

# **Cartera de serveis d'atenció a les famílies de persones amb trastorn mental greu i/o dependència de substàncies**



© 2011 Generalitat de Catalunya

Departament de Salut  
Trav. de les Corts, 131-159  
Edifici Ave Maria  
08028 Barcelona

[www.gencat.cat/salut](http://www.gencat.cat/salut)

<http://canalsalut.gencat.cat/>

**Edició:** Generalitat de Catalunya

**Coordinació editorial:** Pla director de Salut Mental i Adiccions, Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris, Departament de Salut

**Elaboració:** Pla director de salut mental i addiccions i Epirus css

**Coordinació:** Eulalia Masachs

**Assessorament i correcció lingüística:** Secció de Planificació lingüística del Departament de Salut

**Primera edició:** Barcelona, juliol de 2011



## Sumari

1. Introducció.....	4
2. La família com a usuària de la xarxa de salut mental i addiccions.....	7
3. Propostes per millorar l'atenció directa a la família des de la xarxa de salut mental i addiccions.....	9
3.1. Procediments de suport a la família en el procés assistencial.....	9
1 Acollida de la família i avaluació inicial de les seves necessitats .....	9
2 Atenció en situacions crítiques en què la família necessita suport .....	10
3 Seguiment de la família.....	11
4 Atenció a la família en l'hospitalització.....	11
5 Existència d'un referent de la família en cada dispositiu assistencial .....	13
6 Inclusió de la família en el PTI , PAE-TMSi PAI-TMG.....	14
7 Atenció a domicili i suport a la família .....	14
3.2. Suport a la família com a cuidadora: grups de familiars .....	16
3.3. Suport especialitzat a la família com a grup: teràpia familiar.....	18
4. Propostes per millorar l'atenció a la família des de la coordinació dels recursos intersectorials i de suport social en el territori.....	20
5. Propostes d'organització institucional i suport als professionals per promoure l'atenció a la família. ....	24
6. Consideracions sobre aspectes ètics i legals relacionats amb l'atenció a la família....	26
6.1. Els drets dels pacients i l'atenció a la família.....	26
6.2. Situacions conflictives respecte a la confidencialitat en la relació assistencial i l'atenció a la família.....	26
6.3. Altres recomanacions.....	28
7. Resum de les propostes.....	29
8. Membres dels grups de treball que han participat en l'elaboració d'aquest document	33

## 1. Introducció

És prou conegut que la irrupció del trastorn mental greu i/o l'addicció en el si del nucli familiar comporta un impacte sobre tots els seus membres. Els sentiments, les preguntes i reaccions de tot ordre que desperta aquesta situació generen un nivell de malestar que pot comprometre la salut del grup familiar. Les famílies que s'han trobat amb aquest tipus d'experiència destaquen com la confusió de sensacions i la dificultat per comprendre el que està passant poden donar lloc inicialment a una limitació en la gestió dels recursos i a l'aïllament social, agreujat també pel problema de l'estigmatització que tenen la malaltia mental i l'addicció. Així mateix, la implicació de la família en el procés de cura és un fet generalment ineludible i sovint el punt de suport principal. La convivència amb la persona afectada i la realitat de la cronicitat no és senzilla i el paper de la família com a cuidadora pot quedar-ne afectat. Mantenir una dinàmica familiar que permeti aquesta funció, sense caure en el desgast, requereix de suport professional i social que ajudi a adquirir les capacitats necessàries per fer-ho.

Tot i que està prou demostrat que la intervenció sobre la família produeix beneficis, no només en les persones que la integren, sinó en l'evolució de la persona afectada pel trastorn mental o l'addicció, els serveis d'atenció a la salut mental i drogodependències no sempre han tingut prou en compte aquesta realitat. Massa sovint, la mateixa organització dels dispositius i les actituds dels professionals no han estat prou orientats a l'atenció de les necessitats familiars i ha mancat una visió integrada de la família com a conjunt i de l'important paper que aquesta té en la cura de la salut mental.

El PDSMiAd<sup>1</sup> estableix en el document marc que el suport a les famílies és un element clau dins un model d'intervenció que es defineix en base al suport comunitari i la rehabilitació. La finalitat d'aquest document és definir l'oferta d'atenció a les famílies des de la xarxa de salut mental i drogodependències, en el marc del territori i el compromís del PDSMiAd i de les institucions proveïdores amb aquest objectiu.

<sup>1</sup> Pla director de salut mental i addiccions.

En termes generals aquesta oferta hauria de:

- Garantir que en la tasca diagnòstica i terapèutica es tingui present l'entorn familiar, atenent i valorant la perspectiva de la família en la comprensió i intervenció davant del trastorn.
- Respectar el dret de la família a rebre una informació respectuosa i de qualitat de tots els professionals implicats en el procés assistencial.
- Diferenciar les propostes adreçades al suport i l'acompanyament d'altres adreçades a la consecució dels canvis necessaris per a la millora de la salut familiar.
- Considerar la transversalitat de l'atenció a la persona amb trastorn mental i a la seva família.
- Abordar les necessitats variables d'atenció a la família en els diferents moments de l'evolució de la patologia mental: prevenció, fase inicial de la malaltia, els moments de crisi, la cronificació.
- Considerar especialment dins el sistema les necessitats específiques dels moments de transició (com, per exemple, el pas d'infant/jove a adult) que afecten específicament els malalts i les seves famílies.
- Fomentar la relació amb les associacions de familiars que treballen en l'entorn territorial.
- Tenir present les diferències familiars i culturals actuals.
- Tenir en compte l'aportació positiva que la persona amb trastorn mental (TM) pot fer al grup familiar i evitar posar l'accent en el malalt només com a càrrega familiar, sinó que se l'ha de considerar com a membre actiu que pot fer aportacions saludables.

Les bases per definir aquesta cartera de serveis han estat les recomanacions existents en el mateix Pla director, conjuntament amb els resultats de l'estudi sobre *Necessitats d'atenció a les famílies de persones amb malaltia mental greu i/o addicció des de la xarxa sanitària*<sup>2</sup>, realitzat el gener del 2010. Aquesta informació ha estat sotmesa a l'opinió experta d'un grup de professionals de la XSMiAd,<sup>3</sup> de representants d'associacions de professionals i de familiars, que finalment n'han concretat el contingut.

<sup>2</sup> *Necessitats d'atenció a les famílies de persones amb malaltia mental greu i/o addicció des de la xarxa sanitària*, PDSMiA, Departament de Salut, 2010. Disponible a:

<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2124/atenfamilimental.pdf>

<sup>3</sup> Xarxa de salut mental i addiccions.

Els punts i les propostes que desenvolupa aquest document s'estructuren en cinc apartats:

I. La definició de com s'entén **la família com a usuària de la XSMiAd**, punt de partida des del qual es justifiquen les propostes que hi ha a continuació.

II. **Propostes per millorar l'atenció directa a la família des de la XSMiAd**: responen a les necessitats de la família derivades dels diferents moments del procés evolutiu de la malaltia mental o addicció. Es té en compte la família des de dues perspectives inseparables –com a subjecte d'atenció i com a subjecte cuidador– i els tipus d'intervencions:

- a. Procediments de suport a la família en el procés assistencial.
- b. Suport a la família com a cuidadora: espais d'atenció i aprenentatge en grup.
- c. Suport especialitzat a la família com a grup: teràpia familiar.

III. **Propostes per millorar l'atenció a la família des de la coordinació dels recursos intersectorials i de suport social en el territori**: fan referència a les necessitats familiars relacionades amb l'atenció que va més enllà de l'àmbit sanitari i requereix coordinació i entesa entre altres sectors de serveis i recursos socials, educatius i comunitaris, per tal d'oferir una atenció integral.

IV. **Propostes d'organització institucional i suport als professionals que promoguin l'atenció a la família** relacionades amb les necessitats organitzatives de les entitats prestadores de serveis i dels seus professionals, per facilitar que es dugui a terme una atenció adequada de les famílies.

V. Finalment apuntem unes **consideracions sobre aspectes ètics i legals relacionats amb l'atenció a la família** per tal d'aclarir les pautes de confidencialitat i ètica en un procés que implica diferents actors.

## **2. La família com a usuària de la xarxa de salut mental i addiccions.**

Partint del concepte d'atenció integral que estableix el PDSMiAd, la família s'ha de considerar sota dos punts de vista:

- com a cuidadora principal, especialment en els casos de més gravetat i cronicitat,
- com a una usuària de la xarxa de salut mental o de drogodependències per l'impacte de l'aparició del trastorn mental en un dels seus membres.

Per això la família ha de ser atesa tant en les seves necessitats d'informació i aprenentatge, que afavoreixin el seu paper actiu en la cura i rehabilitació de la persona amb trastorn mental o addicció, com en les necessitats terapèutiques i de suport que genera la situació. Així mateix, la família ha de ser objecte d'intervencions terapèutiques específiques quan hi ha disfuncions familiars importants.

L'atenció a la família s'ha d'entendre com a part indestriable de l'atenció integral. Una atenció de qualitat en salut mental i drogodependències ha de tenir en compte l'atenció, el suport i l'orientació a la família.

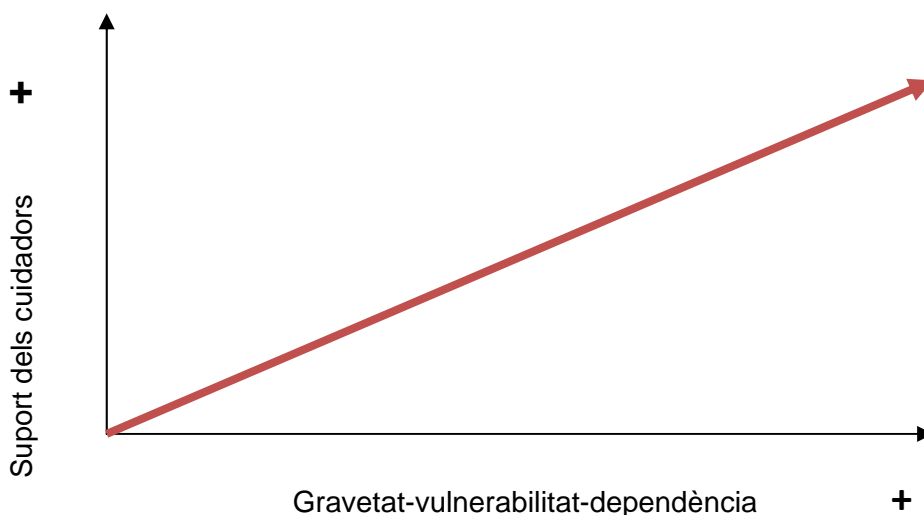
A l'hora de prestar assistència a la família, és important tenir en compte la diversitat familiar actual i diferenciar les persones que poden presentar més vulnerabilitat, com són les que assumeixen el rol de cuidadores o els menors implicats en la convivència i la dinàmica familiar. En aquest document entenem per família principalment les persones vinculades emocionalment, biològicament i/o jurídicament que constitueixen el nucli de convivència en el qual es troben els pacients, i inclou les persones que tenen funcions legals de tutela encara que no tinguin vincle familiar amb els pacients.

En els casos més freqüents, l'atenció a la família es motiva pel criteri d'integralitat esmentat (biopsicosocial), és a dir, com a entorn pròxim i decisiu del pacient i com a cuidadors principals. Com més vulnerable i dependent de tercers és una persona, més necessitats de cures informals tindrà i, per tant, el paper dels cuidadors i també la seva càrrega seran més decisius.

En les situacions de més fragilitat i dependència dels pacients, els cuidadors han de ser més atesos en les seves necessitats, més informats i més activament participatius en el

procés terapèutic. Més enllà de les normes legals, de les quals parlarem en l'apartat V, la praxi assistencial considerada de qualitat ha de procurar incorporar la família en el procés terapèutic en els casos esmentats.

**Gràfic1. Relació entre la gravetat o dependència dels pacients i la necessitat de suport dels cuidadors**



Mereix una menció especial el cas de l'atenció infantojuvenil en què la relació amb la família adopta aspectes singulars. Si l'aparició d'un trastorn greu afecta el grup familiar de manera important, l'impacte és enorme quan es tracta d'infants, ja que s'hi suma el dolor per la pèrdua de l'infant idealitzat i l'exigència d'una cura que és molt intensa.

En la primera infància i en molts casos d'edat escolar la família està integrada en el tractament de la criatura i la presència i participació de la mare o el pare en les visites és imprescindible. En el cas dels adolescents també hi ha una particularitat. La dificultat de vinculació i l'exigència de confidencialitat dels adolescents requereix una cura especial en la relació amb els pares i mares (vegeu l'apartat 6).



### **3. Propostes per millorar l'atenció directa a la família des de la xarxa de salut mental i addiccions.**

Haurien de ser destinatàries d'aquestes propostes aquelles famílies en què un dels seus membres pateix un trastorn mental greu o un trastorn per dependència de substàncies, tant si els pacients estan vinculats als serveis assistencials, com si aquests tenen una vinculació difícil o nul·la a la xarxa i és la família qui consulta.

#### **3.1. Procediments de suport a la família en el procés assistencial**

**Es defineixen uns procediments d'atenció a la família durant el procés assistencial.** En base al model de gestió territorial que proposa el PDSMiAd, aquests procediments han de ser garantits pels dispositius de la xarxa. **Qualsevol dispositiu assistencial ha de tenir un procediment d'atenció a la família, adequadament protocol·litzat,** amb independència de com es coordinen els serveis i del fet que algun servei pugui tenir un paper prioritari d'acord amb la vinculació dels pacients, generalment el centre de salut mental d'adults (CSMA), el centre de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ) o el centre d'atenció i seguiment (CAS), o altres, segons la vinculació de la persona amb trastorn mental.

L'oferta d'espais d'atenció familiar en el procés assistencial ha d'incloure:

##### **1 Acollida de la família i avaluació inicial de les seves necessitats**

S'entén per **acollida** l'atenció i l'actitud que permet establir un vincle terapèutic i de col·laboració de la família en el procés assistencial, així com detectar-ne les necessitats. Això inclou aspectes de:

- Escolta i contenció de l'impacte emocional de la situació;
- Orientació i informació sobre el trastorn i el seu procés terapèutic;
- Avaluació de les necessitats familiars.

**L'avaluació de les necessitats familiars** té com a finalitat la detecció de necessitats per orientar-ne l'atenció i l'avaluació de capacitats i que s'impliqui en el procés assistencial. L'avaluació familiar ha de ser estructurada i ha tenir en compte com a mínim els aspectes següents:

- Coneixement de l'estructura i la dinàmica familiar i identificació del cuidador o cuidadors principals.
- Potencial de contenció i de cura de l'entorn familiar i coneixements i consciència que la família té del problema.
- Situacions de risc i necessitats d'atenció a la salut familiar.
- Necessitats socials i comunitàries.

En relació amb l'acollida de la família cal tenir en compte que:

- L'acollida i especialment la valoració de necessitats familiars pot ser un procés i **cal no atribuir-la a un sol acte assistencial, ni a un sol professional**, i que depengui de l'organització de cada servei.
- L'acollida a la família **s'ha d'oferir en tots els dispositius de la xarxa** en el moment en què els pacients hi accedeixen. La història clínica compartida ha de permetre **evitar la redundància pel que fa a l'exploració o avaluació** de la situació familiar.
- Els serveis han de garantir **l'atenció a famílies** que consulten per situació conflictiva **relativa a un dels seus membres que no ha estat identificat com a pacient**. L'Administració ha de posar els mitjans perquè **es pugui comptabilitzar aquesta activitat assistencial**.

## **2 Atenció en situacions crítiques en què la família necessita suport**

La família necessita ser atesa a demanda i de la manera més ràpida possible quan es troba en situacions difícils en les quals necessita contenció i consell professional (gestió de les crisis, reingressos, processos d'inserció laboral, etc.). Això pot a la vegada millorar l'abordatge, escurçar la situació de crisi i evitar, per exemple, un ingrés hospitalari.

### **3 Seguiment de la família**

Des de la xarxa d'atenció de salut mental i addiccions ha d'existir un seguiment actiu de la família, la freqüència del qual ha de ser en funció de les necessitats i objectius a treballar. De manera orientativa, es podria considerar un mínim de dos cops l'any per als casos de menys gravetat, fins a l'atenció continuada quan el cas ho requereix. El seguiment ha d'anar lligat a la figura del **referent de la família** (*vegeu més endavant l'apartat 3.1.5.*), habitualment en el servei on es troben vinculats els pacients.

En el cas de la xarxa d'atenció infantojuvenil, la presència constant de la família en el tractament fa que el concepte de seguiment no es plantegi com un fet independent de l'atenció als pacients i es doni més rellevància a la família com a element terapèutic.

### **4 Atenció a la família en l'hospitalització**

Tot i que l'atenció a la família ha de fer-se efectiva des de cadascun dels dispositius assistencials de la xarxa, l'impacte familiar que comporta l'ingrés hospitalari, fa que sigui d'especial rellevància organitzar una forma d'atenció que tingui en compte les diferents fases del procés d'hospitalització.

**L'atenció a la família durant l'hospitalització ha d'incloure com a mínim:**

- **Entrevista d'acollida a la família** amb la finalitat de recollir informació i informar sobre el pla terapèutic (*vegeu apartat 3.1.1*).
- **Contacte periòdic** amb la família durant l'ingrés mitjançant dos tipus de referents professionals:
  - **infermer/a referent de sala**, a qui la família pot trucar per informar-se de l'evolució dels pacients en la seva estada.
  - **Metge/essa o facultatiu/iva responsable del cas**, a qui la família ha de poder adreçar-se per demanar informació sobre l'evolució clínica.
- La família ha de tenir **informació escrita d'utilitat sobre el procés d'ingrés i sobre la disponibilitat dels referents**:
  - Descripció del procés d'ingrés
  - Descripció del funcionament del servei
  - Règim i horaris de visita
  - Telèfon i horari per contactar amb l'infermer/a de sala
  - Telèfon i horari per contactar amb el facultatiu/iva responsable
- **Entrevista o entrevistes de preparació de l'alta** amb l'objectiu de planificar l'alta i establir una vinculació amb el proper recurs que atindrà els pacients.
- **Entrevista de finalització** amb l'objectiu de tancar el procés d'hospitalització, de valorar-ne els objectius aconseguits i acompanyar el procés de continuïtat assistencial en els CSMA, CAS o recurs de referència.

## 5 Existència d'un referent de la família en cada dispositiu assistencial

Per tal de garantir l'atenció a la família és imprescindible que dins de cada servei o dispositiu assistencial en què es trobin els pacients, es determini un professional de referència perquè l'atengui, **que pot ser el mateix que el dels pacients.**

Cada dispositiu hauria de **tenir un protocol que especifiqui les funcions del referent de la família.** Aquestes funcions van adreçades fonamentalment a ser l'interlocutor per acompanyar, atendre i donar resposta ràpida, efectiva i consensuada a les demandes de la família, ja sigui per solucionar-les o per derivar-les al professional més adient. El referent ha d'estar format en atenció a la família.

Les **funcions del referent de la família** poden variar segons la tipologia del servei, però han de garantir els aspectes següents:

- Establir un vincle terapèutic amb la família i una relació de continuïtat.
- Conèixer i revisar periòdicament tant l'avaluació familiar com el pla d'actuació amb la família.
- Conèixer les intervencions realitzades i el PTI<sup>4</sup> dels pacients.
- Garantir que la valoració i la intervenció familiar estigui integrada al PTI de cada pacient.
- Tenir cura de la vinculació de la família en el moment del canvi cap a un nou recurs assistencial.
- Coordinar la informació i les necessitats d'atenció a la família entre els professionals de l'equip assistencial.
- Tenir cura de l'atenció a la família en situacions crítiques. Ha de garantir una **accessibilitat alta** amb una prioritat **d'atenció immediata** almenys telefònicament. L'equip ha de garantir aquesta accessibilitat quan el referent no la pot oferir personalment.

<sup>4</sup> Pla terapèutic individualitzat.

## **6 Inclusió de la família en el PTI , PAE-TMS<sup>5</sup>i PAI-TMG<sup>6</sup>**

El PTI ha d'incloure l'avaluació familiar, els objectius i, si s'escau, el pla terapèutic específic per a la família i la revisió periòdica semestral o en funció de canvis significatius, amb la participació del referent de la família. Igualment ha d'ocórrer en el PAE-TMS i en el PAI-TMG en el cas d'infantojuvenil.

## **7 Atenció a domicili i suport a la família**

L'experiència del PSI,<sup>7</sup> així com les experiències d'atenció dels CSMA i d'urgències a domicili han demostrat que aquest recurs potencia la capacitat de contenció familiar, amb l'estalvi d'ingressos i de situacions d'empitjorament consegüents.

En l'estat actual dels recursos de la xarxa especialitzada, l'oferta d'aquest servei és encara baixa. És recomanable que cada territori, tenint en compte els diferents serveis que hi poden intervenir, tingui elaborats els criteris de prioritat per utilitzar-la i ampliar-la en la mesura que sigui possible.

L'atenció domiciliària a la persona afectada com a suport que suposa a la família, i que està previst com a actuació normalitzada al PDSMiA i al Conjunt Mínim de Bases de Dades (CMBD) s'hauria d'ampliar i/o incloure en l'oferta de serveis en base a diverses finalitats:

- **Organització de serveis d'atenció urgent a domicili en el territori**

Cal coordinar adequadament el sistema d'emergències mèdiques, equips de salut mental especialitzats (ESME),<sup>8</sup> l'atenció primària, el PSI i l'atenció domiciliària convencional dels CSMA. Cal que els CSMIJ també disposin d'aquest servei.

- **Atenció a domicili dels pacients si no és possible el vincle al servei i aquesta atenció està indicada.**
- **Visites domiciliàries des dels serveis assistencials per valorar l'entorn, el tractament i el suport familiar.**

<sup>5</sup> Pla d'atenció especial al trastorn mental sever.

<sup>6</sup> Pla d'atenció individualitzat al trastorn mental greu.

<sup>7</sup> Programa de seguiment individualitzat.

<sup>8</sup> És un servei mòbil d'atenció a les urgències i visites domiciliàries.

**Recomanacions sobre l'organització assistencial que ajudarien a millorar el suport a la família**, i que no són d'intervenció directa en l'àmbit familiar:

- **Registres clínics compartits** que donin suport a una millor coordinació de l'atenció als pacients i a les famílies.
- **Existència d'un referent del cas dins la xarxa**, que actuï amb capacitat executiva en els diferents nivells assistencials.
- Implantació, en els casos més greus, d'un **PTI transversal**, que sigui compartit com a projecte assistencial, entre els diferents dispositius i nivells assistencials i que inclogui l'atenció a la família.
- En situacions de risc, **desenvolupament de mesures de suport domiciliari intensiu** i, quan estigui indicat, **incentivació dels ingressos programats** com a forma de garantir la continuïtat assistencial i la cura de la família.
- **Millora de la coordinació de les transicions dels pacients dins la xarxa:**  
(a) el pas de centres de desenvolupament infantil i atenció precoç (CDIAP) a CSMIJ i accés a l'escola, (b) el pas de CSMIJ a adults i el final de l'escola i (c) el pas entre diferents dispositius especialment les altes hospitalàries.
- Establiment de mesures que permetin **corregir la desconexió entre dispositius i nivells assistencials i detectar les necessitats d'atenció d'altres membres de la família quan s'atén un usuari**, sobretot en el cas de fills menors de persones amb trastorn mental, com dels adults responsables de l'infant tractat o la detecció d'altres membres amb trastorn mental dins la família.
- Especialment en la xarxa d'atenció infantil i juvenil, esforç de consens sobre els criteris diagnòstics i d'actuació entre els serveis, que **eviti discrepàncies o contradiccions que creen confusió i malestar en l'usuari i la família**.

## 3.2. Suport a la família com a cuidadora: grups de familiars

El PDSMiAd reconeix el paper de la família com a font d'ajut psicoterapèutic. Però sabem que davant de l'aparició del trastorn mental greu o l'addicció greu en un dels seus membres és tota la família que en pateix els efectes, es deteriora també la seva qualitat de vida i es dificulta la seva funció de cura. Per aquest motiu, els serveis han d'oferir **activitats d'atenció familiar**, tant **individuals** (de la família com a grup) com **grupals** (grup de famílies o grup multifamiliar), **adreçades a la millora i l'adquisició de capacitats** que ajudin a:

1. Reduir el desgast emocional de la família, i millorar la seva dinàmica i qualitat de vida.
2. Potenciar el rol terapèutic de la família i la seva funció cuidadora de forma saludable.

### Grups de famílies

**Els models d'intervenció grupal a familiars** poden ser diversos en funció de la seva finalitat: informatius, psicoeducatius, psicoterapèutics, de suport o contenció emocional. Les **activitats grupals de suport a la família com a cuidadora** han de cobrir com a mínim els objectius de:

- **Informació sobre els serveis del territori i com utilitzar-los:** horaris d'atenció, la figura i importància del referent familiar i dels altres professionals que intervenen i l'ajustament d'expectatives respecte al que la xarxa pot oferir.
- **Comprensió del trastorn mental**, assessorament sobre el procés emocional que viuen els pacients i la família, l'acceptació de la cronicitat, la importància de considerar els aspectes sans i la implicació de la família en l'evolució del procés.
- **Adquisició d'habilitats i capacitats** que promoguin maneres saludables de relacionar-se amb els pacients, promoure'n l'autonomia, gestionar els conflictes i les situacions que angoixen, la prevenció de recaigudes i el maneig de símptomes.
- **Suport emocional** per a l'elaboració de l'impacte i l'acceptació del trastorn i els sentiments que genera (la culpa, l'estigma social, etc.), la importància de la cura del cuidador i de mesures que protegeixin les capacitats familiars (lleure, relacions de parella, relacions socials, feina, etc.).



**L'organització dels grups de famílies** ha de tenir en compte els aspectes següents:

1. Conveniència de fer aquestes activitat **en grup**: l'experiència d'activitats en grup demostra que tenen un efecte terapèutic de més suport emocional i aprenentatge i permeten arribar a més persones de forma més eficient.
2. L'activitat grupal **no exclou l'atenció individual**, que ha d'existir sempre com a espai assistencial que també pot ser d'aprenentatge.
3. Els models d'activitat grupal familiar són diversos i segons la seva finalitat requereixen una **periodicitat i uns horaris** determinats. Els serveis han d'ampliar la seva disponibilitat horària per facilitar la participació dels afectats.
4. Cal oferir aquestes activitats en **el moment evolutiu i la situació adequats** i establir uns criteris de selecció de les famílies que hi poden participar (criteris d'inclusió). No totes les famílies hi estan indicades.
5. L'activitat ha de ser organitzada des d'un plantejament **d'atenció transversal de tots els trastorns mentals greus**. No necessàriament per diagnòstics, encara que segons els objectius dels grups pot caldre fer intervencions específiques per patologies.
6. S'han de dur a terme **en el nivell assistencial de continuïtat en el territori**: CSMA, CSMIJ, CAS o altres dispositius de primer nivell (centre de dia, etc.).
7. S'ha de **promoure un lligam entre les activitats educatives realitzades dins la xarxa sanitària i l'oferta de les associacions de familiars**, per oferir continuïtat amb els grups d'ajuda mútua o altres activitats. Aquesta tasca de continuïtat també és especialment important en el cas dels pares i mares d'**adolescents amb TMG**, quan el diagnòstic queda clarament definit i es necessita més suport.
8. **Integració dins els serveis**: derivació activa als grups per part de tots els professionals.
9. S'ha d'exigir una **avaluació dels resultats**.

Dins de l'atenció grupal, existeix també la **intervenció multifamiliar**. En aquest model participen en el grup **diferents famílies i s'hi inclou el membre afectat**. Els objectius d'aquest tipus de grup són:

- Oferir suport a la família, i possibilitar una comprensió diferent a les situacions viscudes en el context familiar.
- Compartir un espai amb altres famílies que viuen les mateixes experiències.
- Promoure la comunicació dins de l'àmbit familiar.

- Facilitar la comunicació entre diferents membres de diferents famílies per comprendre millor els conflictes que comparteixen.
- Proporcionar un espai de reeducació emocional per millorar la convivència.

Per a la **intervenció en grups de famílies en el camp infantojuvenil** es poden compartir els mateixos objectius que els assenyalats anteriorment, però generalment cal tenir en compte que l'agrupament és més efectiu quan es reuneixen famílies amb fills d'edats similars, ateses les característiques evolutives de cada etapa. La inclusió del menor dins grups multifamiliars no sempre és convenient per la vulnerabilitat dels infants i adolescents. En canvi, són molt aconsellables **grups paral·lels**, d'una banda amb els pacients infantils o adolescents joves i, de l'altra, amb els seus pares i mares, cadascun dels grups paral·lels amb els seus respectius terapeutes.

També en el treball amb infants, caldria prioritzar algunes tasques amb famílies de pacients que no pateixen TMG, però en què els pares o mares tenen dificultats per exercir les seves funcions per manca de consistència personal, i converteixen els seus fills en casos potencials de risc de TMG en el futur. Amb aquestes famílies és aconsellable realitzar **una tasca preventiva** amb l'objectiu d'orientar, facilitar eines i donar suport a fi i efecte d'estimular un millor exercici de les funcions parentals.

### 3.3. Suport especialitzat a la família com a grup: teràpia familiar

Per aquells casos en què es detectin disfuncions familiars que requereixen un tractament específic de la família com a grup, cal disposar de **tractaments especialitzats de psicoteràpia familiar** d'acord amb els criteris establerts en el programa de psicoteràpies del PDSMiA. La pràctica d'aquests tractaments especialitzats requereix formació específica. Els serveis no sempre disposen de professionals preparats per fer aquesta atenció, per això:

- **Cada àmbit territorial** (al voltant de 300.000 persones) **ha de garantir, amb la col·laboració entre si dels CSMA, la psicoteràpia familiar en la seva cartera de serveis**, amb l'existència de professionals especialitzats, tal com proposa el *programa de psicoteràpia en la xarxa pública de salut mental i addiccions*.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Pla Director de Salut Mental i Addiccions. La psicoteràpia en la xarxa pública de salut mental i addiccions. Barcelona: Direcció General de Planificació, Generalitat de Catalunya; 2008

- Cal que **els professionals coneguin les diferents modalitats de teràpia familiar, així com els criteris i les indicacions terapèutiques d'aquestes modalitats**, per tal d'incrementar l'eficiència i fer-ne un ús adequat.
- Cal potenciar el **treball conjunt i de suport** (interconsulta, entrevistes conjuntes, etc.) entre professionals especialitzats i professionals que atenen les famílies en els diferents dispositius per tal d'evitar derivacions innecessàries.
- A banda del que estableix el programa de psicoteràpies, **seria convenient que dins de cada equip assistencial hi hagués algun professional amb coneixements aprofundits sobre la relació i l'atenció a les famílies** que proporcionés orientació i suport a la resta de companys.

## 4. Propostes per millorar l'atenció a la família des de la coordinació dels recursos intersectorials i de suport social en el territori.

L'atenció integral a la salut mental, tal com la defineix el PDSMiA, suposa passar del concepte d'atenció estrictament psiquiàtrica al de suport i rehabilitació en l'àmbit comunitari, amb l'objectiu d'aconseguir una millor evolució i més autonomia dels pacients amb trastorns mentals greus i drogoaddiccions. L'atenció integral va més enllà de l'àmbit sanitari i comporta el desenvolupament del treball en xarxa, la coordinació de recursos i d'intervencions existents en el territori. Igualment el suport a les famílies ha de donar-se tenint en compte aquesta dimensió integral. El desenvolupament d'aquests recursos afecten directament a les famílies, tant pel fet que poden facilitar l'estabilització dels pacients, com pel fet que aporten un suport directe per a elles.

La singularitat de cada territori fa que l'activitat de coordinació de recursos s'hagi de fer de forma ad hoc, segons les necessitats detectades i els actors implicats en cada cas i sempre en el context del desenvolupament del Pla integral de salut mental i addiccions (PISMiA). Per tal de fomentar el desplegament d'aquesta atenció integral seria convenient:

**1. Elaborar un diagnòstic dels recursos assistencials i socials del territori** (cartera de serveis intersectorials i recursos territorials). Els serveis de salut mental i d'atenció a les drogodependències han de tenir identificats els recursos assistencials sanitaris i no sanitaris (de la xarxa educativa, de benestar social, de justícia, etc.) i els recursos socials i comunitaris del territori, així com les fortaleses i mancances que se'n deriven. Es recomanable **l'existència d'un mapa territorial de serveis elaborat de manera conjunta pel territori**, amb la participació de plataformes organitzatives que afavoreixin el coneixement mutu dels diferents serveis.

**2. Fomentar activitats d'atenció, prevenció i promoció de la salut familiar dins el marc del programa de col·laboració salut mental - atenció primària** (per exemple, grups de cuidadors, protocols d'atenció a les famílies de risc, etc.).

**3. En la mesura que avanci el desenvolupament del PISMiAd, cal promoure la coordinació territorial i la intervenció comunitària per millorar el suport a les famílies**, tenint en compte els programes de cada territori i els serveis al voltant dels

quals s'han d'articular i fomentant la integració transversal dels diferents equipaments que intervenen en l'atenció.

Seria recomanable que cada dispositiu assistencial es plantegés alguns objectius d'actuació en aquest sentit i tingués en compte els àmbits d'actuació següents:

- Activar i potenciar l'**existència de dispositius territorials que millorin la coordinació de l'atenció en els casos complexos** que necessiten diversos recursos (comissions de seguiment de casos, taula de contacte d'equipaments, etc.) considerant específicament l'objectiu d'unificar criteris i millorar l'orientació de les famílies implicades en aquests casos.
- **Coordinar-se amb altres programes existents al territori que treballen per a la salut familiar** (per exemple, la xarxa d'atenció al maltractament, els EVAMI,<sup>10</sup> etc.).
- Promoure l'activació de recursos i activitats adreçades a **la rehabilitació i reinserció de les persones amb trastorn mental greu** (per exemple, taules d'entitats, consells de salut territorial, voluntariats, contractes de treball a temps parcial, programa Respir, etc.).
- Fomentar activitats de **prevenció i promoció de la salut familiar des del sistema educatiu** (per exemple, programa Salut i Escola, promoció de la salut familiar des de les associacions de mares i pares).
- Treballar **la normalització del trastorn mental i la disminució de l'estigma social** de les persones afectades i les seves famílies.
- Promoure **la cooperació amb les associacions de familiars** de persones amb trastorn mental (*vegeu l'apartat 5*).

#### **4. Afavorir una relació de cooperació entre les associacions de familiars de persones amb trastorn mental i la xarxa assistencial**

Les associacions de familiars de persones amb trastorns mentals greus i/o addiccions poden ser una eina de suport i d'orientació complementària als sistemes professionals, de gran utilitat per afavorir l'acceptació i la superació d'una realitat –el trastorn mental o la drogoaddicció– difícil de viure. La participació en les associacions de familiars –com també en les d'usuaris– ajuda perquè les vivències i necessitats dels integrants puguin passar de vivències solitàries que sobrepassen a fer-se més acceptables i raonades i perquè es pugui trobar el sentit de conviure-hi, amb l'objectiu que evolucionin de forma favorable.

<sup>10</sup> Equips de valoració dels abusos i maltractaments infantils.

Les associacions són també organitzacions per a la defensa dels interessos dels pacients i de les famílies davant de la societat i l'Administració. Denunciar els fenòmens d'exclusió i estigma i reclamar una millora en l'atenció a les persones amb trastorns mentals és també el seu objectiu.

Les associacions ofereixen serveis d'atenció a les famílies: informació sobre la xarxa i contenció de l'impacte inicial; grups d'ajuda mútua i grups de formació. Alguns d'aquests serveis es basen en l'ajuda mútua, altres en la intervenció de professionals especialitzats. Sovint els serveis de suport i d'ajuda de les associacions donen continuïtat als de la xarxa sanitària, i ofereixen espais de trobada durant períodes més llargs o en horaris que poden ser més convenients.

La complementarietat que pot significar l'oferta associativa per poder donar un ventall més ampli de suports comunitaris a les famílies fa convenient que al territori s'estableixi una col·laboració entre els serveis de salut mental i aquestes associacions. Cal, doncs:

- **Establir una coordinació entre els serveis de salut mental del territori (CSMA o altres dispositius de la XSMiA) i les associacions de familiars** que fomenti la complementarietat adequada en el suport a les famílies.
- Col·laborar en **la promoció del desplegament associatiu** per a aquells col·lectius que se'n podrien beneficiar (per exemple, els adolescents) com a forma d'oferir alternatives als afectats i afavorir la implicació de la família.
- En els **serveis territorials de salut seria convenient que existís una persona responsable de la interlocució amb les associacions.**

##### **5. Aplicació territorial del *Protocol d'actuació per a l'atenció a les urgències, els trasllats i els ingressos involuntaris urgents en persones amb trastorns mentals o addictius***<sup>11</sup>

La vivència de les famílies en situacions de crisi en què cal fer ús de serveis d'emergències o policia és molt difícil i hi ha deficiències en la implantació del protocol territorial establert per la Generalitat de Catalunya. Per tal de millorar aquesta situació, cal:

---

<sup>11</sup> Generalitat de Catalunya. Protocol d'actuació per a l'atenció a les urgències, els trasllats i els ingressos involuntaris urgents de persones amb malaltia mental. Barcelona: 2006.

- **Participar activament els serveis de salut mental en l'organització i l'aplicació territorial del protocol d'urgències que garanteixi el suport a la família.** Tenint en compte que els ingressos amb la intervenció de les forces de seguretat generen molt malestar als pacients i a la família, s'haurien de limitar, per tant, a situacions d'agitació o a crisis greus. Sempre que sigui possible els ingressos s'han de fer amb el 061 i l'ESME.
- Potenciar **l'atenció domiciliària d'urgències per a les persones amb trastorn mental i/o addiccions** (vegeu l'apartat 3.1.7)
- **Establir un pla de formació (com a protocol territorial) del personal implicat en l'atenció de situacions de crisis i d'urgències.** Cal reforçar el suport a la família quan els serveis d'emergència o policia atenen aquestes situacions. Els professionals que presten aquests serveis haurien d'estar preparats per a l'atenció als familiars.

**6. Comptabilitzar les tasques d'atenció comunitària.** Cal fer-ho per mitjà del **registre d'activitats**, que ha de quedar reflectit en la cartera de serveis (vegeu l'apartat 5).

## 5. Propostes d'organització institucional i suport als professionals per promoure l'atenció a la família.

1. **Adequar els sistemes de compra de serveis del CatSalut** per tal d'incloure objectius mínims d'atenció a les famílies en els contractes amb el proveïdor.

2. **Facilitar la comptabilització de les activitats d'atenció a les famílies** amb l'adequació dels sistemes de registre:

- Les visites d'atenció a la família, independentment que hi hagi història oberta dels pacients o no (*vegeu l'apartat 3.1.1*).
- L'activitat de coordinació de recursos i l'atenció comunitària (*vegeu l'apartat 4*).

3. **Establir un pla de formació i sensibilització dels professionals** de la xarxa de salut mental i addiccions i d'atenció primària de salut sobre l'atenció a la família.

- Establiment d'un **pla de formació dels professionals de la xarxa en atenció a les famílies** que contingui els aspectes següents:

- Sensibilització i habilitats bàsiques per a l'atenció a la família (entrevista familiar, avaluació i diagnòstic i valoració de les necessitats familiars).
- Intervencions grupals de suport i aprenentatge per a les famílies.
- Desenvolupament del rol del referent.
- Comprensió de la dinàmica i del funcionament familiar i dels diferents moments del cicle vital i les seves implicacions.

- Existència al territori de professionals amb **formació específica en atenció a les famílies**, d'acord amb el que estableix el document de psicoteràpies.
- Consideració de formació en atenció a la família en la **formació de psicòlegs interns residents (PIR), metges interns residents (MIR) i infermers interns residents (IIR) i en la formació continuada professional**.



4. **Promoure l'establiment de registres clínics unificats entre els dispositius assistencials que ajudin a una millor coordinació** per a l'atenció als pacients i les famílies (*vegeu taula de recomanacions de apartat 3, pàgina 15*)
5. **Promoure l'establiment d'un projecte terapèutic transversal** que integri les intervencions amb la família en els diferents moments del procés i en funció de la seva vinculació als diferents serveis (*vegeu la taula de recomanacions de l'apartat 3, pag 15*).

## 6. Consideracions sobre aspectes ètics i legals relacionats amb l'atenció a la família.

### 6.1. Els drets dels pacients i l'atenció a la família

El reconeixement de l'autonomia dels pacients implica el dret que tenen a autoritzar que es doni informació sobre el seu estat i a delegar en qui els representi, família o persona de confiança que decideixin. Però cal recordar que, perquè hi hagi legitimitat del consentiment informat, hi ha d'haver comprensió, voluntarietat i capacitat.

En el cas de les **persones majors d'edat**, el titular del dret a la informació és el pacient (art. 3 de la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica) i s'ha d'informar les persones vinculades al pacient en la mesura que aquest ho permeti i ho accepti tàcitament (Llei 21/2000).

En el cas dels **pacients menors d'edat**, si bé la Llei de protecció jurídica del menor de 1996 ja fa un reconeixement ple de la titularitat de drets en els menors d'edat i d'una capacitat progressiva per exercir-los, cal tenir present en el context sanitari la regulació específica de què disposem a Catalunya amb la Llei 21/2000 (art. 7.2) i a l'Estat amb la Llei bàsica 41/2002 (art. 9.3), que reconeixen explícitament la majoria d'edat sanitària als 16 anys. Així mateix, disposen que el major de 12 anys, amb maduresa, intel·ligència i discerniment per comprendre la naturalesa de la malaltia i les conseqüències de realitzar o no realitzar el tractament proposat, tindrà capacitat de decisió (menor madur).

Així, doncs, en el cas que el menor tingui la capacitat de consentir, s'ha de respectar com a norma general la confidencialitat.

Cap d'aquestes disposicions no compten en el cas d'internament psiquiàtric dels menors de 18 anys, com també passa en els adults incapacitats legalment, en què sempre serà preceptiva l'autorització judicial.

### 6.2. Situacions conflictives respecte a la confidencialitat en la relació assistencial i l'atenció a la família

Tant l'atenció a la família com l'atenció als pacients han de basar-se en el principi de confidencialitat de la relació assistencial. *La confidencialitat* fa referència tant al dret de la persona al fet que no siguin revelades les informacions confiades a un altre, com al deure

de qui les rep de vetllar per respectar-les. Es basa en el respecte a la dignitat de la persona, de la qual el principi d'autonomia és cabdal.

Per tot això, les dades contingudes en la història clínica relatives a la família han de ser tractades amb els mateixos criteris de confidencialitat, i per tant amb les mateixes normes d'accés, que les dels pacients mateixos, i se'ls ha d'excloure de l'accés ja que comprometen altres persones que no són ells. Com a usuària reconeguda, la persona familiar també té dret a ser rebuda en primera visita pels serveis assistencials, i se li ha d'obrir història a nom seu, encara que el suposat pacient no estigui reconegut en el centre.

Les característiques del trastorn mental i l'addicció fan que, en determinats moments, i sense consentiment explícit dels pacients, pugui ser necessari informar la família o bé que aquesta pugui accedir directament a algun dels professionals que atenen els pacients. Això ocorre quan la gravetat clínica porta com a conseqüència una disminució significativa de la competència dels pacients per prendre decisions. En aquests casos, d'aplicació també en les situacions de més dependència, el respecte al principi d'autonomia pot ser purament teòric o fins i tot perjudicial per als pacients, és a dir, contrari al principi de buscar el major benefici per als pacients que, en situacions així, hauria de prevaler. En aquests supòsits, la bona praxi exigeix informar els pacients de les decisions o actuacions que s'estan prenent, així com retornar-los la seva capacitat de decidir tan bon punt recuperin la competència minvada o perduda.

**La negativa dels pacients al fet que la família rebi informació sobre el seu estat obliga els professionals a ser especialment curosos, però no eximeix en cap cas de prestar a la família l'assistència necessària en relació amb les seves necessitats, i també com a cuidadora de fet. En situacions de conflicte, pot ser útil designar un professional diferent per a l'atenció a la família.**

Cal informar del marc legal tant els menors "madurs" com la família, perquè tots coneguin els límits de la confidencialitat; cal pactar la informació que s'ha de compartir; cal escoltar-se, i respectar la decisió dels menors. És important destacar, especialment amb els adolescents, la complexitat dels casos en què la no-preservació del principi de confidencialitat amb el pacient pot significar no poder dur a terme l'assistència de forma adequada. En aquests casos, la confidencialitat pot ser respectada sempre que no hi hagi risc vital i es tingui present l'objectiu final d'una comunicació a la família.

És exigible als professionals que tinguin una cura exquisida en el maneig de la informació relativa a cada pacient, sigui quina sigui la seva gravetat o la seva dependència. Cal entendre el sentit que per a un pacient pot tenir el fet de mantenir la seva privacitat (o de determinades àrees de la seva vida) davant de la seva família. Però dit això, també és important afavorir la participació plena de la família en els casos més greus, reconèixer el seu dret a una certa informació com a cuidadors. Alhora, els pacients han de poder entendre que la família també pot necessitar ajut i suport i acceptar-ho.

### 6.3. Altres recomanacions

L'evidència de les dificultats i els buits legals que pot comportar l'atenció a determinats casos que impliquen pacients i familiars en circumstàncies de risc (per exemple, en el cas d'obligatorietat per part del professional de denunciar abusos en infants per part de pares i el risc de perdre la possibilitat d'atendre el cas, casos en què els menors s'adrecen directament per la consulta de "Salut i escola", etc.), fa recomanable l'existència d'espais professionals de reflexió ètica, i també la **promoció de comitès d'ètica assistencials** o la utilització dels ja constituïts.

És imprescindible que **els professionals de la xarxa de salut mental tinguin una formació bàsica sobre els aspectes ètics i legals de l'atenció a les persones amb trastorn mental i les seves famílies** per tal de garantir una bona praxi. Aquests aspectes haurien de tractar-se també en la formació de postgrau dels psiquiatres, psicòlegs clínics i infermers especialistes.

## 7. Resum de les propostes

### Desenvolupament de l'oferta de serveis a les famílies en el territori

1. **Cada dispositiu assistencial ha d'establir un procediment d'atenció a la família.** Aquest procediment ha de tenir en compte els criteris següents:
  - Acollida de la família i avaluació inicial de les seves necessitats (apartat 3.1.1).
  - Atenció en situacions crítiques en què la família necessita suport (apartat 3.1.2.).
  - Procés i pautes de seguiment de la família ( apartat 3.1.3).
  - Existència d'un referent de la família en cada dispositiu assistencial (apartat 3.1.5).
  - Inclusió de la família en el PTI del pacient en cada servei, en el PAE-TMS i en el PAI-TMG quan aquest està definit (apartat 3.1.6).
  - Coordinació de l'atenció a la família en el traspàs entre serveis (apartat 3.1.5).
  
2. **En l'àmbit hospitalari, l'atenció i la informació a la família ha tenir en compte com a mínim (apartat 3.1.4.):**
  - Entrevista d'acollida a la família.
  - Contacte periòdic amb la família durant l'ingrés mitjançant dos tipus de referents professionals: l'infermer o infermera referent de sala i el metge o metgessa responsable del cas.
  - Facilitació d'informació escrita d'utilitat sobre el procés d'ingrés i sobre la disponibilitat dels referents.
  - Entrevista o entrevistes de preparació de l'alta.
  - Entrevista de finalització.
  
3. **És necessari promoure la implementació i la coordinació de l'atenció a domicili,** com a recurs per potenciar la capacitat de contenció de la família: tenint en compte els diferents serveis del territori que hi poden intervenir, elaborant els **criteris de prioritat per utilitzar-los** i ampliant-ne l'oferta en la mesura del possible (apartat 3.1.7):

- Organització de serveis d'atenció urgent a domicili en el territori: coordinar el sistema d'emergències mèdiques, els equips de SM especialitzats (ESME), l'atenció primària, el PSI i l'atenció domiciliària convencional dels CSMA i CAS. És necessari també aquest servei en els CSMIJ.
- Atenció a domicili dels pacients si no és possible el vincle al servei i està indicada aquesta atenció o resoldre situacions d'absentisme en casos greus.
- Visites domiciliàries des dels serveis assistencials per valorar l'entorn, el tractament i el suport familiar.

4. **El territori ha d'oferir activitats de suport i aprenentatge en grup per a les famílies** adreçades a informar sobre els serveis, comprendre i elaborar l'impacte de la malaltia, adquirir habilitats i oferir suport emocional. Tenint en compte els criteris especificats en aquest document (*apartat 3.2.*).
5. **Cal garantir, vinculat al desplegament del programa de psicoteràpia en la xarxa de SMiA, que cada àmbit territorial tingui professionals de referència especialitzats en teràpia familiar** per actuar com a consultors dels professionals dels serveis i per assistir les famílies que necessiten tractament especialitzat. Aquest tractament s'ha d'integrar en el PTI dels pacients i la família (*apartat 3.3.*).
6. **Al territori s'ha d'elaborar un mapa diagnòstic dels recursos assistencials i socials, inclòs en el desplegament del Pla integral de SMiAd:** opuscle amb la cartera de serveis intersectorials i recursos territorials compartit per tots (*apartat 4*) amb la participació de diferents plataformes organitzatives que afavoreixin el coneixement mutu dels diferents serveis.
7. **Cal fomentar activitats d'atenció, prevenció i promoció de la salut familiar dins el marc del programa de col·laboració salut mental - atenció primària** (*apartat 4.2.*).
8. **En la mesura que avanci el desenvolupament del Pla integral de SMiAd, cal promoure la coordinació territorial i intervenció comunitària per millorar el suport a les famílies,** tenint en compte els programes de cada territori i els

serveis al voltant dels quals s'han d'articular i fomentant la integració transversal dels diferents equipaments que intervenen en l'atenció. És recomanable que els serveis de la xarxa de salut mental i addiccions es plantegin objectius en aquest sentit (apartat 4.3.).

9. **Cal fomentar la cooperació entre les associacions de familiars de persones amb trastorn mental i/o drogoaddicció i la xarxa assistencial**, adreçada a aconseguir una complementarietat en les activitats de suport a les famílies i a promoure el desplegament associatiu d'aquells col·lectius que se'n podrien beneficiar (*apartat 4.4*). En els serveis territorials de salut seria convenient que existís una persona **responsable de la interlocució amb les associacions**.
  
10. **Cal que els serveis de salut mental i drogodependències participin activament en l'organització i l'aplicació territorial del protocol d'urgències** que garanteixin el suport a la família i la continuïtat assistencial de la intervenció en crisis (*apartat 4.5*)
  
11. **Cal promoure els espais professionals de reflexió ètica o potenciar els ja existents**, com a garantia d'una millor assistència als pacients i la família en els casos difícils (*apartat 6.3*).

### **Mesures que cal potenciar des del PDSMiA**

- a. Establir un Pla de formació adreçat a tots els professionals de la xarxa amb els objectius següents (apartat 5.3):**
  - o Sensibilització i adquisició d'habilitats bàsiques per a l'atenció a la família (entrevista familiar, avaluació i valoració de les necessitats familiars).
  - o Metodologia per a les intervencions grupals de suport i aprenentatge per a la família.
  - o Desenvolupament del rol del referent de la família.
  - o Aspectes ètics o legals de l'atenció a les famílies (apartat 6.3).
  - o Conèixer les diferents modalitats de teràpia familiar, els criteris i les indicacions terapèutiques, per tal d'incrementar l'eficiència i fer-ne un ús adequat (apartat 3.3).
- b. Establir un programa formatiu d'aprofundiment en atenció a les famílies adreçat als professionals que dins de cada equip puguin proporcionar orientació i suport específic sobre el tema (apartat 3.3. i 5.3). A banda de l'existència de recursos especialitzats que estableix el programa de psicoteràpies.**
- c. Incloure la formació en atenció a la família en la formació PIR/MIR/IIR i en la formació continuada professional (apartat 5.3).**
- d. Adequar els sistemes de compra de serveis del CatSalut per tal d'incloure objectius mínims d'atenció a les famílies en els contractes amb el proveïdor (apartat 5.1).**
- e. Facilitar la comptabilització de les activitats d'atenció a les famílies amb l'adequació dels sistemes de registre (apartat 5.2):**
  - o Les visites d'atenció a la família, independentment que tinguin història clínica oberta els possibles pacients (apartat 3.1.1).
  - o L'activitat de coordinació de recursos i atenció comunitària (apartat 4.5).

Altres RECOMANACIONS sobre l'organització assistencial que ajudarien a millorar el suport a la família, que depenen d'altres programes i no són d'intervenció directa en l'àmbit familiar (*taula, pàg. 12*).



## **8. Membres dels grups de treball que han participat en l'elaboració d'aquest document**

Jesús Bernal. Federació Catalana d'Associacions de Familiars i Persones amb Problemes de Salut Mental (FECAFAMM)

Tre Borràs. Servei de Drogodependències de l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Grup Sagessa

Francesc Colom. Programa de trastorns bipolars, IDIBAPS - Hospital Clínic Barcelona

Paz Cué. CSM Martorell. Col·legi de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials

Carme Cunillera. CAS Garrotxa-IAS (Institut d'Assistència Sanitària-Girona)

Sergi de Diego. Serveis de Salut Mental Infantil i Juvenil. Fundació Vidal i Barraquer.

Cristina Doménech. Servei de Psiquiatria. Consorci Hospitalari Parc Taulí. Sabadell

Olga Ibañez. CSMIJ Tarragona. Institut Pere Mata

Silvia Mazarico. Centre de Dia Salut de Salut Mental. Lleida – Gestió de Serveis Sanitaris

Dora Ortiz Muñoz. Unitat de la Teràpia Familiar de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Montserrat Palau. Departament de Docència i Formació. Fundació Orienta

Josep Pifarré. Servei de Psiquiatria. Hospital de Santa Maria. Lleida-Gestió de Serveis Sanitaris

Carmen Pinedo. CSMA Dreta de l'Eixample. CPB serveis de salut mental. Barcelona

Marta Poll. Federació Catalana d'Associacions de Familiars i Persones amb Problemes de Salut Mental (FECAFAMM)

Assun Reyes. Grup Salut Mental. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC)

Alicia Roig Salas. Comitè d'Ètica Assistencial. Fundació Congrés Català de Salut Mental. CSMA Horta i CSMA Guinardó

Emilio Rojo Rodes. Benito Menni CASM - Germanes Hospitalàries del SCJ

Foix Sogas. El Turó. Salut Mental. Associació de Familiars i Amics. Alt Penedès

Mercè Teixidó. CSMA i PSI de SSG. Centre d'Higiene Mental Les Corts.

Xavier Valls. Serveis Salut Mental Germanes Hospitalàries Sagrat Cor. Martorell

Francisco Villegas. Servei RPS del Centre d'Higiene Mental Les Corts

Marta Voltas. ACAB. Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia

## **Coordinació dels grups de treball i redacció del document**

Eulàlia Masachs Fatjó. Consultora independent.

## **Pla director de salut mental i addiccions**

Cristina Molina Parrilla. Directora

José García Ibáñez. Assessor

Josep Ramos Montes. Assessor.

## **Assessorament sobre aspectes ètics i legals**

Sabel Gabaldón

Núria Terribas

Persones que han participat en els grups de treball sobre *Necessitats d'atenció a les famílies de persones amb malaltia mental greu i/o addicció des de la xarxa sanitària*<sup>12</sup> (document previ a la Cartera de Serveis).

## **Professionals**

Meritxell Agustí. Centre de Dia de Salut Mental Lleida

Noëlle Camps. CSMA Centre d'Higiene Mental Les Corts

Montse Cuesta. Salut Mental Consorci Hospitalari Parc Taulí. Sabadell

Cristina Domènech. Servei Psiquiatria. Consorci Hospitalari Parc Taulí. Sabadell

Merche Espinal. CSM Cornellà. Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

Albert Granero. CSMA Consorci Hospitalari Parc Taulí. Sabadell

Maite Martos. Centre de Dia Amposta. Grup Pere Mata.

Jesús Monche. PSI Montsià. Grup Pere Mata.

José Pérez García. CSM Garraf. Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

Mireia Sans. ABS CAP El Castell. Castelldefels

Foix Sogas. El Turó. Salut Mental. Associació de Familiars i Amics. Alt Penedès

Francisco Villegas. Servei RPS del Centre d'Higiene Mental Les Corts

Silvia Acosta Garcia. CSMIJ Tarragona. Grup Pere Mata.

Anna Bové. Centre de Dia Tarragona. Grup Pere Mata.

Maite Carbonero. CSMA Les Corts Carmen Martí. CSMA Tortosa

<sup>12</sup> *Necessitats d'atenció a les famílies de persones amb malaltia mental greu i/o addicció des de la xarxa sanitària*, PDSMiA. 2010. Disponible a <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2124/atenfamilimental.pdf>

Dolors Casalé. Coordinadora CSMIJ Les Corts

Daniel Cruz. CSMIJ Garraf. Hospital Materno infantil Sant Joan de Déu.

Olga Ibañez .CSMIJ Tarragona. Grup Pere Mata.

Mercedes Marquez CSMIJ Tortosa – Amposta. Grup Pere Mata.

Silvia Mazarico. Centre de Dia Lleida

Eulàlia Piera Pinto CSMIJ Consorci Hospitalari Parc Taulí. Sabadell

Mònica Soler. CSMIJ Vilanova i la Geltrú. Hospital Materno infantil Sant Joan de Déu.

Silvia Vidal Font. Associació de familiars de malalts mentals. AREP

Susana Alcalà. CAS Calella

José Ma Carreño. CAS Nou Barris

Maria Estrada. SGDrogodependències Cristina Falcon. CAS Sants

Dolors Fortes. Hospital de la Sta Creu i St Pau

Ana Martínez. CAS Hospitalet

Sara Oicazo. Línea Verda

Carme Padrós. CAS Mutua Terrassa

Miriam Paz. CAS St Feliu de Llobregat

Georgina Queralt. CAS Mollet

Rosa Suarez. CEPS Elvira Toro. Projecte Home

Oriol Vallhonrat. CAS Hospitalet

Marta Voltas. ACAB

A més, un total de 83 familiars de persones amb trastorn mental han participat de forma anònima i a través de les seves associacions.

