

Itineraris en salut mental

Les necessitats dels usuaris i les seves famílies en el procés terapèutic

Gener de 2010



© 2010 **Generalitat de Catalunya**

Departament de Salut

Trav. de les Corts, 131-159

Edifici Ave Maria

08028 Barcelona

www.gencat.cat/salut

Edició:

Departament de Salut

Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris

Pla director de salut mental i addiccions

Elaboració:

Pla director de salut mental i addiccions

Epirus

Spora Sinergies

Parc de Recerca UAB

Autors:

Lali Masachs

Alex Causa

Assessorament i correcció lingüística:

Secció de Planificació lingüística del Departament de Salut

Primera edició:

Barcelona, gener de 2010

Sumari

1.	Introducció.....	4
2.	Circuits de salut mental	5
2.1.	Entrada al circuit de salut mental.....	5
2.2.	Itineraris del circuit de salut mental	6
3.	La irrupció del trastorn mental: la vivència de la primera crisi.....	7
4.	Les situacions de crisi	8
5.	Les unitats d'hospitalització psiquiàtrica.....	9
6.	El nucli vivencial	11
7.	Els centres de salut mental d'adults (CSMA) i els dispositius assistencials.....	13
8.	Les associacions.....	17
9.	Fenòmens transversals	18

1. Introducció

Aquest document és el resultat d'un treball de síntesi de les recerques realitzades l'any 2009 per part d'**Epirus** i **Spora Sinergies**, amb els títols *Necessitats d'atenció a les famílies de persones amb malaltia mental greu i/o addiccions des de la xarxa d'atenció sanitària* (Epirus) i *La relació entre les persones usuàries i professionals en l'àmbit de la salut mental*¹ (Spora Sinergies).

Els objectius del document són:

- Detectar les situacions conflictives compartides entre els usuaris i les seves famílies en el marc del circuit sociosanitari.
- Analitzar les necessitats que presenten aquestes situacions des de la posició dels usuaris i des de la posició de les famílies.

Aquest informe està estructurat seguint un diagrama d'itineraris, atenent els recorreguts analitzats en les recerques i les situacions considerades conflictives tant des de la perspectiva dels usuaris com des de la perspectiva de les seves famílies. Així, cada situació incorpora un seguit de recomanacions específiques que pretenen donar resposta a les demandes i les necessitats que s'han detectat en les recerques.

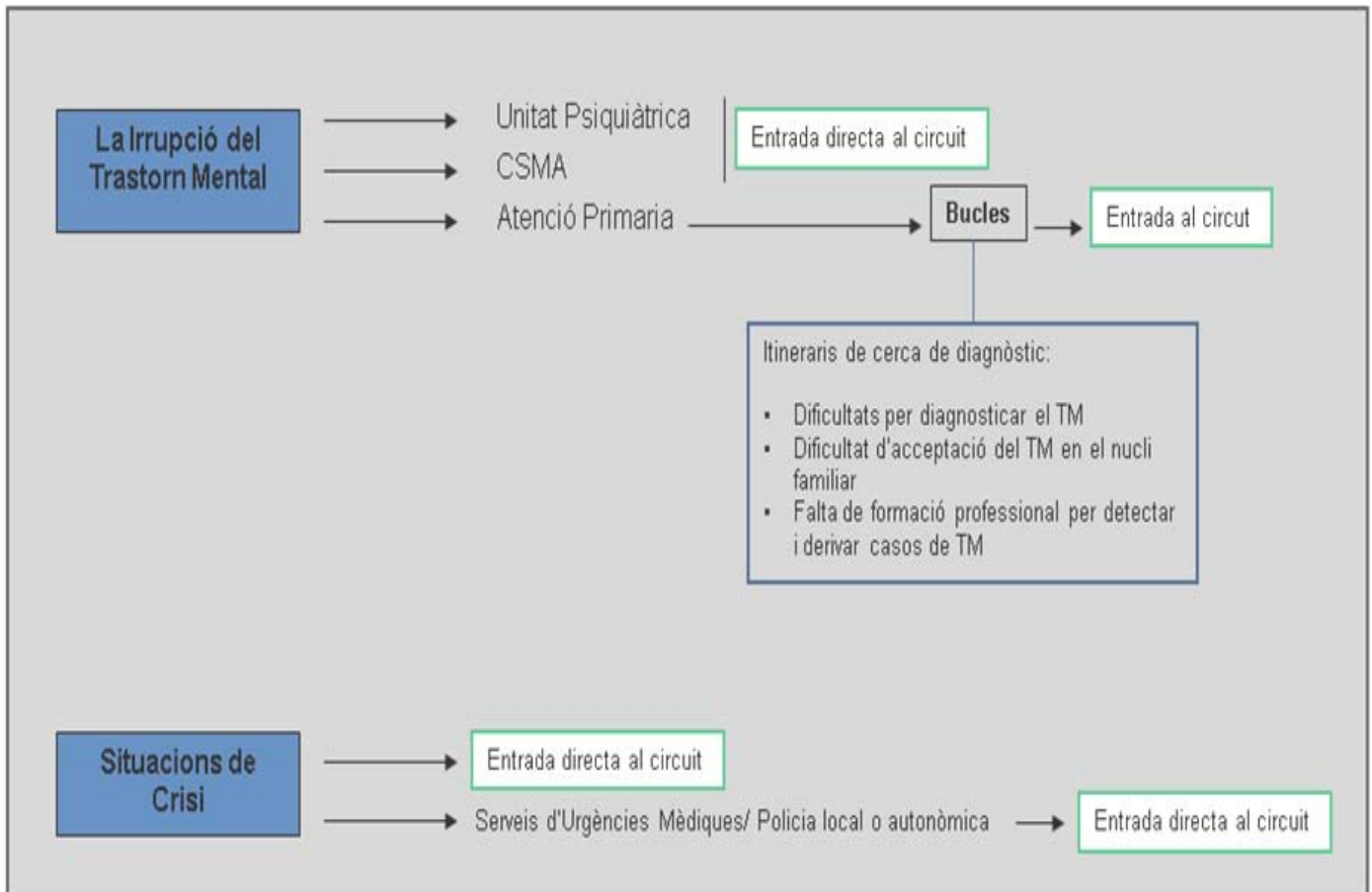
Tanmateix, des de l'equip de treball d'aquest document creiem convenient sotmetre aquestes recomanacions a un debat més ampli que reculli les propostes de tots els col·lectius implicats en matèria de salut mental: usuaris, familiars, professionals i responsables polítics.

Cal esmentar que en aquest document només hem realitzat un treball de síntesi per als casos de persones afectades per un trastorn mental que són majors d'edat; per qüestions metodològiques, no hem incorporat ni la detecció ni l'anàlisi de les persones menors d'edat ni de les seves famílies.

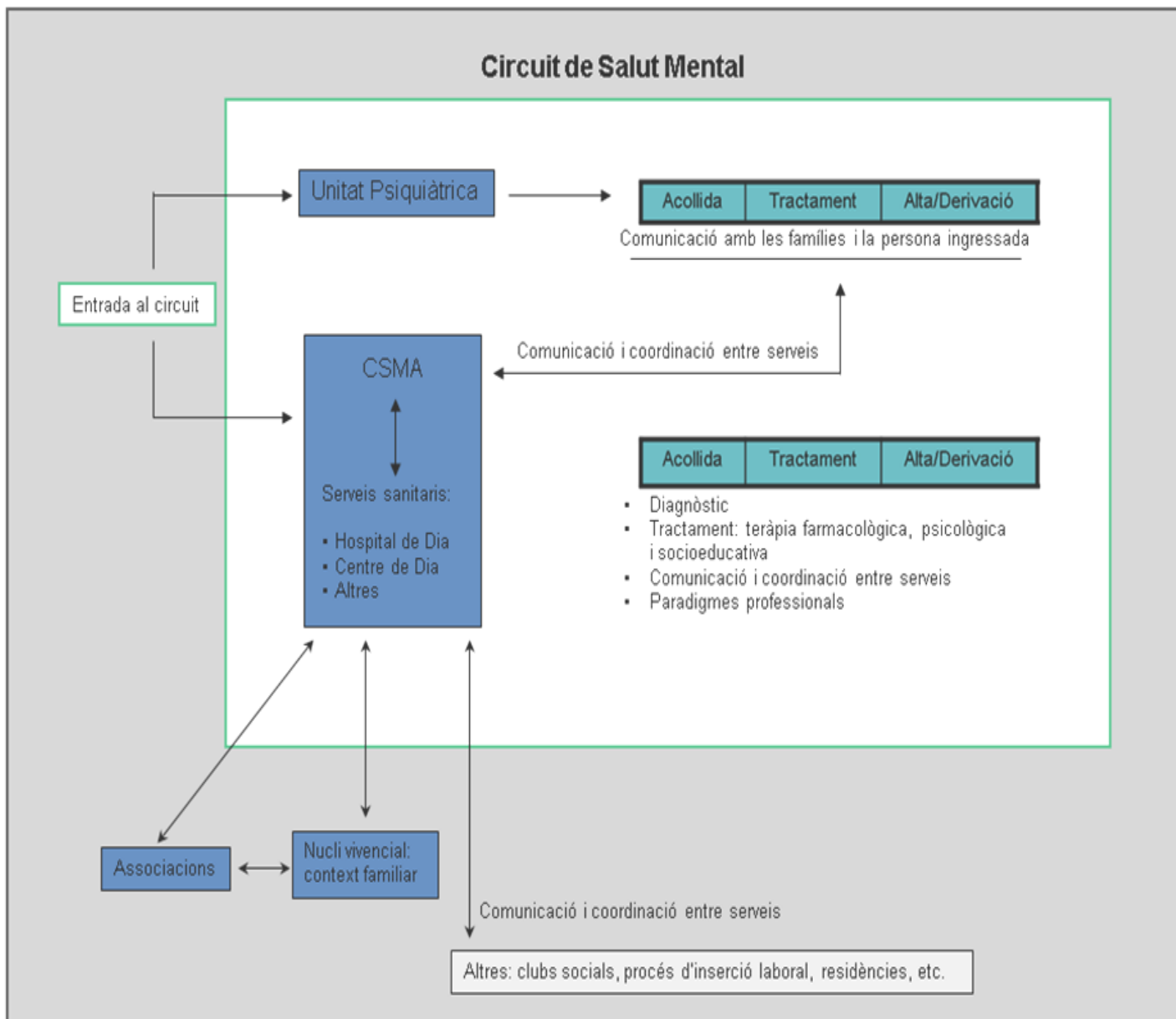
¹ SPORA Consultoria Psicosocial. La relació entre les persones usuàries i professionals en l'àmbit de la salut mental. El procés terapèutic. Projecte ADEMM: Conscienciació i empoderament dels usuaris. Divulgació de les seves opinions. Barcelona, setembre de 2009. Disponible a <http://www.ademm-usm.org/main.html?opcio=5>

2. Circuits de salut mental

2.1. Entrada al circuit de salut mental



2.2. Itineraris del circuit de salut mental



3. La irrupció del trastorn mental: la vivència de la primera crisi

La primera aparició dels símptomes del trastorn mental comporta un canvi estructural en la vida quotidiana de les persones afectades i la de les seves famílies. La irrupció del trastorn mental genera una situació de confusió extrema, fins al punt que les persones implicades no entenen quin és el sentit ni el significat d'allò que està succeint en les seves vides.

L'aparició d'un trastorn mental altera completament el funcionament quotidià de les persones: la seva rutina, el seu projecte de vida, la seves relacions socials, les seves obligacions laborals o formatives, etc.

Per exemple, les persones afectades poden trobar-se davant una situació en què elles mateixes detecten que alguna cosa en la seva vida, en la manera en què s'experimenta, no està funcionant (es té una vivència de malestar, de patiment, d'angoixa, de confusió, etc.). També es poden trobar davant d'una situació en què els membres d'una família o l'entorn perceben com a problemàtiques les conductes o les maneres de relacionar-se d'un familiar o una persona propera (la qual cosa genera una vivència de malestar, de patiment, d'angoixa, de confusió, etc.) sense que la persona se senti necessàriament implicada en aquesta situació.

La irrupció d'un trastorn mental és una situació en què les persones afectades i les seves famílies no poden entendre què està passant, i aquestes circumstàncies desencadenen una forta vivència de malestar, de patiment, de violència, de confusió, etc. En la irrupció del trastorn apareixen preguntes com: Què està passant? Què hem de fer? Per què està passant això? Què he fet perquè això estigui passant? Com ho solucionem? I a partir d'ara, què? Tornarà a passar? Què hem de fer per ajudar?

Taula 1. La vivència de la primera crisi

Persones amb trastorn mental	Famílies
<ul style="list-style-type: none"> • La persona amb trastorn mental necessita acollida (escolta professional), algú que reculli la seva vivència de la realitat. • La persona amb trastorn mental necessita rebre una explicació respecte de quines són les opcions per tractar la situació que està vivint (cal que es tingui en compte el patiment de la persona). 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessitat d'acollida i atenció específica a la família en aquest primer moment (informació sobre el sistema, sobre les dificultats diagnòstiques, orientació, etc.). • Necessitat de rebre atenció per elaborar l'impacte de la vivència i informació significativa per comprendre la situació.

4. Les situacions de crisi

Les situacions de crisi són aquelles en què la simptomatologia del trastorn mental colonitza una situació en el marc d'un context quotidià específic. En aquestes situacions es produeixen conflictes —de percepció, de comunicació o d'enteniment envers el sentit de la realitat que s'està vivint— entre les persones que hi estan implicades. Aquest fet comporta un conjunt de vivències, tant per a la persona afectada com per a la seva família, de malestar, de patiment, d'angoixa, de confusió, etc.

En el marc d'aquest conflicte es poden desencadenar situacions d'alta intensitat en què ni la persona afectada ni la família saben respondre a les vivències que estant tenint lloc. En alguns casos, aquestes vivències van acompanyades de situacions de perill o d'amenaça per a alguna de les persones implicades, i el nucli familiar es troba en la necessitat de contenir i gestionar el conflicte amb urgència. En aquest sentit, la urgència esdevé un element sistèmic de les situacions de crisi.

Les crisis poden tornar a desencadenar la vivència de la irrupció del trastorn mental quan ni la persona afectada ni la família no han rebut explicacions o pautes per gestionar aquestes circumstàncies i quan els serveis d'urgències no donen respostes ni explicacions a les demandes de les persones implicades. En aquests casos, els efectes de les vivències negatives poden amplificar-se a causa de la sensació de repetició; llavors, s'incorporen els serveis sanitaris i d'urgències com a elements coproductors del malestar que viuen les persones implicades.

En les situacions de crisi apareixen preguntes com: Per què està tornant a passar això? Per què no em fa cas ningú? Per què m'obliguen a fer tal cosa? Què haig de fer? Qui em pot ajudar en aquest moment? Quan s'acabarà tot plegat?

Taula 2. Les situacions de crisi

Persones amb trastorn mental	Famílies
<ul style="list-style-type: none"> • Amb l'arribada dels cossos policials, les situacions de crisi poden esdevenir una vivència encara més violenta. Els cossos policials no s'associen a una acollida per al tractament. • La resolució de les crisis no ha d'implicar l'ingrés forçat o involuntari. • Cal preparar la persona i el seu entorn perquè percebin factors predictors que ajudin a detectar l'arribada d'una crisi; cal educar-los i preparar el tractament per a la prevenció de crisis. • Els professionals que no formen part del circuit de salut mental no acostumen a tenir els coneixements necessaris per 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessitat que hi hagi protocols d'atenció a les emergències clars i coneguts per tots els implicats, en cada territori. • Calen més competències en salut mental del personal d'urgències, emergències i policia per poder atendre les situacions de crisi als domicilis. • La família necessita que per part dels serveis d'emergències hi hagi una consideració i atenció també cap al seu patiment. • Especialment quan l'ingrés és involuntari, es poden trobar actituds per part dels serveis d'urgències

<p>atendre una crisi. Aquest fet encara agreuja més la situació. Cal que els professionals que atenen les crisis estiguin formats en aquesta matèria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cal establir línies d'intervenció sociosanitàries que puguin tractar les crisis en el nucli vivencial mateix. 	<p>hospitalaris de manca d'atenció i retret cap a la família pel fet de demanar l'ingrés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'atenció domiciliària especialitzada de les situacions de crisi comportaria menys trasbals per a tothom.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5. Les unitats d'hospitalització psiquiàtrica

L'internament a les unitats d'hospitalització psiquiàtrica (UHP) és una de les intervencions clíniques més complexes i controvertides. Tant les persones afectades per un trastorn mental com les seves famílies o el seu entorn proper viuen aquests moments amb especial contradicció. Tot i que s'està d'acord que l'ingrés és una intervenció adequada en molts casos, l'organització de l'estructura de les UHP i les vivències que hi tenen lloc són molt traumatitzants.

L'ingrés pot representar un moment molt conflictiu quan la persona afectada no el consent. En l'ingrés no voluntari es posa en joc el valor que se li dona a la voluntat de la persona afectada i la necessitat de suport que requereix la família en els moments en què es veu desbordada per la situació.

El sistema de control que es fa servir en aquests serveis, legitimat per garantir la protecció dels interns i dels treballadors, esdevé una font de malestar tant per a les persones ingressades com per a les seves famílies. A més, les pràctiques de contenció que hi tenen lloc no acostumen a estar acompanyades d'explicacions ni d'informació significativa més enllà de les normatives del servei.

Aquest servei d'hipercontrol produeix un efecte de contrast molt gran quan les persones han de tornar a casa dels familiars. La vivència del retorn a casa resulta molt preocupant per a les famílies, atenent l'antecedent que representa aquest servei, basat en un control i una contenció que la família no pot (o no vol) oferir.

Així, sorgeixen preguntes com les següents:

- Com pot ajudar aquest servei a la recuperació d'una persona?
- Per què no se'n pot sortir?
- Per què és tan difícil poder-hi entrar?
- Per què els interns estan tan medicalitzats?
- Per què tot està monitorat?
- No és molt semblant a una presó?
- Que hem fet alguna cosa malament?
- Com és que no s'hi fa cap activitat terapèutica?
- És aquesta la manera (control i contenció) en què s'han de basar les dinàmiques que després tindran lloc a les nostres cases?

Taula 3. Unitats d'hospitalització psiquiàtrica

	Persones amb trastorn mental	Famílies
Acollida	<ul style="list-style-type: none"> • Cal informació significativa respecte tractament que es rebrà, els objectius, les expectatives clíniques, la durada, el funcionament del servei, la relació que pot establir amb la família o l'entorn proper. l'ingrés més rellevància. • L'ingrés forçat es com una pèrdua de llibertat. Cal evitar que forçat esdevingui la via per gestionar la manca de capacitats d'acollida del sistema sanitari. • establir un sistema de decisions comunitari amb totes les persones implicades (professionals, persones amb , familiars, etc) per acordar els ingressos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poden existir actituds per part dels serveis d'urgències hospitalaris de poca consideració cap a opinió i vivència de la família que demana l'ingrés. La família se sent poc compresa. • La família necessita donar la seva opinió i conèixer el pla terapèutic. • El millor ingrés és el programat i pactat (manca coordinació entre nivells).
Tractament	<ul style="list-style-type: none"> • La persona ingressada ha de saber quin és el tractament (no només el farmacològic) al qual s'està sotmetent i els canvis que aquest va experimentant en relació amb la seva evolució. • La persona ingressada ha de poder expressar les seves vivències i necessitats sense que aquestes es llegeixin exclusivament com un símptoma del trastorn mental. • Les situacions de contenció representen una vivència de violència institucional per a les persones amb trastorn mental. • La no-significació del temps en les UHP és quelcom molt conflictiu per als usuaris (fins i tot més que l'ingrés). En les UHP el temps no té sentit, i això té greus conseqüències per a la recuperació de la persona. 	<ul style="list-style-type: none"> • Els familiars han de gaudir de més accessibilitat als professionals del servei, per rebre informació i seguiment. • L'impacte de l'ingrés sobre la família requereix suport professional. • Cal repensar l'estructura actual del servei de les UHP per atendre les necessitats de les famílies: l'accés a les unitats psiquiàtriques i les visites als pacients esdevenen experiències molt dures per la seva organització i característiques: controls de seguretat, barreja de molts perfils de pacients, sales de visites controlades, etc. • La família necessita saber com es preveu la continuïtat del tractament fora de les UHP mentre dura l'ingrés. Cal ajudar la família a planificar el tractament postingrés.
Alta / derivació	<ul style="list-style-type: none"> • Deixar el servei de les UHP pot comportar una desorientació i una alliberació a la vegada. Cal donar a conèixer la continuïtat que tindrà el tractament (diagnòstic, serveis, professionals). 	<ul style="list-style-type: none"> • Les dificultats apareixen quan hi ha una manca de previsió o de coordinació de recursos postalta. És important la vinculació a un nou recurs perquè la família pugui assumir-ho.

6. El nucli vivencial

El nucli vivencial és l'espai o la llar de referència en què la persona amb un trastorn mental i la seva família conviuen de manera quotidiana. És en aquest espai on es dona la convivència entre la persona afectada i la família. Hem separat aquesta convivència en dos moments principals: el retorn després de l'ingrés i la convivència quotidiana.

En un primer moment, el retorn de la persona al nucli vivencial representa l'acollida després de l'ingrés. Aquesta acollida és plena de dubtes i dificultats en tant que la família encara està donant sentit als esdeveniments, i la persona amb trastorn mental es troba desorientada després de la seva estada en les UHP.

Aquest retorn pot generar situacions molt diverses que afectaran la convivència i l'estructura familiar. Per exemple, hi pot haver una pèrdua de llibertat —tant per a la persona afectada com per a la seva família— quan es retorna a la llar dels pares. O bé, quan es retorna a la llar pròpia, cal establir un conjunt de noves normes familiars, que potser es confronten amb les que havien funcionat històricament, per atendre les noves necessitats de la situació.

En un segon moment, la convivència quotidiana, es poden donar dinàmiques en què l'organització familiar i la seva estructura queda molt afectada: els rols familiars es redefeixen, el nucli familiar només s'organitza al voltant de la persona amb trastorn mental (apareix la càrrega familiar afegida i el nucli vivencial es tanca en si mateix) o les demandes d'ajuda no són acollides o acompanyades per entitats externes al nucli vivencial.

En definitiva, la irrupció d'un trastorn mental comporta l'aparició d'un conjunt de noves necessitats en el nucli vivencial —tant per a les persones amb trastorn mental com per a les seves famílies— que van més enllà del tractament individualitzat de la persona afectada.

Així, sorgeixen preguntes com les següents:

- Quan podré tornar a viure a casa meva?
- Per què la gent no ve a casa nostra com abans?
- He de deixar la feina per poder estar amb tu?
- Que passarà si perdo la feina?
- Quan tornaré a tenir intimitat?
- Tinc dret a alguna pensió?
- Què puc fer per ajudar?
- Què he fet malament perquè passi això?

Taula 4. El nucli vivencial

	Persones amb trastorn mental	Famílies
Després de l'ingrés	<ul style="list-style-type: none"> • La persona acostuma a tornar al nucli familiar un cop finalitzat l'ingrés. Aquest fet pot comportar una pèrdua de llibertat en tant que es retorna a casa del pares o de familiars propers. Cal fer un treball de suport que acompanyi els possibles canvis en la llar de referència. • Un cop se surt de la UHP el tractament continua fora de les seves parets. La persona necessita conèixer, de manera continuada, l'evolució del tractament i els canvis que aquest pot representar en la seva vida quotidiana. • Els canvis en la quotidianitat que comporta un trastorn mental requereixen nous serveis i tractaments, no només farmacològics. És necessari que la persona rebi la informació necessària per accedir-hi. • L'ingrés pot haver interromput la feina o els estudis de la persona. És necessari acompanyar i ajudar la persona a recuperar aquestes activitats. 	<ul style="list-style-type: none"> • La manca de coordinació de l'alta amb el centre de salut mental d'adults (CSMA) o el recurs de referència augmenta la dificultat de les famílies per fer-se càrrec de la situació. • Es troben a faltar recursos intermedis adequats entre l'hospital i la rehabilitació (comunitats terapèutiques, etc.).
La convivència	<ul style="list-style-type: none"> • El retorn a la llar familiar pot comportar el retorn als conflictes familiars o de convivència que ja havien existit abans de l'aparició del trastorn mental. És necessari donar eines terapèutiques per tractar aquests fenòmens. Aquest fet es fa més complex si es juxtaponen els símptomes del trastorn mental i els conflictes familiars. • La culpabilització és un element cognitiu que serveix per donar sentit i significat a una experiència traumàtica com la vivència d'un trastorn mental; la persona es pot culpabilitzar d'allò que succeeix o bé en pot culpabilitzar la família. És necessari establir intervencions terapèutiques per tractar aquest fenomen (psicoteràpies individuals i/o familiars). • La persona afectada necessita eines de suport per evitar l'aïllament dins el nucli vivencial. Com més elevat és l'aïllament, menys socialització i més càrrega familiar hi ha. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hi ha pocs recursos i dispositius assistencials i comunitaris de rehabilitació: centres de dia, comunitats terapèutiques, etc. A vegades, els que es poden oferir no són els adequats. La via per aconseguir-los és poc clara: si hi ha sort, es pot trobar un bon recurs. • Manquen recursos laborals i de reinserció específics per a persones amb trastorn mental (estan barrejats amb altres col·lectius). • Manquen infraestructures per facilitar la vida social i l'autonomia de les persones: pisos assistits, etc. • Augmenten les despeses familiars a causa de la utilització de recursos privats: psicoteràpia, centres d'atenció, etc. • Augmenta la preocupació pel futur del familiar afectat en primera persona;

	<ul style="list-style-type: none"> • Cal evitar que el sentit de la convivència se centri en la vivència del trastorn mental. La persona ha de gaudir d'espais fora del nucli vivencial, en què la família i la mirada clínica no siguin la mirada dominant. 	<p>avantatges i inconvenients de la incapacitació (manca d'altres recursos).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repercussió familiar dels efectes de la vivència del trastorn mental (la càrrega familiar): divorcis, deixar feines per poder tenir cura del malalt, haver-ne d'estar sempre pendent.
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

7. Els centres de salut mental d'adults (CSMA) i els dispositius assistencials

Una de les conseqüències de la irrupció d'un trastorn mental i de la convivència amb aquest és l'entrada en el circuit de salut mental o a la xarxa de serveis sanitaris. En aquests serveis es fa el diagnòstic i s'inicia el tractament corresponent per a la cura i la recuperació de la persona amb trastorn mental. Les persones amb un trastorn mental i les seves famílies entren en un circuit d'atenció i assistència, amb les seves dinàmiques i formes d'organització, que és nou per a elles. Així, al mateix temps que inicien el tractament, les persones han d'afrontar l'entrada a una nova realitat sociosanitària.

Aquesta realitat sociosanitària no acostuma a tenir en compte els efectes que tenen les seves intervencions (per activa o per passiva) sobre les persones amb un trastorn mental i les seves famílies. L'objecte d'intervenció de la xarxa sanitària tendeix a focalitzar-se en la "malaltia", en les necessitats clíniques que aquesta requereix, i deixa en segon terme la persona i el seu entorn proper, les seves necessitats psicosocials derivades de la vivència del trastorn mental i les derivades del tractament.

A més, la relació amb la xarxa sanitària es fa més complexa si es té en compte la necessitat d'assessorament i de coneixement que requereixen les persones quan s'han d'enfrontar a la vivència d'un trastorn mental. La xarxa sanitària esdevé l'agent social encarregat d'informar sobre la naturalesa i les implicacions clíniques del trastorn mental i el seu tractament. En aquests sentit, les persones afectades i les seves famílies inicien una relació de dependència amb la xarxa.

Davant d'aquesta conjuntura, les persones afectades i les seves famílies es troben en una posició molt feble davant l'entramat organitzatiu del sistema sanitari i, per efecte d'això, també davant la vivència del trastorn mental.

Així, sorgeixen preguntes com les següents:

- Què és la cura?
- I la recuperació?
- Per què uns professionals em diuen una cosa i uns altres el contrari?
- A qui haig de fer cas?
- Per què hem de fer això que diuen?
- Què podem fer nosaltres?
- A qui m'he d'adreçar si necessito més ajuda o suport?
- Per què no es té en compte el que explico?
- Com em puc recuperar si he rebut una incapacitació?

Taula 5. Els centres de salut mental d'adults (CSMA)

	Persones amb trastorn mental	Famílies
Acollida	<ul style="list-style-type: none"> • La persona afectada necessita entendre el sentit i la funció de cada servei a què accedeix. • Cal que la persona afectada pugui plantejar les seves necessitats quotidianes com a part del tractament. 	<ul style="list-style-type: none"> • La família també necessita un espai a l'inici del procés assistencial: cal conèixer les necessitats i fer-ne un diagnòstic. • Cal fer una elaboració de l'impacte emocional de la situació i del diagnòstic: fer el dol i adoptar actituds realistes.
Tractament	<ul style="list-style-type: none"> • Cal facilitar les condicions perquè es pugui crear un vincle entre les persones amb trastorn mental i les persones professionals que s'encarreguen de l'atenció i el tractament. • Els canvis de diagnòstic, de tractament, de servei o de professional de referència poden causar desorientacions en la persona amb trastorn mental. Cal fer les explicacions corresponents. • Les contradiccions i els conflictes del circuit sanitari afecten en última instància la persona amb trastorn mental. Cal reduir l'impacte de les contradiccions del sistema sobre els usuaris. • Cal donar eines perquè la persona es pugui apoderar de la gestió de la seva cura, per exemple, de la gestió de la medicació. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les famílies reclamen tenir un professional de referència dins del sistema que conegui bé el cas, al qual sigui fàcil accedir, que ajudi a coordinar els recursos i a qui puguin comentar les seves impressions. • Cal ajudar la família a desenvolupar de manera adequada un paper actiu en el procés d'atenció a la persona amb la malaltia: promoure activitats d'informació sobre la malaltia i el procés d'atenció, fomentar l'aprenentatge d'estratègies i donar suport als familiars i els cuidadors. • Cal que s'ofereixin intervencions terapèutiques específiques per a les famílies com a grup, segons les necessitats (i, en alguns casos específics, segons les patologies). És necessari plantejar diferents modalitats terapèutiques especialitzades. • Les famílies volen rebre ajuda psicològica, i la resposta només és farmacològica.
Alta/ derivació	<ul style="list-style-type: none"> • Cal realitzar l'acompanyament professional en la derivació a altres serveis de la xarxa de salut. És necessari que la derivació compti amb responsables professionals que exerceixin de referents de cada servei implicat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessitat d'acompanyament i ajuda a la vinculació a altres recursos. • Necessitat de planificació compartida (família, pacient i professional).

Taula 6. Altres nivells assistencials

	Persones amb trastorn mental	Famílies
Acollida	<ul style="list-style-type: none"> • La persona afectada necessita entendre el sentit i la funció de cada servei a què accedeix. • Cal que es treballin les expectatives tant de l'usuari com dels professionals. S'ha d'arribar a punts d'acord respecte a les intervencions que es faran i respecte a allò que s'espera de cada intervenció. 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessitat de planificar la derivació als diferents recursos on la família pugui donar la seva opinió i conèixer el pla terapèutic (per exemple, quan el pacient no vol). • Atenció primària: als professionals els manca formació en salut mental: criteris diagnòstics i de detecció (important en pediatria).
Tractament	<ul style="list-style-type: none"> • La persona necessita tractaments multidimensionals (farmacològics, psicològics, comunitaris, etc.). • La persona necessita espais de psicoteràpia per atendre i treballar les noves necessitats del tractament que implica un problema de salut mental. • El tractament pot esdevenir incapacitador per a l'autonomia de la persona. No tot el que li succeeix a la persona és per causa dels efectes del trastorn mental. • El tractament pot tenir efectes en la vida quotidiana de les persones afectades. Cal explicar quins són aquests efectes i com es poden gestionar. • Cal establir un llenguatge comú entre els serveis i els usuaris per millorar els processos comunicatius. • La incapacitació de la persona afectada per un trastorn mental acostuma a estar més associada al fet d'aconseguir que la persona tingui garantits uns serveis bàsics que no pas a una falta de capacitat individual. Cal evitar la incapacitació com a via per garantir l'accés als serveis i cal potenciar altres vies. 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessitat de coordinació entre els nivells assistencials (diferents tractaments, criteris, etc.), que es podria millorar amb un referent de contacte per a la família. • Disparitat de criteris diagnòstics i de tractament, especialment en el cas dels infants. • Atenció primària: calen formes de suport i atenció a les famílies de malalts mentals i persones amb addicció en el programa de col·laboració entre el Pla director de salut mental i addicions i l'APS (grups de cuidadors, etc.). • Atenció primària: intervencions de prevenció i de promoció en l'àmbit de la salut mental de la família a les escoles i a l'atenció primària (educació i orientació).

Alta/ Derivació	<ul style="list-style-type: none">• L'alta pot representar una vivència d'abandonament. Cal explicar el perquè de l'alta i les possibles línies de continuïtat en relació amb els serveis i l'atenció professional.• Cal iniciar sistemes d'avaluació externs a les intervencions que tenen lloc en els serveis específics i a la xarxa de serveis.	<ul style="list-style-type: none">• La família se sent molt angoixada quan el malalt ha de deixar un recurs i tornar a casa sense que hi hagi una previsió o una coordinació de recursos postalta. És important la vinculació a un nou recurs.
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

8. Les associacions

Les associacions d'usuaris i les associacions de familiars poden tenir un paper fonamental en la gestió de les necessitats de les persones afectades i les de les seves famílies. Per una banda, les associacions d'usuaris poden donar veu a les persones afectades per un trastorn mental (les seves necessitats específiques, les seves opinions o les seves reivindicacions), amb autonomia dels serveis professionals i de les famílies. Per una altra banda, les associacions de familiars poden donar veu als familiars (les seves necessitats específiques, les seves opinions o les seves reivindicacions) més enllà del sistema sanitari i del seu plantejament actual. Així mateix, ambdues poden establir sinergies per treballar els problemes socials vinculats a la salut mental en què troben immersos tant uns com altres (i trencar així l'hegemonia dels enfocaments individualistes en salut mental).

Taula 7. Les associacions

Persones amb trastorn mental	Famílies
<ul style="list-style-type: none"> • Manca de presència visible de les associacions d'usuaris de Catalunya. • Les associacions d'usuaris amplien l'enfocament individualista de la xarxa de salut mental. Aquestes entitats ens recorden la importància del tractament comunitari dels problemes socials que envolten la salut mental. • Les associacions d'usuaris un marc de referència per a les persones afectades respecte al tractament, a les necessitats i a les vies de gestió que poden tenir. • La seva participació potencia de les persones afectades. • Les associacions d'usuaris poden esdevenir un referent en tant que les persones que s'hi agrupen poden construir un coneixement expert respecte al funcionament del circuit de salut mental (necessitat incloure aquests coneixements en el marc estratègic i el disseny del circuit). • Les associacions són espais on compartir experiències fora del nucli familiar i clínic. • Cal afavorir la seva participació en els òrgans de decisió en salut mental. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les associacions ajuden amb l'acolliment i l'acceptació del trastorn: normalitzar la situació. • Les associacions ajuden a orientació i presa de decisions (recursos legals, sanitaris, invalidesa, • Activitats d'esbarjo i decans per a la família i el malalt. • Hi ha desconeixement d'aquest recurs, a vegades es tarda massa a trobar-lo. • Les associacions reclamen que s'afavoreixi la seva participació en els consells de salut territorials. • Necessitat de relació entre associacions i xarxa sanitària per crear sinergies i vincles de confiança.

9. Fenòmens transversals

En aquest últim apartat volem comentar un conjunt de fenòmens que són transversals a les situacions que hem explicat fins ara. Aquests fenòmens tenen una presència que va més enllà d'un context específic o d'una situació concreta.

Taula 8. Fenòmens transversals

	Persones amb trastorn mental	Famílies
L'estigma	<p>Es detecten tres línies d'estigmatització:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estigmatització des de les relacions de distància (mitjans de comunicació i estigma social): processos d'exclusió social. • Estigmatització des de la proximitat (familiars i professionals): processos d'infantilització de la persona o processos de cronificació del trastorn mental. • Estigmatització des d'un mateix: processos d'autoestigmatització. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estigmatització des de les relacions de distància (mitjans de comunicació i estigma social): processos d'exclusió social. • Estigmatització des d'un mateix: processos d'autoestigmatització.
Paradigmes professionals	<ul style="list-style-type: none"> • No hi ha objectius compartits entre els diferents serveis de salut mental: això genera una manca de coordinació i comunicació, i l'usuari acaba exercint de coordinador entre els diferents serveis. • Les línies d'intervenció terapèutica basades en la contenció entren en contradicció amb les línies d'intervenció terapèutica basades en la recuperació de la persona: les persones amb trastorn mental reben consignes professionals contradictòries dins el circuit de salut mental. • No hi ha objectius compartits entre els serveis sanitaris i els serveis d'inserció laboral i rehabilitació social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Predomini del model mèdic basat en la teràpia farmacològica: actituds de desconfiança i exclusió de la família en el procés. • Dificultats d'accés i de comunicació (poc contacte amb la família). • Necessitat de criteris comuns mínims d'intervenció i coordinació en l'atenció a la salut mental (especialment en infants). • Manca de treball en equip perquè el referent sigui efectiu en el seu treball. • Necessitat d'establir els criteris per a l'atenció a la família i als pacients sense vulnerar la confidencialitat i la dignitat dels tots els implicats.
El sentit del diagnòstic	<ul style="list-style-type: none"> • El diagnòstic és un procés i una eina clínica per orientar el tractament. Cal que s'expliqui així als usuaris i als seus familiars. Cal donar eines per fer entendre que el diagnòstic en salut mental és un procés que va canviant amb el pas del temps i que no té un final preestablert. 	

	<ul style="list-style-type: none"> • El diagnòstic és una eina clínica fonamental. Tanmateix, en cap cas no es pot reduir la persona amb un trastorn mental al seu diagnòstic. La persona és més que el seu diagnòstic.
<p>La promoció i la prevenció en l'àmbit de la salut mental</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar les intervencions de prevenció i de promoció en l'àmbit de la salut mental de la família en escoles i en l'atenció primària (escoles de pares, educació sobre drogues, afectivitat, etc.). • Afavorir criteris comuns i una coordinació real que permetin establir polítiques més integrades entre els recursos de diversos departaments que actuen en un mateix territori sobre els mateixos col·lectius. Salut: centres de salut mental d'adults i centres de salut mental infantil i juvenil (CSMA/CSMIJ), hospitals; Educació: equips d'atenció primària (EAP), escoles ordinàries, centres d'educació especials; Acció Social i Ciutadania: Direcció General d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència, Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS), centres de desenvolupament infantil i atenció precoç (CDIAP).