Catalunya.

LOPEZ, TONI I FERRERO, JOANA "Una passejada pel Treball Social en Salut Mental" a RTS, núm.178 (octubre 2006) Barcelona. CODTS de Catalunya.

Ley de Enjuiciamiento civil. (2000) Editorial Tecnos.

MARTÍN MUÑOZ, Maite (2003). "Diagnostico Social: Manual de indicadores de Diagnostico social". Por COM4 Studio.

NAVARRO PEDREÑO, Silvia; (2004): Redes sociales y construcción comunitaria: creando (con) textos para una acción social ecológica; Editorial CCS.

OLIVER, ANNA. "Treball comunitari des d'un centre de salut mental" a RTS, núm. 145 (octubre 1997) Barcelona. COTDS de Catalunya.

PELLEGERO, NÚRIA I MESTRES, MONTSERRAT. "Los trabajadores sociales de atención primaria en salud mental" a RTS, núm. 145 (octubre 1997). Barcelona. COTDS de Catalunya.

PROYECTO INSOL; (1997): Inserción social y laboral de jóvenes. Manual para mediadores sociales. Conserjería de Sanidad y Servicios Sociales; Madrid.

REDÍN GARCÉS, Idoia; "Bulling", Intimidación entre el alumnado.

SITJÀ, María; (1988): Terminología de los asistentes sociales . Materials de Treball Social-5.. Editat pel Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social, Barcelona.

SLUZKI, Carlos E.; (1996): Red social. Frontera de la práctica sistémica; Gedisa Editoria; Barcelona.

TUERLINCKX, Julia i DE BRAY, Léo; (1964): La asistencia social individualizada; Aguilar de Ediciones; Madrid.

VVAA Documentació del Departament de Justícia . Generalitat de Catalunya.

(tríptics sobre Mesures Penals Alternatives)

VVAA. (2002) Documents de Suport núm. 5. Qüestions bàsiques sobre la Incapacitació legal i els seus Serveis. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social.

VVAA. (1978) artículo "Tiene algun derecho el enfermo mental" RTS Revista de Treball Social; nº 69, Págs.26-32.

VVAA. (1981) RTS Revista de Treball Social; nº 81, Monogràfic salut mental.

10. ASPECTES LEGALS

10.3 Empresonament

Aquest ordre judicial defineix:

- el règim provisional/preventiu: encara no hi ha sentència ferma i per tant encara no està condemnat.
- situació del Penat: quan hi ha una sentència ferma.

10.4 Mesura Penal Alternativa

Les mesures penals alternatives s'articulen d'acord amb els supòsits previstos en el Codi Penal que, davant la comissió d'un fet delictiu, permeten donar una resposta sancionadora menys aflictiva que l'ingrés en una institució penitenciària.

10.5 Causes judicials pendents

Situació judicial que consisteix en l'obertura d'un expedient i que està pendent de resoldre per l'òrgan judicial corresponent en espera d'una sentència condemnatòria, d'absolució o sobreseïment.

10.6 Multes i altres sancions

Imposició al condemnat d'una sanció pecuniària, podent aquesta adoptar dues modalitats:

- sistema dies- multa
- sistema de multa proporcional.

En alguns casos pot declarar-se insolvent de pagament per l'absència d'ingressos.

10.11 Divorci/Separació/Dissolució

– Divorci: dissolució legal del matrimoni. Ruptura del lligam o unió entre dues persones.

– Separació: suspensió de la vida conjugal sense ruptura del vincle matrimonial. Es decreta judicialment i comporta la transformació dels drets i deures d'ambdós cònjuges.

– Dissolució: és aquella situació que independentment de la forma i el temps de celebració de matrimoni, es dissol per la mort o la declaració de defunció d'un dels cònjuges i pel divorci.

11. MALTRACTES

11.1 Violència de gènere:

Qualsevol acte adreçat a les dones que pugui tenir un dany o perjudici, pel simple fet de pertànyer al sexe femení.

Verbal, emocional, psicològic: totes aquelles conductes que produeixen desvalorització i sofriment de la dona (insults, amenaces verbals, acusacions falses, humiliacions, control, aïllament, prohibicions, trencar objectes d'especial valor sentimental, maltractament d'animals domèstics, privació de necessitats bàsiques: son, menjar...).

Físic: tot contacte corporal no consentit, amb la finalitat de generar

humiliació a la víctima (donar cops, punxar, estirar els cabells, agafar, mossegar, donar puntades de peu, fractures òssies, torçar braços, empentar, intents d'estrangulació, provocar avortaments, empentar contra les parets, llençar objectes, utilitzar armes, cremar, assassinar.

Sexual: qualsevol tipus de relació sexual no desitjada, ni consentida; tant si és impartida amb el propi cos, o amb objectes (tractament degradant del sexe femení, coacció per mantenir relacions sexuals contra la voluntat de la parella, la violació).

Social: allunyament progressiu de la dona de la seva família, amics, etc. Per tal d'aïllar a la víctima (el control i prohibicions constants de les activitats i de les relacions externes, forçar situacions desagradables en públic...)

Financer o econòmic: control dels recursos econòmics per usar els diners per exercir poder (assignacions insuficients per al manteniment de les necessitats familiars, no participació en la presa de decisions sobre com distribuir les despeses de diners, impagament de pensions o abandonament de família, en cas de separació).

Religios: Ridiculitzar les creences religioses de la parella, impedir la pràctica d'aquestes creences, fer servir preceptes religiosos com a

excusa pels actes violents...

Maltractes a gent gran: segons el Consell d'Europa, s'entén per maltracte a aquest col·lectiu els abusos físics, la negligència, els maltractaments emocionals o psicològics, les situacions d'abandonament i l'explotació econòmica, entre d'altres.

Maltractaments a progenitors: violència exercida per un fill (menor o adult) envers els seus pares.

Corrupció de menors: conductes que reforcen pautes de conducta disocial o desviades (agressivitat, sexualitat, drogues).

Actuacions dels adults que promouen en l'infant pautes de conducta antisocial o desviada, particularment en les àrees de l'agressivitat, l'apropiació inadequada, la sexualitat, el tràfic o el consum.

11.2. Maltractament físic:

Qualsevol acció no accidental per part del pares o cuidadors que provoquen dany físic o malaltia en el nen/a o el col·loca en greu risc de patir-ho.

Us de la força que danya, fereix o mata.

11.3. Abandonament físic: (o negligència)

aquella situació en que les necessitats físiques bàsiques del

menor no són ateses temporalment o permanentment per cap membre adult del grup amb qui conviu.

No hi ha cura de l'alimentació i/o de la roba d'abric, no hi ha cura del seu tractament mèdic, no té horaris ni ritmes, es passa hores sense atenció protectora i/o educativa.

11.4 Maltracte emocional:

hostilitat verbal crònica en forma d'insult, burla, despreci, crítica o amenaça d'abandonament, i constant bloqueig de les iniciatives d'interacció infantils per part de qualsevol membre adult del grup familiar.

Pot ser actiu o per manca d'un context afectiu. Medi caracteritzat per la fredor de la relació, no hi ha estimulació afectiva, cognitiva, no hi ha afecte. Hi fa pressió o atemoriment.

11.1 Assetjament:

"Bulling" maltracte i intimidació entre iguals.

Psicològic: fets dirigits a reduir l'autoestima de l'individu fent augmentar la seva inseguretat i la seva ansietat.

Social: aïllar del grup al company, creant en ell la sensació de marginació i solitud.

11.5 Abandonament emocional:

Els adults significatius són incapaços de proporcionar l'afecte, estimulació, suport i protecció necessaris per al nen/a en llurs diferents estadis de desenvolupament. És un estat de no disponibilitat per part de l'adult.

11.6 Explotació sexual:

Quan s'implica a menors d'edat en conductes o activitats que tinguin a veure amb la producció de pornografia, quan es promou la prostitució infantil, quan s'obliga als nens a veure activitats sexuals d'altres persones.

L'infant és obligat o induït al sotmetiment sexual com a mitjà d'explotació laboral. El sotmetiment sexual també pot ser indirecte: pornografia.

12. XARXA SOCIAL

XARXA SOCIAL

"La Red social es aquel entretejido formado por las relaciones sociales que, en los diferentes ámbitos de vida, y con diferente grado de significatividad, vinculan a un sujeto con otros."

"La red social a lo largo del ciclo vital se configura como un proceso permanente de construcción tanto

individual como colectiva, y sus efectos sobre la salud y el bienestar de las personas son especialmente significativos y probados."

Silvia Navarro. "Redes sociales y construcción comunitaria". Editorial. CCS. 2004.

"La red social es el nicho interpersonal de la persona que contribuye sustancialmente a su propio reconocimiento como individuo y a su imagen de sí. Constituye pues, una de las claves centrales de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo o autoría, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad de adaptación en una crisis o situación problemática."

C.E. Sluzki. "Red Social. Frontera de la práctica sistémica." Ed. Gedisa. Barcelona.1996.

12.4 Persona que participa en asociaciones de malalts mentals, club específic o altres específics

ASOCIACIONES DE SALUD (AS) GRUPOS DE AYUDA MUTUA (GAM)

"Son entidades formadas por personas afectadas por problemas de salud y/o por familiares de éstas. Constituye un sector que ha conseguido una presencia importante

en los últimos años, de tal manera que en estos momentos ya no es posible recibir el sistema sanitario sin hacer alguna referencia al ámbito asociativo". "Son formas asociativas que se sitúan en una posición intermedia entre la autoatención doméstica y los dispositivos sanitarios institucionalizados." "GAM. desarrollan formas horizontales de ayuda recíproca, creando un espacio de autocuidado y de autoatención externo a los grupos primarios que siempre han desempeñado estas funciones."

"ASSOCIACIONISME"

"Moviment tendent a aconseguir d'organitzar i lligar amb vincles jurídics l'ajuda mútua entre persones que tenen uns mateixos objectius o els mateixos problemes o interessos."

