



Abordatge del risc de cronicitat en salut mental infantil i juvenil

Elaborat en el marc del Consell de Sector de Salut Mental pel grup de treball del Sector de Salut Mental infantil i juvenil

Juliol 2016

Autors

Autet, Aurea. Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa
Beà, Núria. Fundació Eulàlia Torras de Beà
Beumala, Joan. Germanes Hospitalàries. Hospital Sagrat Cor
Clusa, David. Fundació Hospital Sant Pere Claver
Estrem, M Mercè. La Unió
De Diego, Sergi. Fundació Vidal i Barraquer
Martín, Maria. Benito Menni. Complex Assistencial en Salut Mental
Grifoll de la Esperanza, Carmen. Fundació Nou Barris
Lázaro, Luisa. Hospital Clínic
Palau, Montserrat. Fundació Orienta
Pamias, Montserrat. Corporació Sanitària Parc Taulí
Petitbó, M Dolors. Hospital Sant Joan de Déu
Peris, Jordi. Institut Pere Mata
Pi, Maite. Institut d'Assistència Sanitària
Riera, Anna. La Unió
Taberner, Anna. Fundació Eulàlia Torras de Beà
Vila, Francesc. Cuina Justa

Índex

1.	Introducció	3
2.	Objectius.....	5
3.	Revisió del concepte de cronicitat en salut mental infanto juvenil	6
4	Situacions de risc de cronicitat en salut mental infantil i juvenil	10
5	Població diana	13
6	Recursos implicats.....	15
7	Propostes per a l'abordatge del risc de cronicitat	22
8	Pla d'acció.....	24
9	Bibliografia.....	28

1. Introducció

El Pla de Salut de Catalunya 2016-2020, que dona continuïtat a l'anterior, proposa afrontar els principals reptes de salut que té la nostra societat, establint actuacions públiques orientades a millorar la salut i la qualitat de vida de la població. Per a tal fi proposa com a novetat, la consolidació de l'enfocament interdepartamental, l'abordatge dels problemes de salut mental i les actuacions preferents sobre poblacions més vulnerables, com són els infants. D'altra banda, també dona continuïtat a l'atenció a la cronicitat, un dels tres eixos principals sobre el qual pivotava l'anterior edició.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) ha publicat el Pla d'Acció sobre Salut Mental 2013-2020 on es reconeix la funció essencial de la salut mental en la consecució de la salut de totes les persones. El Pla està enfocat des del punt de vista de la totalitat del cicle de vida, i pretén aconseguir l'equitat a través de la cobertura sanitària universal reiterant la importància de la prevenció.

El Govern de la Generalitat de Catalunya, des del Departament de Presidència, està treballant en el desenvolupament del Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions 2014-2016, amb l'objectiu de garantir una bona atenció, promoció i prevenció a les persones amb problemes de salut mental i les seves famílies. El Pla té com a finalitat identificar les línies estratègiques que es consideren prioritàries des del sector de la salut mental, amb la voluntat de treballar conjuntament amb els departaments implicats. Una de les onze línies de treball prioritzades és la línia estratègica 2: "Promoció de la integració de les intervencions dels serveis de salut, social i educatius de la petita infància, de la població en edat escolar i de l'adolescència amb especial risc o vulnerabilitat".

En aquest context, el qual valorem com una oportunitat per avançar cap a un model d'atenció que ofereixi una adequada resposta a les diferents necessitats de les persones afectades per un trastorn mental, des de La Unió, i concretament per iniciativa del Consell de Sector de Salut Mental, ens hem plantejat posar en el focus del nostre treball l'abordatge del risc de cronicitat en salut mental infantil i juvenil per varies raons:

- Les experiències individuals i col·lectives des de la primera infància condicionen la salut mental de la vida adulta.
- No es pot esperar salut mental en l'adult si aquesta no ha existit en la infància.
- Continua persistint un model d'atenció als infants i adolescents que els condiciona a recórrer itineraris redundants que fomenten la cronicitat.
- L'atenció a la salut mental infantil i juvenil ha de tenir una especificitat pròpia.

Sens dubte, la salut mental es important a totes les etapes de la vida, des de la infància i adolescència fins l'edat adulta i forma part de la salut integral de les persones. Però, cal subratllar, que la salut mental en la infància i l'adolescència és una inversió de futur. Per això, una correcta atenció en salut mental, en les primeres etapes de la vida, dirigida a la prevenció, detecció, diagnòstic i tractament, des dels diferents àmbits assistencials i socials, incidirà en una millora de l'evolució de la malaltia evitant la cronicitat i alentint la seva evolució amb una millora del pronòstic.

En aquest sentit, creiem necessari concentrar una part de l'esforç proposat en el Pla de Salut 2016-2020, per establir, especialment, millores en el model d'atenció de salut mental infantil i juvenil orientades a l'atenció de la cronicitat (Línia estratègica 6 del Pla de Salut: Atenció integrada i cronicitat).

Si bé es cert que en aquests darrers anys s'ha produït una diversificació de programes i dispositius distribuïts de forma desigual pel territori, també es cert que, pel que fa a l'abordatge del risc de cronicitat, segueix havent dificultats per establir un plantejament unificat i interdepartamental d'actuacions.

En salut mental infantil i juvenil es considera essencial tant la detecció precoç com el tractament eficient en base als coneixements actuals, que fan de la rehabilitació i la reinserció social una necessitat terapèutica per a la població que pateix un trastorn mental en aquestes etapes evolutives de la vida, especialment en l'atenció a la cronicitat.

A Catalunya s'ha optat per un model comunitari d'atenció integral en el territori i nosaltres coincidim en que les intervencions en salut mental infantil i juvenil han d'estar integrades en el marc de la salut mental general, però volem remarcar que han d'estar diferenciades, perquè la infància i l'adolescència tenen un sentit propi i unes característiques diferents de l'edat adulta.

Els especialistes en salut mental infantil i juvenil sabem que la detecció i intervenció precoç són fonamentals i imprescindibles per abordar la cronicitat en l'evolució de la malaltia mental, no obstant això, també sabem que la detecció dels trastorns mentals es tardana i que quan finalment s'obté un diagnòstic, després de peregrinar per diferents dispositius de les diferents xarxes, en molts casos, es inevitable la cronicitat.

Amb la voluntat de contribuir en la promoció de la salut mental i prevenció dels trastorns mentals, i més concretament en la detecció precoç de la malaltia, hem elaborat aquest document amb l'objectiu de presentar una proposta per a l'abordatge del risc de cronicitat en salut mental infantil i juvenil que promou bones pràctiques amb una orientació participativa i de planificació interdepartamental.

2. Objectius

- Revisar el concepte de cronicitat en salut mental infanto juvenil
- Caracteritzar la població diana en risc de cronicitat
- Elaborar propostes d'intervenció: preventives, assistencials i de rehabilitació en l'abordatge de risc de la cronicitat

3. Revisió del concepte de cronicitat en salut mental infanto juvenil

Algunes definicions:

L'OMS defineix la malaltia crònica com aquella de llarga duració i, generalment, de lenta progressió.

Segons la Comissió Europea, la malaltia crònica és aquella de llarga evolució que, sovint, comporta discapacitat o complicacions que poden afectar l'autonomia i la qualitat de vida de les persones afectades.

L'any 2010, el *Department of Health and Human Services USA*, defineix que la malaltia crònica és aquella condició que, durant 1 any o més, requereix atenció mèdica continuada i/o limita les activitats de la vida diària. A més de les condicions físiques, les condicions cròniques inclouen problemes com els d'abús de substàncies i trastorns per addicció, malaltia mental, demència i altres dèficits cognitius i discapacitats del desenvolupament.

L'any 2011, per iniciativa del Consell de Sector de Salut Mental de La Unió, es va elaborar el document "L'atenció a la cronicitat en la Salut Mental: Elements rellevants i propostes", on es va definir el concepte de cronicitat en base a tres criteris:

- **Criteri clínic:** aquells trastorns mentals durables, progressius (evolució en episodis, brots, fases, etc.), i que tendeixen a modificar més o menys profundament el funcionament de la personalitat. Estem parlant d'entitats clíniques amb tendència a la incurabilitat, segons el model mèdic (curació "ad integrum", en els quals la persona torna a la seva situació anterior a emmalaltir).
- **Discapacitat:** entesa com les conseqüències del trastorn mental perdurable, progressiu i estable (roman en el temps), que afecta més o menys intensament les habilitats i funcions bàsiques de la persona que la pateix. Es manifesta en forma d'una disminució/pèrdua de la seva autonomia i en una desadaptació social.
- **Utilització de recursos/necessitat de suport:** com a conseqüència dels criteris anteriorment citats, la persona i el seu entorn familiar demandaran i requeriran un suport continuat i una necessitat de recursos assistencials sanitaris i socials. En els infants i adolescents, s'hauria d'afegir el consum també de recursos educatius especials

(Unitat Medico Educativa-UME, Unitat de Suport a l'Educació Especial-USEE, etc.).

Si bé és cert que aquestes definicions són vàlides i aplicables actualment, **per a l'àmbit infantil i juvenil, cal fer matisos:**

- Hi ha trastorns que progressen o persisteixen durant molt de temps, fins i tot, tota la vida. En salut mental infantil i juvenil hi ha trastorns que, per les seves característiques, es poden considerar crònics, com per exemple el Trastorn de l'Espectre Autista (TEA), **però la seva evolució no dependrà únicament de la psicopatologia, sinó dels esdeveniments vitals i els factors externs que poden afegir complexitat* al quadre clínic i al seu procés així com l'atenció sanitària, social i educativa rebuda.**
- De la mateixa manera hi ha altres quadres clínics que, **debutin o no amb gravetat psicopatològica**, com per exemple el trastorn de conducta i/o emocional degut a esdeveniments vitals i factors externs, **poden arribar a ser crònics i acabar estructurant-se en un trastorn greu.**

(*) En salut mental infantil i juvenil s'entén per complexitat aquells factors personals de salut, familiars, escolars, socials i de justícia que poden entorpir el curs clínic. La manca de coordinació entre aquests àmbits d'atenció i de planificació conjunta del mosaic de recursos també afegeix complexitat al quadre clínic.

3.1 Diverses perspectives d'abordatge de la cronicitat

Des de la patologia

Les dificultats per afrontar la vida diària es poden determinar de varies formes:

- | | |
|---------------------|--|
| ■ Objectiva | - El trastorn mental i la seva evolució natural |
| ■ Subjectiva | <ul style="list-style-type: none"> - Des del propi malalt: per la vivència de malaltia, la cura de si mateix, l'adherència terapèutica - Des de la família - Des de la societat |

Des de l'economia

- **L'assignació de pressupost públic** per fer front a les despeses assistencials, la planificació dels recursos i la investigació.
- **Els interessos de l'indústria farmacèutica** per incrementar vendes.

Des de les conseqüències de la resposta assistencial

■ La institucionalització

■ La hipermedicalització

3.2 Algunes indicacions per prevenir la cronificació en salut mental infantil i juvenil

1	Evitar la psiquiatrització de la vida quotidiana
2	Incorporar en la formació de tots els professionals que es dediquen a la infància i l'adolescència, el coneixement del desenvolupament infantil i adolescent amb les seves particularitats i la dimensionalitat dels símptomes en funció de variables lligades a l'edat, les condicions familiars, socials i els models relacionals.
3	Fer una valoració més enllà dels símptomes per realitzar el diagnòstic clínic tenint en compte els elements estructurals de base que els origina i orientar adequadament el Pla Terapèutic Individual (PTI) incloent-hi tant a la família com els àmbits socials i educatius.
4	Incrementar la conscienciació dels adults en relació al que suposa tenir cura dels fills i la responsabilitat d'educar-los. Caldria, en aquest sentit, comptar amb els mitjans de comunicació i xarxes socials.
5	Diferenciar entre psicopatologia i reaccions adaptatives pròpies de la vida quotidiana: dol, rebequeries, dificultats d'autoregulació, etc.

3.3 Algunes indicacions per millorar les condicions de vida del nen i de l'adolescent amb trastorn mental crònic

1	Garantir la continuïtat assistencial articulant els diversos dispositius de la xarxa: salut mental, salut general, entorn escolar, social i recursos d'inserció laboral.
2	Donar suport a les famílies per a que puguin esdevenir, en la mesura del possible, agents de salut.

3	Adequar els recursos a les necessitats dels infants i adolescents per tal de garantir la intervenció global i la integració a la comunitat.
4	Afavorir en tot moment el desenvolupament personal de l'infant i adolescent més enllà del trastorn que presenta.
5	Treballar per evitar que l'etiqueta 'crònic' en salut mental sigui un estigma.
6	Recomanar acords institucionals en els que participin totes les conselleries implicades. Tant la planificació com l'assignació de pressupost hauria de ser interdepartamental, per evitar tant duplicitats com mancances

4 Situacions de risc de cronicitat en salut mental infantil i juvenil

La salut mental en els nens es concebuda com un estat de benestar que els capacita per al seu correcte desenvolupament, entès en el sentit positiu de la identitat, la capacitat per a gestionar els pensaments i emocions, així com crear relacions socials i l'aptitud per aprendre i adquirir una educació que en última estància els capacitarà per participar activament a la societat.

Del paràgraf anterior es desprèn que els determinants de la salut mental dels infants i adolescents inclouen, a més de les característiques individuals pròpies, una sèrie de factors socioeconòmics, familiars, escolars i medi ambientals que constitueixen, a priori, els factors de risc previsibles, si es dóna una exposició a escenaris adversos.

Les situacions de risc de cronicitat que, a dia d'avui, considerem més rellevants són:

1. **En un primer col·lectiu, pel que fa a la presentació clínica, situació familiar i entorn social,** observem un clar augment dels Trastorns de Conducta amb predomini dels esclats heteroagressius, que desborden l'aula i els recursos psicopedagògics de l'escola. Aquest col·lectiu es mostra poc o gens sensible a les mesures educatives i disciplinàries, creant alarma escolar en el claustre, direcció i famílies dels altres alumnes. Aquestes característiques generen fenòmens expulsius i demandes freqüents d'intervenció urgent, en resposta a incidents greus, dels Centres de Salut Mental Infants i Adolescents (CSMIJ). Demandes en forma de trucades telefòniques urgents dels Equips d'Assessorament Psicopedagògic (EAP), dels mestres i, en ocasions, de la pròpia família, empenyent a mobilitzar vies ràpides d'intervenció.

En aquests casos, les famílies presenten sempre alts graus de disfuncionalitat, amb diferents característiques en les formes de presentació. Podem trobar-nos:

- Des de la família greument desestructurada, on s'observen infants o adolescents que precisen de protecció psicosocial i que no estan ni estaran en breu tutelats per la Direcció General d'Atenció a la Infància i la Adolescència (DGAIA), fonamentalment degut a la disminució de recursos en aquest àmbit d'atenció a la infància en risc. Són famílies en les quals l'Equip d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (EAIA) no troba indicadors greus de risc però hi ha certs comportaments que deterioren greument l'evolució dels fills, o bé sí que se'n troben però no es disposa de recursos per a proposar un ingrés a un centre Residencial d'Acció Educativa (CRAE). En aquests casos, els infants o adolescents reben una atenció psiquiàtrica que no pot esdevenir eficient i corren el risc de que el seus trastorns es cronifiquin.
- A famílies amb un funcionament clarament iatrogènic però amb recursos econòmics i culturals (mitjos o alts), que presenten aparença de "normalitat".

Cal afegir que l'evolució decreixent del suport social en els últims anys, comporta una disminució en la contenció del malalt, infant o adolescent, en el nucli familiar.

Les conseqüències es podrien sintetitzar en:

- **Àmbit de Salut Mental:** El marc ambulatori es demostra insuficient per a esdevenir com a element de contenció dels problemes, i la manca de recursos adients, amb objectius a mig-llarg termini, per malalts amb patologies greus, faciliten el desbordament familiar.
- **Àmbit escolar:** Els problemes conductuals són la conseqüència de que els infants i/o adolescents acabin exclosos de l'escolaritat ordinària.
- **Àmbit socio-familiar:** Famílies desestructurades en les quals l'Equip d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (EAIA) no troba indicadors de risc, maltractament o negligència greu.

2. **El segon col·lectiu en risc són infants en situacions que ja presenten precoçment dificultats emocionals, fracàs escolar i que estan en un entorn familiar i social molt desfavorit**, en el qual les funcions parentals són inconsistentes i no hi ha persones representatives en el seu entorn que puguin sostenir la continuïtat d'una intervenció ambulatoria sociosanitària adequada.

En aquests infants, els trastorns de caràcter conductual que presenten són evidents i juntament amb l'expressat al paràgraf anterior, es fa del tot necessari que siguin tractats en un medi terapèutic intensiu i consistent que abasti l'abordatge individual, familiar, escolar i social abans de que s'instaurin els cercles tancats propis de la dinàmica malaltissa. Aquest abordatge terapèutic és propi dels hospitals de dia, però no hi xarxa d'hospitalització de dia infantil (per a menors de 12 anys), excepte en alguns casos (per exemple, Hospital Clínic de Barcelona, Consorci Sanitari de l'Anoia), i per tant no podran accedir-hi fins l'adolescència, quan la necessitat ja ha aparegut anys abans.

3. **Un tercer col·lectiu el constitueixen adolescents amb consum o amb riscos de consum de tòxics.** Aquests adolescents precisarien d'un medi social alternatiu al carrer que pogués proveir d'activitats promotores de relacions saludables i esdevenir alternatives protectores al consum i abús. No són pròpiament pacients de Salut Mental però poden arribar a ser-ho si l'evolució no es redreça.
4. **Un quart col·lectiu és el format per adolescents entre els 16 anys i els 18 anys**, que per tant ja tenen edat laboral. Però donades les característiques d'una molt baixa formació acadèmica, i que sovint ja han abandonat l'escolaritat, afegint-hi els problemes emocionals, conductuals i amb possibles consums de tòxics, juntament amb la gravíssima situació econòmica **els hi es totalment impossible entrar en el món laboral.**

Cal assenyalar que manquen veritables alternatives socioeducatives i laborals per aquests col·lectius, entre els quals es troben també molts malalts amb Trastorns de l'Espectre Autista (TEA), i d'altres amb recursos cognitius relativament conservats però mancats de les habilitats i capacitats relacionals per a accedir a formacions adequades a les seves complexitats.

En quant a la inserció laboral juvenil, el Departament d'Ocupació ha de ser el responsable d'atendre aquesta necessitat, juntament amb els altres Departaments implicats. Creiem que s'hauria de dissenyar un Pla que no pressuposi, en tots els casos, la necessitat de tenir dictaminada una discapacitat per poder

accedir al món del treball protegit. Molts d'aquests adolescents que estan en risc de cronicitat, si poguessin accedir al món del treball normalitzat amb ajuda per inserir-s'hi, podrien evitar la cronicitat. Un exemple del que proposem, es el Projecte Darmouth, que es tracta d'un programa dirigit a millorar l'ocupació de persones amb trastorns mentals i garantir-los-hi un lloc de treball en condicions d'igualtat i sense discriminació.



5 Població diana

Tot i que aquest document es centra en l'atenció a la població en risc de cronicitat, hem volgut recollir la proposta del Pla Director de Salut Mental i Addiccions del Departament de Salut sobre la definició de pacient crònic complex en salut mental infantil i juvenil.

La proposta del Pla Director defineix uns criteris per tal d'identificar els processos que caracteritzen la cronicitat, i que conseqüentment determinaran intervencions des de diversos nivells assistencials. Segons aquest document tots els diagnòstics clínics en psiquiatria infantil podrien evolucionar de tal manera que el malalt pugui ser considerat crònic complex, donat que hi ha molts factors relacionats amb l'entorn familiar i social del nen i adolescent, que poden ser variables que influeixen en la mala evolució o cronificació de la malaltia en aquesta etapa de la vida.

La proposta per identificar la població diana segons el document del Pla Director, es resumeix en dues taules.

Taula 1 Criteris clínics: diagnòstics psicopatològics

A la taula 1 es mostra la llista dels diagnòstics psicopatològics amb l'escala del grau de complexitat en funció de la psicopatologia. Aquells trastorns més greus (esquizofrènia, autisme) tindrien més pes per a ser potencialment pacients crònics complexos que aquells trastorns més lleus (adaptatius, d'aprenentatge o del desenvolupament).

DIAGNÒSTIC		PUNTUACIÓ
Trastorns adaptatius		1-3
Trastorns de la son / del control dels esfínters		1-3
Trastorns de la conducta alimentària		3-5
Trastorns somatomorfs / dissociatius		3-5
Trastorns d'ansietat		3-5
Trastorn obsessiu-compulsiu		5-7
Gilles de la Tourette		3-5
Trastorns de l'estat d'ànim:	general	5-7
	amb símptomes psicòtics	7-10
Esquizofrènia i altres trastorns psicòtics		7-10
Trastorn per ús de substàncies:	> 14 anys	3-5
	≤ 14 anys	5-7
Discapacitat intel·lectual:	límit, lleu o moderada	3-5
	greu o profunda	5-7
Trastorn de l'espectre autista		7-10
TDAH		3-5
Trastorn de la conducta		3-5
Altres trastorns del neurodesenvolupament	Trastorn de la comunicació social	3-5
	Dislèxia i altres	1-3

Taula 2 Criteris d'ús de recursos, risc social i funcionalitat

A la taula 2 apareixen les altres variables a tenir en compte en la definició de pacient crònic complex. Són variables d'ús de recursos (urgències, hospitalitzacions, educació especial, ...), de malaltia orgànica comòrbida, de trets de personalitat i sobretot els factors familiars i socials, tan importants en l'evolució dels nens i adolescents.

CRITERIS		PUNTUACIÓ
1. Presència de l'ítem: Presència = 1 No presència = 0 (Es pot triar més d'una opció)	3 visites o més a urgències hospitalàries o visites no programades a CSMIJ en un any	0/1
	1 o més temptatives autolítiques en 1 any	0/1
	1 o més ingressos hospitalaris o en hospital de dia en 1 any	0/1
	Inici precoç del trastorn	0/1
	Complexitat en el maneig farmacològic i risc associat	0/1
	Comorbiditat orgànica greu o crònica	0/1
	Trets de personalitat disfuncionals	0/1
	Esdeveniments vitals estressants	0/1
	Necessitats especials d'escolarització	0/1
SUMA		0 a 9
2. Escala de risc social (Triar una opció)	No risc	0,25
	Lleu - Moderat	0,50
	Greu	0,75
	Crític	1
3. GAF	(100-GAF)/200	

Un cop valorat l'esforç que s'ha fet en aquesta proposta i tenint en compte les particularitats de la població infantil i juvenil, proposem algunes reflexions:

- La proposta del Pla director incorpora la denominació de pacient crònic complex en salut mental infantil i juvenil. Aquesta denominació, importada de l'àmbit sanitari dels adults, no s'ajusta a les característiques d'aquesta franja d'edat. **Pensem que es més adequada la denominació de pacient complex en risc de cronicitat** perquè reflecteix millor la realitat que els professionals es troben amb els infants i adolescents. Sovint, més que destacar la gravetat del diagnòstic, s'observen situacions educatives i socio-familiars complexes, que poden evolucionar cap a la cronicitat si no es fa un abordatge integral, treballant sobre el context en el que apareixen els símptomes.
- La incorporació amplia de diagnòstics supera les dificultats d'inclusió d'alguns casos complexes en el programa Trastorns Mentals Greus (TMG).
- Resta pendent fer una valoració i seguiment de la ponderació proposada per revisar si s'ajusta a la realitat clínica.

6 Recursos implicats

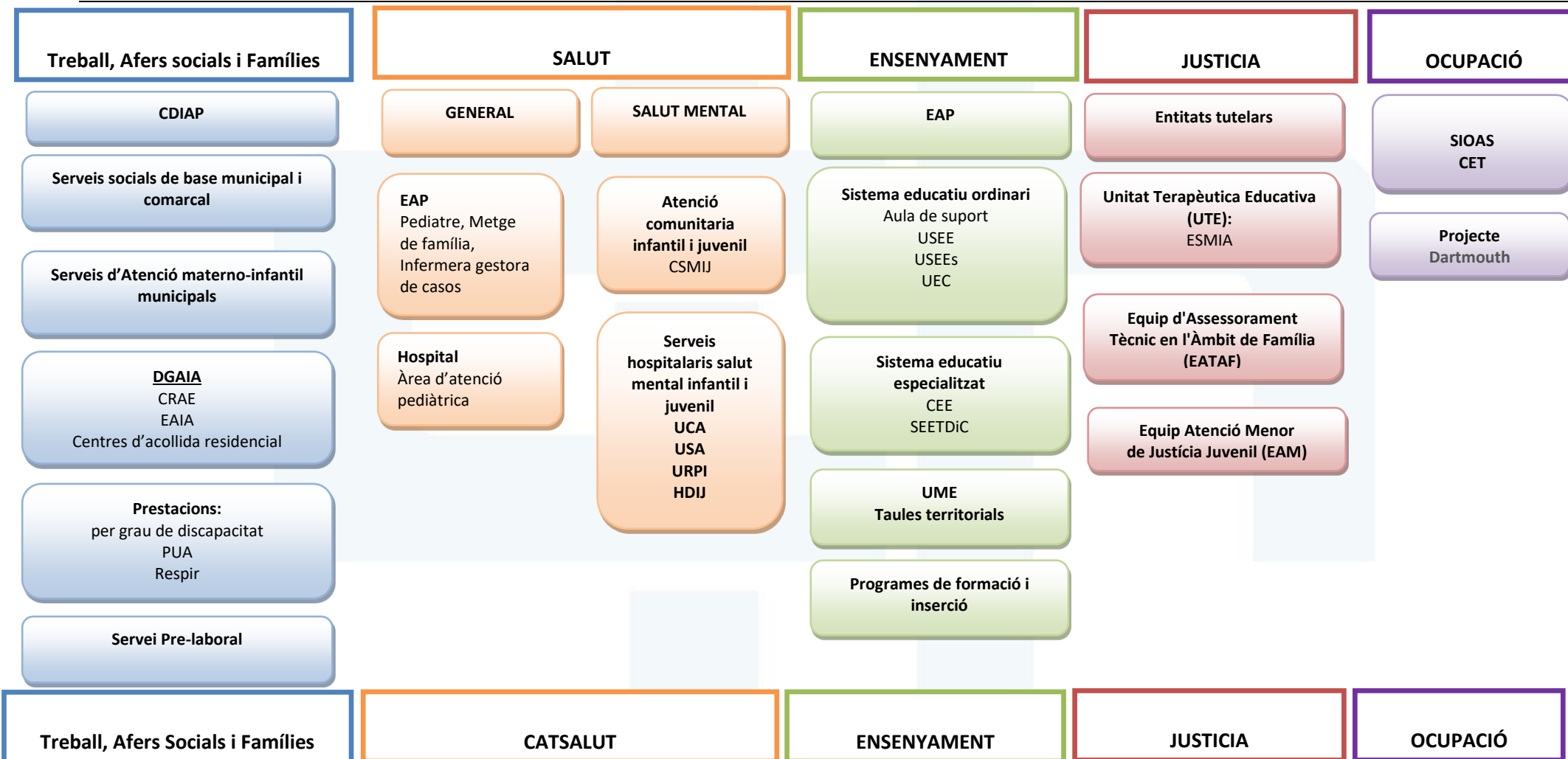
Per l'especificitat que representen les etapes de la vida infantil i juvenil i per donar una atenció de qualitat des d'una perspectiva integral, els recursos i serveis de la xarxa pública de salut mental que són necessaris per l'abordatge del risc de la cronicitat i del malalt crònic, pertanyen a diferents Departaments de la Generalitat: Treball, Afers Socials i Famílies, Salut, Ensenyament, Ocupació (Treball) i Justícia.

L'atenció des d'una perspectiva integral amb pacients amb risc de cronicitat i/o que presentin trastorns mentals greus (TMG), requereixen d'una coordinació i col·laboració fluida entre els diferents àmbits d'atenció: sanitari, educatiu, social, laboral i justícia.

Actualment l'atenció als malalts que presenten processos crònics i/o amb risc de cronicitat dins l'àmbit de la Salut Mental (TMG o no TMG) es desenvolupa en el marc de la xarxa pública existent.

Així doncs, els serveis i dispositius implicats actualment en l'atenció al pacient crònic en salut mental són els mateixos que per a la resta de patologies i serà en l'atenció i abordatge de cada cas on caldrà valorar quins serveis hauran d'intervenir i quin treball en xarxa es l'adequat.

SERVEIS I RECURSOS PUBLICS PER A L'ABORDATGE DEL RISC DE LA CRONICITAT EN SALUT MENTAL INFANTIL I JUVENIL



BENESTAR SOCIAL I FAMÍLIA

- CDIAP: Centre de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç. De 0-4/6 anys
- Serveis socials de base municipal i comarcal. 0-18 anys
- Serveis d'atenció maternal i infantil. De 0-4 anys
- DGAIA: Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència. De 0-18 anys:
 - CRAE: Centre Residencial d'Acció Educativa. De 0-18 anys
 - EAIA: Equips d'atenció a la infància i adolescència. De. 0-18 anys
 - Centres d'acollida i residencials. De 0-18 anys
- Prestacions de Benestar Social i Família:
 - Per grau de discapacitat. Prestació dirigida a les persones que pateixen alguna malaltia que pot comportar una discapacitat per la vida diària.
 - PUA. Ajuts d'Atenció social a persones amb discapacitat, física, psíquica o sensorial per desenvolupar l'autonomia personal.
 - Servei residencial d'estades temporals i Respir per a persones amb discapacitat. 6-65 anys.
- Servei prelaboral. Servei social especialitzat, d'intervenció en persones amb trastorn mental, estabilitzats i compensats de la seva malaltia, amb la finalitat d'aconseguir una integració laboral.

SALUT

SERVEIS GENERALS

- EAP: Atenció Primària de Salut (APS). És la porta principal d'entrada al sistema. Les seves funcions principals són les tasques preventives, la detecció precoç i l'atenció de les patologies no complexes, així com la coordinació amb la resta de dispositius assistencials.
- Hospital: Recursos on es presta una atenció especialitzada ambulatoria o d'internament.

SERVEIS DE SALUT MENTAL

- CSMIJ: Centre de Salut Mental Infanto Juvenil. Són centres d'atenció ambulatoria especialitzada adreçats a les persones, menors de 18 anys, que presenten un trastorn mental en qualsevol de les etapes evolutives de la malaltia, i que per la seva gravetat i/o complexitat no poden ser ateses únicament des de l'àmbit dels serveis d'Atenció Primària.
- UCA: Unitat de Crisi per Adolescents. Són dispositius hospitalaris centrats en l'atenció especialitzada dels trastorns mentals en el període de l'adolescència (dels 12 als 18 anys).
- USA: Unitats d'hospitalització per adolescents amb psicopatologia que necessita temps per estabilitzar-se, o per aquelles persones que podrien acollir-se a programes de rehabilitació.

- URPI: Unitat de Referència per a Psiquiatria Infantil i Juvenil. Són unitats especialitzades en l'atenció de les situacions de crisi i episodis aguts del grup de població entre 0-18 anys, que requereixen d'una atenció urgent i/o d'un ingrés hospitalari a temps complet. Estan ubicades, majoritàriament, en unitats pediàtriques d'hospitals generals de referència i disposen d'equips especialitzats en psiquiatria infantil.
- HDIJ: Hospital de Dia Infantil i Juvenil. són centres on es realitzen abordatges terapèutics de caràcter multidimensional (psicofarmacològic, psicoterapèutic i rehabilitador), en règim d'hospitalització exclusivament diürna. Tenen com a objectiu la reinserció familiar, social i escolar/laboral.

ENSENYAMENT

- EAP: Equips d'assessorament psicopedagògic. Quan algun alumne presenta dificultats els docents demanen la valoració i assessorament de l'EAP. En els casos en que se sospita que pot tractar-se d'un infant o adolescent amb TMG l'EAP pot derivar l'alumne al CSMIJ i a partir d'aquí es pot treballar conjuntament de cara a oferir una intervenció global entre els serveis de salut mental i l'escola. Aquest procés també es dona a l'inrevés, quan des del CSMIJ es diagnostica un cas de TMG els professionals es posen en contacte amb l'EAP de referència per iniciar un treball conjunt.
- Sistema educatiu ordinari:
 - Aula de suport
 - USEE: Unitat de suport especial a l'escola
 - UEC: Unitat d'escolaritat compartida
- Sistema educatiu especialitzat: Existeix un programa de suport a les escoles especials amb alumnat amb trastorns autistes i psicòtics i trastorns greus de conducta en el que professionals del CSMIJ es desplacen a l'escola i treballen de manera conjunta amb els equips educatius per oferir una atenció global i integrada que s'adeqüi a les necessitats específiques d'aquests alumnes.
 - CEE: Centres d'educació especial
 - SEETDiC (Serveis educatius específics pels trastorns de desenvolupament i de conducta) en els que hi col·laboren professionals especialitzats d'Ensenyament i del CSMIJ. La seva funció és l'assessorament als equips educatius de les escoles ordinàries que tenen alumnes amb TMG. Aquest dispositiu no existeix a tots els territoris.
- UME: Unitats Mèdica-Educatives. Són centres educatius i terapèutics.
- Taules territorials per l'atenció als TMG en les que de manera periòdica es reuneixen professionals del CDIAP (Centre de desenvolupament infantil i atenció precoç), del CSMIJ, de l'EAP i del SEETDiC (si n'hi ha). En aquestes taules es treballa sobre models de detecció i intervenció i també sobre casos concrets en moments crítics, per exemple en el pas de l'escola infantil a primària o quan han de començar l'ESO.

JUSTICIA

- Entitats tutelars: entitats tutelars són persones jurídiques sense ànim de lucre que tenen per finalitat la protecció i cura de les persones legalment incapacitades.
- UTE (Unitat Terapèutica Educativa): Recurs destinat a menors i a joves d'entre 14 a 21 anys, amb trastorn mental greu i amb mesures d'internament terapèutic dictades pels jutges de menors, en els casos en què presenten problemes de salut mental o relacionats amb el consum de substàncies, i que requereixen d'intervencions terapèutiques dins la xarxa de Justícia Juvenil de Catalunya. És un centre educatiu de règim tancat on el menor o el jove fa totes les activitats del programa educatiu dins del centre educatiu.
- ESMIA: Equip de professionals de la UTE que dona una atenció ambulatoria de Salut Mental als joves d'entre 14 a 21 anys, interns en els centres educatius tancats de la Justícia Juvenil en règim de comunitat terapèutica, amb trastorn mental greu i addiccions que requereixen d'intervencions terapèutiques dins la xarxa de la Justícia Juvenil de Catalunya.
- EATAF: L'Equip d'Assessorament Tècnic en l'Àmbit de Família és un servei d'assessorament, que treballa amb la família des d'una perspectiva d'avaluació, en el context judicial i, majoritàriament, amb famílies immerses en processos de ruptura i conflicte. La finalitat de la intervenció tècnica és aportar al procediment judicial un dictamen psicosocial, psicològic i/o social sobre la situació del menor, les relacions parentofilials, l'exercici del deure dels pares i, en general, qualsevol altra circumstància rellevant, a efectes que els jutges les puguin tenir en compte a l'hora d'adoptar o revisar les mesures judicials més adequades sobre la cura i l'educació dels fills, la guarda i custòdia o el règim de visites, sota el principi general de favor filii.
- EAM: Equip d'Atenció al Menor. Equip multidisciplinar especialitzat en l'atenció ambulatoria en salut mental als menors atesos per la Direcció General de Justícia Juvenil i la DGAIA, a la demarcació de Barcelona.

OCUPACIÓ

- SIOAS: Servei Integral d'Orientació, Acompanyament i Suport a la inserció laboral. Son empreses que desenvolupen serveis d'inserció laboral que pot incloure formació, orientació, coneixement del mercat de treball i de tècniques actives de recerca activa de feina, practiques no laborals en empreses, i acompanyament a la inserció.
- CET: Centre Especial de Treball. Són empreses que asseguren un treball remunerat, garantit la seva integració laboral, per la prestació d'un servei ajustat a les seves capacitats. L'objectiu de l'empresa és productiu però la funció és social.

- **Projecte Dartmouth.** El Departaments de Salut, d'Empresa i Ocupació i de Benestar i Família, l'Obra Social de La Caixa i el Centre de Recerca Psiquiàtrica de Dartmouth sumen esforços per impulsar un programa dirigit a millorar l'ocupació de persones amb trastorns mentals i garantir-los un lloc de treball en condicions d'igualtat i sense discriminació. S'emmarca en el desplegament del Pla integral d'atenció a les persones amb problemes de salut mental que ha impulsat el Govern i té el suport d'experts internacionals referents en la integració de persones amb trastorn mental.

Tots aquests serveis estan integrats dins del circuit assistencial de Salut Mental, articulats amb la resta de dispositius i tenen establert un sistema de coordinacions que possibiliten la continuïtat assistencial del projecte terapèutic del malalt.

Tot i que aquests serveis disposen de Programes aparentment centrats en l'atenció a processos de llarga evolució (Programa TMG, Programa de suport als Centres de la DGAIA, ..) i que en els darrers anys s'han realitzat diverses experiències pilot per a millorar l'atenció d'aquests malalts (Unitats d'Atenció Integral als TEA, Unitats Funcionals CDIAP-CSMIJ, ..), l'atenció al pacient crònic dins de l'àmbit infantil i juvenil no s'ha desenvolupat al nivell que seria exigible.

Les iniciatives realitzades fins ara s'han dut a terme des d'una visió parcial i poc realista, sense tenir en compte la complexitat de l'atenció al pacient crònic i sense avaluar les necessitats de recursos que aquesta atenció comporta.

Dins d'aquesta manca de debat i de planificació, no s'ha elaborat un model d'intervenció i no s'ha afrontat la discussió sobre la necessitat de desplegar dispositius específics centrats en l'atenció del pacient crònic i/o amb risc de cronicitat com poden ser Centres de Dia, Unitats de Subaguts (una sola unitat en tota Catalunya), recursos residencials protegits, etc.

En els darrers anys s'han desenvolupat diversos Programes de suport i coordinació entre AP i CSMIJ amb l'objectiu d'augmentar la capacitat resolutiva dels primers nivells en relació a les patologies no greus. Dins l'àmbit infantil i juvenil, aquests Programes han evidenciat importants dèficits formatius estructurals.

Tot i que l'atenció primària (AP) no té com a funció específica l'atenció al pacient de salut mental infantil i juvenil crònic i/o amb risc de cronicitat, si que és necessària una estreta coordinació entre la xarxa de SM i l'AP per al seguiment dels processos de salut derivats de la cronicitat.

ASSOCIACIONS DE FAMILARS I USUARIS

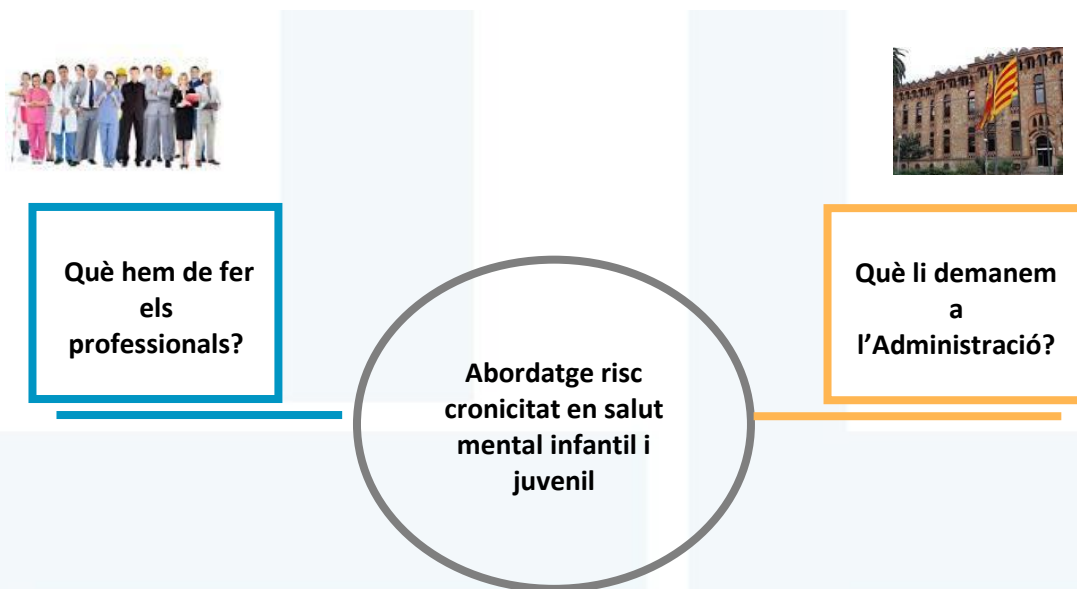
En els darrers anys les Associacions de familiars i usuaris han adquirit un paper rellevant dins de l'àmbit sanitari.

A l'efectuar una profunda reflexió sobre l'atenció a les patologies que poden evolucionar cap a la cronicitat és imprescindible crear espais de debat, on aquestes associacions puguin expressar i transmetre les dificultats i patiments vinculats amb el fet de tenir cura d'un familiar que presenta un procés de salut greu, invalidant i de llarga evolució.

Una planificació acurada del model d'atenció a la cronicitat ha de tenir en compte la visió de l'usuari i de la seva família.

7 Propostes per a l'abordatge del risc de cronicitat

Proposem **dos nivells d'intervenció** per abordar el risc de cronicitat:



QUÈ HEM DE FER ELS PROFESSIONALS

1. Prevenció, detecció i abordatge de factors de risc de cronicitat en el nen, adolescent i/o família.
2. Treballar per assegurar la continuïtat assistencial i la cooperació entre els diferents nivells i dispositius assistencials dels àmbits social, educatiu, salut, justícia i laboral.
3. Vetllar per tal que el pas del CDIAP-CSMIJ i del CSMIJ-CSMA s'adapti a les característiques i necessitats de les persones ateses i les seves famílies.
4. Consensuar i implementar la metodologia per a la detecció i gestió dels casos en risc de cronicitat entre els diferents agents implicats.
5. Garantir el suport i acompanyament a la família al llarg del procés assistencial en tots els àmbits segons les necessitats.

QUÈ LI DEMANEM A L'ADMINISTRACIÓ

1. Per poder dur a terme els punts anteriors, és indispensable una Planificació interdepartamental, que faciliti:
 - Dissenyar i planificar
 - Establir mecanismes per garantir l'atenció
 - Aplicar un model de treball comunitari i participatiu

- Potenciar i desenvolupar el model de la *Taula territorial d'Infància i Adolescència* a tots els territoris.
 - Revisar i redefinir el model d'unitat funcional
 - Avaluació periòdica de les accions interdepartamentals que es duguin a terme.
2. **Aplicar un model de treball comunitari i participatiu amb la dotació necessària de recursos (espai, temps i professionals).**
 3. **Avaluació periòdica de les accions interdepartamentals que es duguin a terme.**

8 Pla d'acció

El Pla d'acció s'ha d'entendre com una estratègia d'atenció integral i per tant com un estímul per donar una resposta transversal i coordinada a les necessitats d'atenció de la població infantil i juvenil en risc de cronicitat.

A continuació detallem les accions preventives, assistencials i de rehabilitació que, al nostre entendre, caldria impulsar, garantir i avaluar per aconseguir un bon abordatge de risc de la cronicitat en salut mental infantil i juvenil, a tot el territori.

QUÈ HEM DE FER ELS PROFESSIONALS?

ACCIONS A DESENVOLUPAR

1

Prevenió i detecció precoç de factors de risc de cronicitat en el nen, adolescent i/o família, això passa per un treball conjunt de tots els agents i dispositius dels departaments implicats.

- Amb l'Atenció Primària de Salut
- Amb les UBASS (unitats bàsiques atenció i serveis socials)
- Amb els Serveis Educatius
- Amb els serveis de justícia d'atenció al menor
- Amb els serveis d'inserció laboral

1. Prevenció:

- 1.1 Donar suport als professionals que actuen en programes orientats a l'atenció als progenitors, en relació al desenvolupament psico-afectiu de l'infant en els primers anys de vida, des d'AP i la xarxa de SM adults,
- 1.2 Aplicar programes de seguiment específic de les gestants amb trastorn mental sever.
- 1.3 Donar suport als professionals que actuen en el programa "Salut i escola"

2. Detecció:

- 2.1 Revisar i actualitzar els criteris que fan referencia a la salut mental del protocol del nen sà.
- 2.2 Donar suport als EAP (educació) en la detecció precoç dels indicadors de risc

2

Treballar per assegurar la continuïtat assistencial i la cooperació entre els diferents nivells i dispositius assistencials dels àmbits social, educatiu, salut, justícia i laboral.

1. Recuperar i instaurar la gestió de casos complexos i crònics dins les taules territorials d'infància i adolescència.
2. Elaborar el PAI (Pla d'Atenció Individualitzat) de forma conjunta entre els professionals l'àmbit sanitari, educatiu, laboral, justícia i social creant espais per a reunions cooperatives.
3. Considerar els recursos d'inserció laboral dirigits a joves amb trastorns de salut mental per incorporar-los al PAI.
4. Desenvolupar i potenciar programes d'atenció específica dirigits a població vulnerable i amb risc de cronicitat (població tutelada

	per l'Administració, amb problemàtica judicial, fills de pares en trastorns de salut mental, etc.).
--	---

3	Vetllar per tal que el pas del CDIAP-CSMIJ i del CSMIJ-CSMA s'adapti a les característiques i necessitats de les persones ateses i les seves famílies. (s'ha de revisar els instruments de que disposem).	1. Garantir la implementació del protocol de derivació: CDIAP-CSMIJ, CSMIJ-CSMA. 1.1 Vetllar pel traspàs del CDIAP-CSMIJ amb reunions de coordinació per garantir la continuïtat assistencial dels casos derivats, especialment, dels de major risc de cronicitat. 1.2 Assegurar que els casos més complexos segueixin vinculats a la xarxa en el moment de transició del CSMIJ al CSMA, amb reunions de coordinació per garantir la continuïtat assistencial dels casos derivats, especialment, dels de major risc de cronicitat i mitjançant un acompanyament que afavoreixi el vincle en el nou recurs.
---	---	--

4	Consensuar i implementar la metodologia per a la gestió dels casos en risc de cronicitat entre els diferents agents implicats.	1. Participar en un grup de treball professional interdepartamental d'àmbit territorial. 1.1 Elaborar i consensuar una metodologia i protocols base per a la detecció i abordatge dels casos aprofitant les experiències i documents ja existents a cada territori, definint les funcions del referent del cas. 1.2 Definir els indicadors de procés i resultat. 2. Compromís d'implementar el document de consens adaptant-lo a les característiques de cada territori. 3. Valorar els resultats de la implementació del document de consens i compartir-los amb tot el territori.
---	--	---

5

Garantir el suport i acompanyament a la família, o el tutor al llarg del procés assistencial en tots els àmbits (educatiu, social, salut).

1. Identificar i consensuar el professionals referent per la família o tutor segons les característiques de cada cas.
2. Vetllar per tal que el referent del cas incorpori adequadament a la família/tutors legals en el procés assistencial multidisciplinar.
3. Potenciar la implicació de la família en el procés assistencial (empowerment de la família).

QUÈ LI DEMANEM A L'ADMINISTRACIÓ?

1

1. Planificació interdepartamental, per a tots els territoris, que prioritzi:

1.1 Dissenyar i planificar de forma consensuada programes interdepartamentals de formació adreçats a tots els professionals implicats.

1.2 Garantir l'atenció integral i la cooperació entre els diferents nivells i dispositius assistencials dels àmbits social, educatiu, salut, justícia i ocupació, mitjançant:

- El desenvolupament del model de la Taula territorial d'Infància i Adolescència a tots els territoris.
- La revisió i redefinició del model d'unitat funcional per adaptar-lo a les necessitats concretes de la població infantil i juvenil i a les característiques de cada territori.
- El desplegament en tot el territori de programes d'inserció laboral dirigits a joves amb trastorn mental.
- L'elaboració d'un protocol base de derivació entre CDIAP-CSMIJ i un entre CSMIJ-CSMA, partint dels existents, al qual s'incorporin les particularitats a cada territori.

2. Aplicar un model de treball comunitari i participatiu amb la dotació necessària de recursos (espai, temps i professionals).

3. Avaluació periòdica de les accions interpartamentals que es duguin a terme.

2

Cada Departament hauria de:

1. Definir i revisar la seva cartera de serveis actuals i ajustar els recursos a les necessitats qualitatives i quantitatives, de la població.
2. Planificar noves accions de forma coordinada entre departaments i en resposta a les necessitats detectades.
3. Garantir el seguiment i avaluació de les accions empreses i retorn de la informació per afavorir la millora continua.

3

El Departament de Salut hauria d'abordar i resoldre:

1. Integració dels CDIAP de Treball, Afers Socials i Famílies a Salut
2. Allargar l'edat dels 18 als 20 anys, en salut mental.
3. Millorar el suport a l'atenció primària.

9 Bibliografia

- U.S. Department of Health and Human Services. Multiple Chronic Conditions. A Strategic Framework: Optimum Health and Quality of Life for Individuals with Multiple Chronic Conditions. Washington, DC. December 2010.
- L'atenció a la cronicitat en Salut Mental: Elements rellevants i propostes. Document elaborat en el marc del Consell de Sector de Salut Mental de La Unió. 2011.
- Recomanacions per a l'atenció de malalts mentals greus en la infància i l'adolescència. Servei Català de la Salut. Consell Assessor sobre assistència psiquiàtrica i salut mental. Quaderns de salut mental 6. Octubre 2013.
- Plan d'acción sobre salud mental 2012-2020. Organización Mundial de la Salud. 2013.
- Anàlisi dels serveis per a persones amb Discapacitat Intel·lectual al llarg de la seva vida: organismes, entitats, recursos, programes i equips. Informe elaborat en el marc del Consell de Sector Discapacitat Intel·lectual de La Unió. 2015.
- Pla Integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions 2014-2016.
- Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. <http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/>
- Departament de Salut. <http://salutweb.gencat.cat/ca/>
- Departament d'Ensenyament. <http://ensenyament.gencat.cat/ca/>
- Departament de Justícia. <http://justicia.gencat.cat/ca/>
- Departament d'Empresa i Coneixement. <http://empresa.gencat.cat/ca/>