

MODEL I GARANTIES DE L'ATENCIÓ DE LA SALUT MENTAL

**L'ATENCIÓ DE LA SALUT MENTAL EN LA
INFÀNCIA I L'ADOLESCÈNCIA**

*PROPOSTA FINAL
OCTUBRE de 2002*

ÍNDEX

PRÒLEG	4
1. PRESENTACIÓ: L'ATENCIÓ DE LA SALUT MENTAL EN LA INFÀNCIA I L'ADOLESCÈNCIA	5
2. EIXOS BÀSICS DE L'ATENCIÓ DE LA SALUT MENTAL EN LA INFÀNCIA I L'ADOLESCÈNCIA	6
3. NECESSITATS ASSISTENCIALS EN SALUT MENTAL EN LA INFÀNCIA I L'ADOLESCÈNCIA	7
3.1. Epidemiologia.....	7
3.2. Factors de risc i factors de protecció en la infància i l'adolescència.....	9
3.3. Factors sociològics actuals vinculats a l'estat del benestar, que incideixen en la salut mental en nens i adolescents.....	12
4. ANÀLISI DE LA SITUACIÓ ACTUAL	13
5. OFERTA DE SERVEIS	15
5.1. Catàleg de Prestacions.....	16
A.- Prestacions Sanitàries.....	17
B.- Altres prestacions complementàries a les sanitàries.....	17
5.2. Cartera de Serveis.....	18
5.3. Dispositius assistencials.....	18
A.- Dispositius Sanitaris.....	19
B.- Dispositius complementaris als sanitaris.....	21
C.- Dispositius compartits.....	22
6. RELACIONS INTERDEPARTAMENTALS	22
6.1. Relacions interdepartamentals amb Ensenyament.....	23
6.2. Relacions interdepartamentals amb Justícia.....	23
6.3. Relacions interdepartamentals amb Treball.....	24
6.4. Relacions interdepartamentals amb Benestar Social.....	25
6.5. Serveis comunitaris: administracions locals, associacions de malalts i familiars, voluntariat.....	25
1.- Administracions locals.....	25
2.- Associacions de malalts i familiars.....	26
3.- Voluntariat.....	26

Sector de Salut Mental de la UCH

Benito Menni Complex Assistencial en Salut Mental
Centre de salut mental Infantil i Juvenil – SEMIPE, S.L.
Corporació Sanitària Clínic
Corporació Sanitària Parc Taulí
CPB Serveis de Salut Mental
Fòrum Salut Mental
Fundació de Gestió Sanitària - Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Fundació Eulàlia Torras de Bea
Fundació Hospital de Mollet
Fundació Hospital Sant Pere Claver
Fundació Nou Barris
Fundació Vidal i Barraquer
Gestió de Serveis Sanitaris – Hospital de Sta. Maria, Lleida
Grup Pere Mata
Hospital General de Vic
Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues
Hospital Sant Rafael
Mútua de Terrassa
MUTUAM
Sagrat Cor Serveis de Salut Mental
Sanatori Villablanca, S.A.
Sant Joan de Déu Serveis de Salut Mental
Institut d'Assistència Sanitària, Xarxa de Salut Mental

Comissió de Treball del Consell de Salut Mental de la UCH encarregada d'elaborar el document

- **Jaume Aguilar - Fundació Hospital Sant Pere Claver**
- **Xavier Bouzas i Casheda – Institut d'Assistència Sanitària**
- **Carme Grifoll i de la Esperanza – Fundació Nou Barris**
- **M. Teresa Miró – Fundació Eulàlia Torres de Bea**
- **Roser Pérez i Simó – Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues**
- **Ignasi Samper i Castelló – SEMIPE, S. L. (CSMIJ Lleida)**
- **Anna Riera i Domènech – Unió Catalana d'Hospitals**

PRÒLEG

Presentem el document “L’Atenció de la Salut Mental en la Infància i l’Adolescència” que recull la proposta específica en aquest àmbit del **Model i Garanties de l’Atenció de la Salut Mental**, elaborat pel sector de Salut Mental de la UCH i presentat el 8 d’octubre de 2001.

Ja en paral·lel al desenvolupament del document del model general de l’atenció de la Salut Mental, va començar la tasca per a descriure i definir les propostes del model específiques per a la Salut Mental en el cas dels nens i dels adolescents. L’objectiu era assegurar propostes concretes en tots els àmbits, garantint l’encaix en el model general i poder recollir, explicar i desenvolupar de forma més clara aquelles característiques pròpies dels nens i adolescents, els quals requereixen una adaptació concreta de l’articulació de la resposta assistencial.

Per tant, hem d’entendre que el desenvolupament de la proposta del model d’atenció a la Salut Mental en els nens i adolescents ha estat concebuda des d’aquesta perspectiva, en el marc general del Model, amb una voluntat de fer una proposta integral de l’abordatge de l’atenció de la Salut Mental, entenent-la com un procés continuat i ininterrompible des del naixement fins al final de la vida de les persones.

El model d’Atenció de la Salut Mental en la infància i l’adolescència, s’ha anat desenvolupant, partint d’aquesta perspectiva de model integrat d’atenció a la Salut Mental. Per això s’ha mantingut la mateixa estructura en els dos documents i determinats aspectes propis i comuns d’un model d’atenció de la Salut Mental integrat no els trobareu desenvolupats en aquest document perquè s’entenen ja explicats en el model general (en concret aspectes referents a qualitat assistencial, sistemes d’informació i de pagament). S’ha entrat en el detall dels aspectes propis en Salut Mental de la infància i l’adolescència pel que fa a les necessitats assistencials, l’anàlisi de la situació actual, l’oferta de serveis i les relacions interdepartamentals. Per tal d’explicar aquest encaix amb el model general s’ha seguit el sistema següent: s’ha reproduït la proposta general emmarcada en un requadre diferenciat, completant-la amb les propostes específiques per a la infància i l’adolescència que són les que es desenvolupen. El que no es desplega s’entén que és compartit o comú i, per tant, es troba explicat en el model general.

En un futur caldrà aprofundir i elaborar els treballs de continuïtat del model pel que fa referència a la psicogeriatria i el desplegament dels recursos, que han de permetre estructurar la proposta del Model integrada.

Aquesta proposta no pretén ser dogmàtica, sinó cercar la reflexió en el marc de l’atenció de la Salut Mental i plantejar el debat necessari pel que fa a la manera com hem d’articular la millor resposta a una necessitat sanitària i social. La dimensió de l’atenció i l’objecte de la mateixa és la persona, i hem de poder fer propostes dinàmiques, flexibles i adaptades a les necessitats canviants, molt especialment en el cas dels nens i dels adolescents.

El grup de treball del Consell de Salut Mental de la UCH

1. PRESENTACIÓ: L'ATENCIÓ DE LA SALUT MENTAL EN LA INFÀNCIA I L'ADOLESCÈNCIA

L'Atenció de la Salut Mental en els nens i adolescents segueix en les grans línies el document base del Model i Garanties de l'Atenció de la Salut Mental¹. Hauria de donar resposta a les necessitats de la població, oferint una atenció individual als infants, als adolescents que presenten un problema de Salut Mental i a les seves famílies.

Així doncs, l'atenció de la Salut Mental dels nens i dels adolescents ha de ser equitativa i accessible, orientada al pacient, comunitària, integradora, participativa, longitudinal i resolutiva, atenta a la formació, recerca i docència, ètica, de qualitat i que busqui les solucions en l'entorn habitual del malalt i, en el cas específic de la Salut Mental en la infància i l'adolescència, accentuant la inclusió de la família en les respostes assistencials.

Quan l'objecte de l'atenció són els nens, els adolescents i les seves famílies, s'hi afegixen característiques específiques derivades fonamentalment de dues peculiaritats. L'una en relació a l'evidència dels canvis evolutius del funcionament mental entre els 0 i els 18 anys i de les repercussions en cadena que poden comportar les dificultats psíquiques en una determinada etapa evolutiva. L'altre, en relació a la major dependència dels nens i dels adolescents de l'entorn que els acull i, especialment, del nucli familiar o de convivència.

Des del naixement fins als 18 anys es constitueixen sens dubte els trets de la personalitat del ésser adult i es desenvolupa tot el potencial cognitiu, emocional i relacional mitjançant la successió continua d'etapes evolutives, totes elles amb característiques que li són pròpies. Aquestes etapes són fonamentals en la vida de tot subjecte, tant pel que fa a la seva constitució psíquica com en l'accés a la vida social, als aprenentatges, a les relacions amb els iguals i amb l'altre sexe.

D'altra banda, pel fet que les possibilitats de desenvolupament dels infants i dels adolescents estigui en estreta relació amb les circumstàncies del medi en el que neix i creix, esdevé de cabdal importància la consideració de la dinàmica familiar en l'etiologia i pronòstic de les dificultats psíquiques. També s'haurà de considerar el pes de l'escola i del medi social en general, en el disseny de les estratègies terapèutiques. Per tot això es considera fonamental:

- **La detecció a temps** de les manifestacions psicopatològiques, dels senyals d'alarma i dels factors de risc dels nens i adolescents, fent especial èmfasi en la vessant preventiva donat que poden ser determinants per a ells mateixos i pel seu futur com adults.
- **Donar una atenció adequada en funció de l'etapa evolutiva**, especialment referides a la primera i segona infància, a la pubertat i a l'adolescència.
- **Incloure l'atenció als pares i tutors legals** per pal·liar els factors de risc, potenciar els factors de protecció, tractar els factors patògens derivats de les interaccions entre pares i fills i, en definitiva, col·laborar en el benestar psicològic del conjunt de la família.
- **Garantir la coordinació i articulació entre els àmbits sanitari, escolar i social** implicats en el desenvolupament de la Salut Mental de la població infantil i juvenil ja sia per la seva condició d'agents de salut, per l'acompanyament en les estratègies terapèutiques o per la detecció dels senyals de l'alarma o dels factors de risc.

¹ **Model i Garanties de l'Atenció de la Salut Mental**, publicat el setembre de 2001 pel Consell de Salut Mental de la UCH i presentat en públic el 8 d'octubre de 2001 en motiu del dia mundial de la Salut, dedicat el 2001 a la Salut Mental.

2. EIXOS BÀSICS DE L'ATENCIÓ DE LA SALUT MENTAL EN LA INFÀNCIA I L'ADOLESCÈNCIA.

Els trets bàsics que caracteritzen i donen especificitat a l'atenció de la Salut Mental en el tram infanto juvenil, des de la **perspectiva de la maduració i el desenvolupament**, són:

- Importància de la **detecció precoç**, tant dels factors de risc, per a endegar mesures preventives, com de la pròpia patologia, per iniciar les mesures terapèutiques a temps assegurant-se, així, una millor resposta terapèutica i, per tant, un millor pronòstic de la malaltia.
- Importància del **temps** i l'**accessibilitat**. El factor temps en un infant té un valor específic en dos sentits, donat que influeix en la psicopatologia i perquè pot suposar un frè total o parcial en el desenvolupament de la personalitat. Les mesures terapèutiques tenen **efectes preventius** i un **benefici potencial superior** si s'aborden a temps.
- Les etapes evolutives, des del nadó a l'adolescència, tenen, cadascuna d'elles, especificitats que requereixen intervencions i estratègies diferenciades i pròpies de cada etapa. Això comporta exigències de formació específiques pels professionals que han d'abordar-les, diferenciades de les competències necessàries en el cas dels adults. Per tan, es fan imprescindibles les **actuacions interdisciplinars** i la convergència dels professionals que pertanyen a diferents àmbits d'actuació.
- La **condició de menors**, des del punt de vista legal, afegeix la necessitat de revisar, especialment en l'adolescència, les dimensions de la confidencialitat i del consentiment informat. Així mateix és imprescindible la coordinació amb la fiscalia de menors i jutjat de família per la presa de determinades decisions.

El document remarca la importància de l'acció preventiva de les intervencions assistencials dels equipaments especialitzats per a l'atenció de la Salut Mental i l'assistència psiquiàtrica. Els plans i programes de salut hauran de tenir en compte l'abast de les accions preventives que es poden dur a terme des dels nivells assistencials no especialitzats, així com d'altres àmbits no sanitaris que prenen cura de la població infantil i adolescent amb repercussió a la salut mental. L'acció preventiva té diferents característiques i diferents espais segons l'edat.

Des del naixement, els infants tenen contacte habitual amb el pediatre. Aquestes consultes regulars amb els serveis de pediatria haurien de permetre el registre de conductes anòmales dels infants, relacions de risc entre pares i fills i, fins i tot, trets psicopatològics dels progenitors.

D'altra banda, també des de la primera infància fins als 16 anys, en que està establert l'ensenyament obligatori, els nois i noies tenen contacte habitual amb l'escola, que és un medi privilegiat per a la prevenció i detecció de problemes de Salut Mental, tan dels escolars com del nucli familiar de pertinença.

Passada aquesta edat, el contacte, tant amb el sistema sanitari com amb l'escolar es desdibuixa, ja sigui per les dificultats dels adolescents a apropar-se al metge de capçalera com per haver finalitzat l'etapa escolar. A partir d'aquesta edat, els contactes espontanis amb els agents de salut es realitzen fonamentalment a través d'espais de lleure, esportius, centres de joves i serveis comunitaris en general. No cal dir que aquests espais de lleure i comunitaris tenen un paper igualment important pels més petits, com la tenen, també, els serveis socials dels ens locals.

3. NECESSITATS ASSISTENCIALS EN SALUT MENTAL EN LA INFÀNCIA I L'ADOLESCÈNCIA

3.1. Epidemiologia.

Aquest capítol pretén sentar les bases científiques del model, i respon a una àmplia revisió de l'estat de situació dels trastorns de la Salut Mental en aquesta població.

Sembla existir un consens àmpliament generalitzat en la literatura especialitzada internacional sobre el fet que aproximadament un 20% de la població general d'infants i adolescents està afectada d'algun trastorn psíquic.

Més enllà, però, de les dades de la prevalença i de la incidència dels trastorns mentals en la població d'infants i adolescents, hauríem de tenir en compte 3 tipus de dades inferibles a partir d'estudis epidemiològics internacionals:

1.- Un percentatge important d'infants no arriba mai a rebre un diagnòstic o orientació sobre el significat i veritable importància dels seus trastorns mentals. En efecte, solament un 2-3 % de la població d'infants i adolescents afectats d'algun trastorn mental, entre 4 i 18 anys, arriba a ser enviada a un servei de Salut Mental. Aquest percentatge és evidentment molt menor que la xifra de prevalença de trastorns psiquiàtrics característica d'aquest subgrup de població, que oscil·la entre el 15 i el 20%.

2.- Probablement relacionat amb el descrit en el punt anterior, s'ha identificat un patró de derivació a centres especialitzats relacionat amb els següents factors de forma estadísticament significativa:

- ✓ La derivació d'un infant a un servei especialitzat és més dependent de la percepció subjectiva dels pares i del seu nivell d'ansietat en front dels problemes del fill, que no pas de la severitat dels seus símptomes.
- ✓ Els infants són percebuts com més problemàtics o malalts en temps de sofriment marital o familiar.
- ✓ Finalment, els infants amb símptomes pertorbadors del context social o familiar (patologia de caràcter externalitzant consistent en trastorns d'atenció amb hiperactivitat i/o trastorns de conducta), són referits a tractament preferentment als que presenten patologia de caràcter internalitzant (per exemple, trastorns d'ansietat o depressius).

El mateix passa en el context escolar, tan pel que fa a la detecció com a la derivació.

3.- La història natural de molts dels trastorns mentals greus que afecten a l'infant i l'adolescent, tenen un pitjor pronòstic del que s'havia pensat en un principi. D'aquí la importància d'emfatitzar la **necessitat** de realitzar programes de **prevenció** del trastorn mental, quan aquest encara no s'ha consolidat.

Presentem un desenvolupament una mica extens de les dades epidemiològiques. No és debades que convé aprofundir en les dades i aspectes epidemiològics, perquè són els que suporten els plantejaments del model en quan a l'articulació de les respostes a aquestes necessitats.

D'entre els estudis epidemiològics actuals, i en relació a l'accessibilitat dels infants i els joves als serveis, destaquem les següents dades, sintetitzades en el magnífic treball de Roth i Fogarty, What works for whom, 1996:

- Pel que respecta a l'**esquizofrènia i trastorn bipolar**, usualment d'inici en l'adolescència:
 - Té generalment un mal pronòstic. Per exemple, de 30 pacients estudiats per Werry i col·laboradors el 1991, sols un 17% es recuperaren plenament en un període de 5 anys
 - Un bon funcionament premòrbid no sempre és un bon predictor d'una evolució favorable, per si sol.
 - Sols un 50% de nois amb trastorn bipolar es recuperaren. El Coeficient d'Intel·ligència, el funcionament premòrbid i la història familiar són variables predictorres de l'evolució final del pacient.

- Pel que fa referència a l'**autisme i trastorns generalitzats del desenvolupament**:
 - Tendència a la cronicitat del trastorn durant alguns anys o tota la vida.
 - 2/3 romanen greument limitats i incapaços de portar una vida independent.
 - 5% obtenen una bona evolució.
 - Aquest darrer grup té una capacitat intel·lectual més elevada i un desenvolupament del llenguatge més precoç.

- En el cas dels **trastorns disruptius de la conducta (trastorns d'atenció amb o sense hiperactivitat, trastorn de conducta, trastorn per oposicionisme)**:
 - Són la causa més freqüent de derivació a serveis psiquiàtrics.
 - Tendeixen a la cronicitat.
 - Aboquen a comportament antisocial en l'edat adulta.
 - El trastorn d'atenció, amb o sense hiperactivitat, tendeix a ser molt estable en el temps. De 123 nens diagnosticats entre 4 i 12 anys d'edat, un 85% encara tenien el trastorn 8 anys després.

- En relació als **trastorns emocionals**, distingim:

Per una banda, els **trastorns d'ansietat**:

- Constitueixen quasi la meitat de la prevalença dels trastorns psicològics de la infància.
- Són enviats als serveis de psiquiatria en molta menor proporció que els trastorns disruptius-conductual.
- És àmpliament cregut que els trastorns emocionals remeten espontàniament. És un punt de vista exageradament optimista.
- L'ansietat de separació i les fòbies infantils semblen, aparentment, tenir un curs benigne. Però, no obstant, aquest curs pot estar associat, a la vida adulta, amb dificultats de separació i crisis depressives, crisis al deixar la llar o canviar de treball, fòbia al treball i, també, agorafòbia. Per tant, destaquem la importància d'explorar l'ansietat de separació en els antecedents de tots aquests trastorns. Per altra banda, els trastorns per ansietat generalitzada semblen ser més crònics i s'associen amb depressió a l'adolescència i potser també s'associen amb un trastorn per ansietat generalitzada en la vida adulta.
- El trastorn per ansietat generalitzada presenta dificultats afegides en el seu tractament.
- El trastorn obsessiu compulsiu presenta dificultats en la resposta al tractament, com tendeix a passar en els adults.

- Des del punt de vista del desenvolupament sembla que l'impacte dels trastorns d'ansietat és persistent i s'intensifica a mesura que l'infant es fa més gran, en àrees relacionals, en la autoimatge i l'autoestima, en el treball escolar, en les queixes somàtiques, en símptomes depressius i trastorns en l'àrea de la conducta.

Per altra banda, en relació als **trastorns afectius** destacar:

- El trastorn depressiu a la infància i l'adolescència s'associa amb un risc augmentat de patir trastorns afectius a la vida adulta.
- Hi ha treballs que mostren que la depressió de l'infant i l'adolescent corelaciona amb un risc, tres vegades augmentat, de tractament psiquiàtric, hospitalització, i seriosos intents de suïcidi en la vida adulta, respecte a una població d'infants psiquiàtrics no depressius.
- En els infants que han patit depressions sembla existir un risc augmentat específic de malaltia afectiva en la vida adulta (depressiva i bipolar) més que de morbiditat psiquiàtrica en general.
- El risc de malaltia depressiva futura és més gran en els casos de doble depressió.
- Existeixen alts índex de recuperació però també de recaiguda. Aquesta situació és similar a la de l'adult.

Conclusions

Assenyalem, com a implicacions més importants d'aquestes dades:

- Que quan els trastorns psicològics infantils i de l'adolescent presenten severitat, no solen remetre espontàniament.
- Que els trastorns psicològics dels nens i adolescents impliquen, també, un risc de mala adaptació familiar, social, escolar i laboral, que tendeix a perllongar-se i a empitjorar-ne el pronòstic.
- Els trastorns psicològics dels nens i adolescents impliquen un risc augmentat de patir trastorns psiquiàtrics a la vida adulta.
- El pronòstic generalment incert, a llarg termini, de la malaltia mental de l'infant i de l'adolescent, un cop consolidada, suggereix la necessitat d'intervencions clíniques, terapèutiques i interdisciplinàries precoces abans que el trastorn arribi a fer-se crònic.
- La modificació del patró de derivació típic (molt major nombre de casos amb disrupció conductual que amb problemes emocionals) implica la necessitat d'endegar accions encaminades a la sensibilització i identificació del patiment per part de pares, educadors, professionals sanitaris i nois/noies sobre l'ampli ventall de patiment psicològic i la conveniència d'intervencions psicològiques i psiquiàtriques realitzades a temps.

3.2. Factors de risc i factors de protecció en la infància i l'adolescència

El coneixement dels **factors de risc** que contribueixen al desenvolupament de trastorns en la salut mental, i també dels **factors protectors** que promouen el desenvolupament harmònic, és bàsic, no sols per identificar individus i grups d'alt risc, sinó també per desenvolupar estratègies efectives de protecció, prevenció i de tractament.

a. Factors de risc.

Són les condicions existencials del nen o del seu entorn que comporten un **risc de trastorn mental superior** al que s'observa a la població general mitjançant les enquestes epidemiològiques o les empíricament i clínicament comprovades. Les variables

considerades factors de risc, no son independents, sinó que, si es donen més d'una, poden tenir efectes acumulatius i potenciar-se les unes a les altres.

Des del punt de vista evolutiu, cal considerar els trastorns psicològics com el producte de l'evolució d'un procés i no necessàriament tenint una base orgànica detectable amb relacions directes causa-efecte. Així ho afirma la psicopatologia evolutiva i ho confirma l'experiència clínica. Vol dir que un procés psicopatològic es contempla com el resultat de posar a un determinat nen (amb les seves característiques genètiques i el seu equipament de base innat que inclou competència i vulnerabilitat) en un context o entorn concret. Tots els estudis de la psicologia del desenvolupament confirmen aquest punt. El concepte de factor de risc va sorgir com a conseqüència dels estudis psicopatològics i epidemiològics en els que s'estudià la freqüència en que apareixien determinades situacions vitals en els antecedents dels pacients. Hi ha treballs que mostren que si bé la taxa d'esquizofrènia en la població general era de 1%, 1 de cada 10 nens amb un pare esquizofrènic desenvoluparà aquesta malaltia.

Podem dividir el factors de risc en:

1. Aquells que procedeixen **del propi nen** i de les seves característiques personals i fisiològiques.
2. Aquells que provenen del seu **entorn familiar i social**.

a.1.- Factors de risc personals

- Una de les característiques dels nens que sovint s'associen a la incidència de psicopatologia és el sexe: sembla que abans de l'edat adulta, els barons són, en general, més vulnerables que les nenes, presentant unes taxes més altes amb una *ratio* aproximada de 3 a 1.
- Podem citar com a factor de risc: la prematuritat, el sofriment neonatal, les afectacions del sistema nerviós central, la disminució psíquica i la malaltia somàtica amb tendència a la cronicitat.
- Existeixen altres aspectes referents a allò que alguns autors anomenen equipament de base innat, en referència a les característiques temperamentals extremes, que, en combinació amb determinats factors de l'entorn, poden dur a un mal ajust posterior.
- Un altre aspecte a valorar és la vulnerabilitat, que es pot definir com la capacitat o incapacitat de resistència a les pressions de l'entorn. A més dels factors genètics, des d'una perspectiva evolutiva, pot entendre's com el resultat de la percepció del nadó i del nen de la possibilitat d'anticipar-se als esdeveniments, desviant el seu curs, gràcies a la seva competència, o al contrari, en casos de més vulnerabilitat, a la impossibilitat de fer-ho.

a.2.- Factors de risc familiars i socials

- Circumstàncies de la concepció, l'embaràs i perinatals.
- Psicopatologia dels pares. Per exemple, trastorn mental dels pares, toxicomanies, addiccions. El risc s'incrementa en els cas de que sigui la mare qui presenta el trastorn mental, independentment del tipus de patologia que presenti. L'associació de psicopatologia dels pares i un status socioeconòmic desfavorit (manca de recursos i recolzament social), duu conseqüències pitjors.
- Estil comunicatiu i dinàmica familiar. Els tipus de comunicació i interacció familiars es correlaciona amb el funcionament adaptatiu dels fills i en l'optimització del seu desenvolupament.

- Un mal ajust conjugal, les discòrdies dins de la família, sobretot quan tenen un caràcter crònic o s'estenen en el temps, associen amb major presència de trastorns afectius.
- Status socioeconòmic significativament desfavorable associat a risc de marginació social.
- Fets traumàtics o estressants com, per exemple, separacions prematures, dols, abusos sexuals i maltractaments i immigració .
- La institucionalització prematura i perllongada amb trencament dels vincles, prejudicats com a nocius, amb la pròpia família.
- A l'adolescència, el consum de tòxics, el grup social amb el que s'identifica i l'oferta social i laboral disponible per inserir-se en el món adult.
- La immigració quan implica dificultats en l'adaptació.

b. Factors de protecció

Són important detectar-los i aprofitar-los per donar suport a un desenvolupament psíquic equilibrat i autònom i per col·laborar a la bona convivència familiar, escolar i social.

b.1.- Factors de protecció personals

- Alguns factors específics del propi nen tenen una funció protectora per la seva salut mental. Un d'ells, que ja participa des dels primers moments de la vida, és el denominat competència. La competència fa referència a la plasticitat adaptativa del nadó al medi, consolabilitat, reacció als estímuls, etc. Altres autors parlen del perfil del "nen elàstic", per oposició al "nen rígid". Ambdós conceptes fan referència al que abans hem denominat plasticitat adaptativa.
- La tolerància a la frustració, juntament amb la capacitat de trobar l'equilibri entre els recursos interns i necessitats subjectives i l'adaptació al món extern
- Les capacitats cognitives, de llenguatge, lúdiques ..
- *La bona salut física*
- La "**resiliència**", entesa com la capacitat de recuperar la salut mental després de situacions adverses o traumàtiques.
- La capacitat de reconeixement i de maneig dels sentiments i les emocions.
- La capacitat d'establir relacions íntimes i privilegiades en el grup social. Sobretot a l'adolescència, la possibilitat d'intimar és un senyal de bon pronòstic.

b.2.- Factors de protecció familiars i socials

- Una relació entre els pares com a éssers adults i madurs i la seva obertura vital a les realitats del món.
- La bona qualitat dels vincles afectius basats en la intersubjectivitat i empatia dels pares respecte dels fills i viceversa.
- La capacitat d'intercanvis afectius i relacionals amb germans, companys i amics i família extensa.
- Escolarització adequada
- La correspondència entre les pròpies expectatives i la capacitats d'adaptació al grup i al medi social.
- Existència de recursos socials, sanitaris, comunitaris i de lleure que puguin actuar com a detectors de necessitats o problemes en salut mental o que puguin concórrer al desenvolupament emocionals i al benestar individual, familiar o social.
- Programes escolars adaptats a les necessitats i peculiaritats dels nens, nois o noies i adolescents, per afavorir els diferents moments del seu desenvolupament mental.

3.3. Factors sociològics actuals vinculats a l'estat del benestar, que incideixen en la salut mental en nens i adolescents.

- L'augment i divulgació dels coneixements científics respecte de l'educació i el funcionament psíquic dels nens i adolescents ha contribuït de forma positiva a l'atenció psicoeducativa dels nens. No obstant, la sobrevaloració dels coneixements tècnics que es dona a la nostra època ha incrementat una excessiva autoexigència dels pares, afavorint un augment de la dimissió o delegació de les funcions que corresponen als pares.
- Els valors socials vigents es caracteritzen per un rebuig social al sofriment i per la manca de capacitat d'acceptació del patiment "normal" (infelicitat ineludible). La intolerància al conflicte i al patiment psíquic fa més difícil als infants l'aprenentatge de la tolerància a la frustració i la interiorització dels límits.
- La societat del benestar i del consum actualment promou models molt idealitzats cultural i socialment en relació a la família i al propi adolescent, generant expectatives difícilment assolibles.
- Alguns infants poden veure's privats del seu temps propi, en veure's sotmesos a la realització d'activitats extraescolars per tal de fer-los aprendre coses per a preparar-los per a una societat excessivament competitiva. D'altres poden rebre una educació laxa, ja sigui en el sí familiar com escolar, que contrasta amb la posterior realitat del món laboral.
- La nostra dinàmica social augmenta el risc dels grups poblacionals més vulnerables (nens i vells). Pel que fa als adolescents influeix negativament l'èmfasi posat en els aspectes conflictius, del comportament i addictius, sense posar prou atenció als aspectes més constructius inherents a l'etapa de l'adolescència.
- Manca de sortides prelaborals o laborals adequades pels adolescents joves que són un obstacle per a l'autonomia del jove adult i condicionen un perllongament artificial de l'etapa de l'adolescència.
- El tractament divulgatiu indiscriminat de determinats patrons socials estètics i de conducta, de determinats patrons culturals de valoració de la violència, del control corporal i/o de l'evasió.

4. ANÀLISI DE LA SITUACIÓ ACTUAL

El retard en el desplegament dels serveis de Salut Mental infantil a Catalunya ha portat a unes diferències respecte a l'atenció de la Salut Mental en el cas dels adults, que a continuació es descriuen. Tanmateix, existeixen uns factors clau que fan preveure les garanties d'èxit en aquest procés d'equiparació i millora. Es tractaria, entre d'altres, d'un important coneixement clínic dels professionals, d'una llarga tradició de serveis a la infància, d'unes organitzacions compromeses, d'una voluntat d'innovació i recerca, així com de la sensibilitat de les administracions públiques i del Govern de Catalunya.

Malgrat els importants avenços que ha experimentat l'atenció de la salut mental en el nostre país, la situació actual es caracteritza per:

- **Un desenvolupament ràpid i poc estructurat de l'atenció de la Salut Mental en la infància i l'adolescència.**

Per raons històriques l'atenció de la Salut Mental infantil i a l'adolescència s'ha desenvolupat molt més tard que la d'adults, de forma paral·lela i poc integrada amb la resta de la xarxa de Salut Mental. Per la no existència de criteris consensuats en el repartiment de recursos, en poc temps s'ha passat d'una manca quasi absoluta de dispositius d'atenció en Salut Mental en la infància i l'adolescència i d'una manca d'objectius per donar resposta a aquesta demanda, a una xarxa complexa, poc planificada i insuficientment articulada.

- **Una insuficient col·laboració interdepartamental per a donar resposta a les necessitats de la Salut Mental en la infància i l'adolescència.**

En la normalitat i en la patologia diversos departaments i serveis estan implicats en la creixença i desenvolupament dels infants i dels adolescents, i ho estan de diferent manera segons l'etapa evolutiva i segons les circumstàncies en les que els nens neixen i creixen. A pesar dels esforços puntuals des d'algunes regions sanitàries i des dels professionals, que han desenvolupat experiències i iniciatives, com la CTIC², que intenten organitzar els recursos de la zona en benefici d'una estratègia terapèutica compartida, cal remarcar que encara és molt minsa la possibilitat de treball interdepartamental tant pel que fa l'organització de les intervencions entorn a casos concrets com per les possibilitats de prevenció i detecció dels factors de risc o de la població diana d'una determinada zona.

- **Un escàs coneixement, per part de la població, dels problemes psiquiàtrics i de salut mental dels nens i adolescents.**

Aquesta *desinformació* a vegades fa difícil identificar el patiment psíquic dels infants i adolescents. Patiment que, en funció del nivell de desenvolupament de la seva estructura mental, té tendència a amagar-se sota trastorns del comportament, de les conductes del son, del menjar, en les dificultats en l'aprenentatge o a manifestar-se a través de dolences psicossomàtiques. A l'altre extrem i trobem el risc de "psiquiatritzar" les desadaptacions socials i els trastorns del comportament i confondre les desviacions normatives o educatives dels nens amb patologia psiquiàtrica.

- **Una manca de continuïtat de l'abordatge en etapes clau.**

Hi ha dues etapes de l'atenció en Salut Mental de la infància i l'adolescència especialment poc cobertes per la xarxa de Salut Mental: l'inici de la vida i el pas a l'edat adulta.

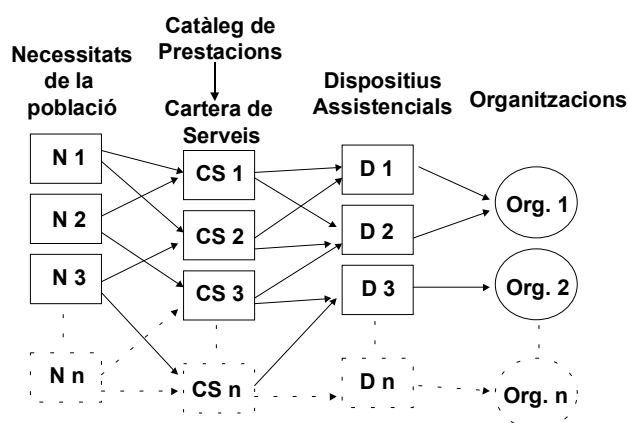
² CTIC: Comissió Interdepartamental per a la coordinació d'actuacions de l'Administració de la Generalitat adreçades als infants i adolescents amb disminucions (Decret de creació 307/1993, de 28 de setembre).

- a) **Començament de la vida:** per raons històriques i de planificació i malgrat que els serveis de Salut Mental infantil i de l'adolescència tenen competència en aquest tram d'edat, la seva atenció està poc integrada entre els diferents dispositius.
- b) **Pas a l'edat adulta:** poca flexibilitat en la frontera, barreres estàtiques que impedeixen o afecten la continuïtat natural i manca de recursos per a donar resposta als problemes de Salut Mental dels adolescents i joves i insuficient articulació amb la xarxa de Salut Mental que atén als adults.
- **Una manca d'abordatge de les patologies addictives en aquesta franja de població.** Paradoxalment, en l'edat on comencen les patologies addictives no existeix un abordatge de la població ni per part de la xarxa de toxicomanies ni de la de Salut Mental. Malauradament tampoc existeix cap tipus de coordinació entre les dues xarxes ni per l'educació sanitària, ni per les campanyes de prevenció ni per l'articulació de les estratègies terapèutiques en el cas de co-morbiditat o patologies duals.
- **Una insuficient col·laboració de la Salut Mental amb altres àmbits de la pròpia sanitat:**
 - a) **Insuficient coordinació entre l'Atenció Primària i la Xarxa de Salut Mental.**
Malgrat que els esforços i els guanys aconseguits per l'Atenció Especialitzada Ambulatòria de Salut Mental infantil i juvenil (CSMIJ), pel que fa a la col·laboració amb la Assistència Primària de Salut són remarcables, aquesta col·laboració es veu molt limitada al no estar emmarcats en programes definits des dels organismes sanitaris competents i que impliquin i obliguin a ambdues xarxes. Avui i ara l'obligació de la coordinació recau solament en la xarxa de Salut Mental, quan aquesta hauria de ser bidireccional.
 - b) **Insuficient atenció a la Psiquiatria d'enllaç i/o Psicologia Mèdica**
Insuficient intervenció terapèutica dels aspectes psicològics de la malaltia somàtica. Poca col·laboració sistemàtica de la Salut Mental com a suport d'altres especialitats pel tractament de la patologia orgànica médico-quirúrgica. Ens referim a l'atenció terapèutica dels nens amb patologies orgàniques, i les seves famílies, dels que en són alguns exemples el suport als nens amb patologia oncològica, dels que han patit problemes perinatals (nadons de risc o prematurs), nens amb malformacions, amb patologies cròniques, SIDA, dialitzats, malalties discapacitants, etc.
- **Un excessiu distanciament entre la xarxa de Salut Mental que atén els problemes de Salut Mental a la infància i l'adolescència i la que atén als adults.**
A més de les dificultats de continuïtat assistencial, ja anomenades, amb el pas a l'edat adulta, hi ha l'aspecte de la insuficient detecció i derivació a la xarxa corresponent dels fills de pares amb patologia mental o la derivació dels pares amb problemes de salut mental dels nens i adolescents atesos als Centres de Salut Mental infanto-Juvenil.
- **Un escàs desplegament d'unitats d'Urgències i d'hospitalització parcial o total per a infants i adolescents.**
- **Una falta de programes específics per trastorns mentals greus en els infants i adolescents** amb la consegüent insuficiència d'equipaments mixtes amb altres Departaments (Ensenyament, Treball, Benestar Social i Justícia).
- **Una falta de polítiques que impulsin la recerca clínica** de cara a poder avaluar l'activitat assistencial, tenint en compte les especificitats i dificultats pròpies de la recerca en aquest àmbit, en el que és necessari la participació dels nens i les seves famílies, tenint en compte la complexitat d'aquesta etapa i les múltiples influències de l'entorn.

5. OFERTA DE SERVEIS

L'oferta de serveis sanitaris, en general, i de Salut Mental en particular, ha d'estar basada en les necessitats de salut de la població. A partir d'aquestes, l'Administració, responsable de garantir el dret de la salut dels ciutadans, defineix un **Catàleg de Prestacions** del sistema sanitari, implícit o explícit, que correspon als drets que tenen els ciutadans amb respecte a l'atenció de les seves necessitats en salut mental.

Les diferents organitzacions sanitàries, que són les que duen a terme aquestes prestacions, amb els dispositius assistencials adients, donen resposta a aquests drets a través d'una **Cartera de Serveis**.



La reflexió sobre el model és la de com articular i quines especificitats ha de tenir aquesta cartera de serveis per donar resposta a aquestes necessitats dels ciutadans, en base a les característiques definides prèviament, que ha de tenir l'atenció de la Salut Mental.

Complementàriament al que es contempla en el model general, en el cas de l'atenció de la Salut Mental en la infància i l'adolescència posem èmfasi en determinades funcions i objectius dels dispositius o bé desenvolupem altres

propostes que és necessari afegir per tal de donar resposta assistencial ajustada a les necessitats específiques dels problemes de Salut Mental en la infància i l'adolescència.

A l'inici de la descripció de cada apartat d'aquest capítol, recollim, en un requadre, les **propostes** tal i com es recullen en **el Model i Garanties de l'Atenció de la Salut Mental**, com a referència, però **complementades** amb el que correspon a les **propostes** que fan referència pròpiament a **la Salut Mental en la infància i l'adolescència**. Aquestes propostes diferenciades del model general i que el completen, es ressalten, en el text, amb negreta i subratllades en el requadre i són les que es desenvolupen a cada apartat .

5.1. Catàleg de Prestacions

S'ha de garantir el dret dels pacients a que qualsevol de les tècniques utilitzades per al seu diagnòstic o tractament:

- Tinguin validesa acceptada per la comunitat científica
- Comptin amb un protocol d'indicacions ben establert
- Estiguin orientades o dirigides a objectius concrets
- Siguin revisades periòdicament
- Siguin tècniques avaluables
- Tinguin una bona relació cost-eficiència
- Siguin èticament acceptables

Dins d'aquesta agrupació inicial, hi ha unes funcions bàsiques que s'han d'oferir:

- La promoció i prevenció de la Salut Mental.
- El diagnòstic, orientació i derivació.
- La terapèutica.
- **adaptació-desadaptació** i rehabilitació
- El suport **i tractament** a les famílies
- La reinserció social.

- Cal remarcar la importància de les prestacions que fan referència a la prevenció i potenciació de la salut mental quan es pren cura de la salut mental dels nens i dels adolescents.
- **Tractament de les famílies i inclusió d'aquestes en les estratègies terapèutiques:** pel que fa referència a les prestacions terapèutiques, en el cas de la Salut Mental dels nens i adolescents, com a funcions bàsiques, no només és necessari el suport a les famílies sinó que cal incloure-les en l'estratègia terapèutica.
- En l'atenció a la població infantil i juvenil és complexa la utilització dels termes de reinserció i rehabilitació. La condició d'ésser en evolució i, per tant, en un procés continuat de formació i adaptació a ells mateixos i al medi, fa més apropiat substituir els conceptes de reinserció i rehabilitació pels d'**adaptació-desadaptació**.

El catàleg de prestacions té dues vessants en el cas de la Salut Mental: les **prestacions sanitàries** pròpiament i les **prestacions complementàries a les sanitàries** però que conformen part de les actuacions que cal dur a terme per donar una resposta integrada als problemes de Salut Mental.

L'etapa vital i canviant i en constant evolució que va del naixement a l'adolescència s'ha descrit com un conjunt de processos de maduració, en la normalitat i en la patologia, on s'entrellacen els aspectes propis del nen i els dels oferiments i contingències que li brindin els àmbits familiars, sanitaris, educatius, de benestar social, de justícia i laborals, que acompanyen la criança i la formació humana de l'infant fins a l'edat adulta.

Pel que fa l'atenció de la Salut Mental en la infància i l'adolescència cal, una vegada més, perseverar en el paper actiu de les prestacions complementàries a les sanitàries pel que fa les possibilitats de salut o trastorn mental d'aquesta població.

El catàleg de prestacions ha de comprendre:

A.- Prestacions Sanitàries

1.- Prestacions Preventives i de Promoció de la Salut Mental

- 1.1 Activitats de promoció i orientació de la Salut Mental
- 1.2 Detecció i tractament precoç de casos
- 1.3 Activitats de prevenció amb grups de risc: infantil, psicogeriatria, grups específics (marginats,...)

2.- Prestacions Diagnòstiques

- 2.1 Diagnòstic psiquiàtric codificat
- 2.2 Diagnòstic psicològic codificat
- 2.3 Diagnòstic social
- 2.4 Avaluació de discapacitats i necessitats
- 2.5 Proves complementàries

3.- Prestacions Terapèutiques

- 3.1 Tècniques de tractament biològic.
- 3.2 Prestacions psicoterapèutiques, individuals, familiars, de grup o institucionals.
- 3.3 Programes de **habilitació**/rehabilitació psicosocial:
 - Programes psicoeducatius
 - Programes de suport i tractament de les famílies
 - **Habilitació**/Rehabilitació individualitzada
 - Programes específics d'**habilitació**/rehabilitació
 - **Programes específics d'adaptació al medi familiar, escolar, relacional i social**
 - Gestió de casos
 - Programes de inserció a la comunitat
- 3.4 Articulació, suport i assessorament amb altres dispositius sanitaris i no sanitaris.

L'eficàcia de les prestacions en Salut Mental pels infants i adolescents, molt més que en el cas dels adults, dependrà de la possibilitat d'integrar en les estratègies terapèutiques dissenyades des de la xarxa de Salut Mental tots aquells recursos sanitaris i no sanitaris necessaris per a cada cas o situació.

Malgrat les prestacions en salut mental es donin fonamentalment en els serveis assistencials especialitzats integrats a la xarxa pública per aquesta finalitat, dispositius no sanitaris (d'educació especial, de Justícia Juvenil, de Protecció al Menor, etc) presten també serveis de prevenció, de diagnòstic i terapèutics en salut mental. Per tant, esdevé imprescindible l'articulació i coordinació entre tots els dispositius, sanitaris o no. Caldrà, també, trobar les formes de regular la coordinació bidireccional amb dispositius concrets, ja sigui a través de programes compartits o de dispositius compartits, que definirem més endavant (justícia juvenil, serveis de protecció a la infància, de benestar social, d'ensenyament especial, d'ocupació prelaboral,...).

B.- Altres prestacions complementàries a les sanitàries

Les malalties mentals greus cursen sovint amb dèficits i inconvenients que dificulten la integració social de les persones que pateixen aquests trastorns. Per prestacions complementàries a les sanitàries entenem totes aquelles iniciatives i equipaments que haurien de desenvolupar altres departaments de la Generalitat de Catalunya amb l'objectiu d'afavorir el procés terapèutic, la integració a la comunitat i garantir els drets ciutadans d'aquestes persones.

Com a corol·lari de la permanent influència del medi en el recorregut pel desenvolupament psíquic des del naixement a l'edat adulta, es fa ineludible la implicació i la responsabilitat

entre diferents serveis i recursos, pel que fa a les possibilitats de salut o de malaltia mental de la població infantil i juvenil. Al mateix temps, se'n desprèn l'obligació d'articular les prestacions específiques per l'assistència a la salut mental d'aquesta població amb la resta de serveis sanitaris i amb aquells que depenen d'Ensenyament, de Benestar Social, de Justícia, de Treball, de les Administracions Locals o dels recursos comunitaris.

5.2. Cartera de Serveis

Les organitzacions sanitàries, a partir del catàleg de les prestacions garantides als ciutadans per l'Estat, han d'organitzar els seus serveis de manera efectiva a través dels diversos dispositius assistencials, mitjançant una **Cartera de Serveis** concreta, estructurada en funció de:

- **Agrupacions clíniques:** enteses com la integració de coneixements organitzats de manera interprofessional i transversals, per abordar, amb criteris de prioritats assistencials, la resposta més eficient a les demandes de salut poblacional.
- **Programes poblacionals:** que es definirien com a agrupacions clíniques específiques que es configuren per una sèrie d'elements addicionals:
 - Visió poblacional.
 - Estar definits segons criteris rellevants d'agrupacions en base a la prevalença, severitat, complexitat i factors socials/**Programes per la primera infància i l'adolescència.**
 - Comptar amb els dispositius intra i extrahospitalaris necessaris.

S'ha parlat extensament de com el temps vital dels 0 als 18 anys té etapes amb característiques pròpies i diferenciades. Aquesta variabilitat i complexitat recomana incloure serveis per una atenció adequada i qualificada a la primera infància i a l'adolescència, enteses com a dues etapes de la vida amb necessitats assistencials pròpies, tant per la prevenció, el diagnòstic i la terapèutica. Aquests serveis s'haurien de prestar en dispositius definits com a complementaris i/o compartits, als que fem referència més endavant.

5.3. Dispositius assistencials.

Pel que fa referència als dispositius assistencials en el cas de la Salut Mental en la infància i l'adolescència distingim:

A. Dispositius Sanitaris

➔ Per les prestacions sanitàries

B. Dispositius Complementaris al Sanitaris

➔ Per les prestacions complementàries a les sanitàries

C. Dispositius Compartits.

A.- Dispositius Sanitaris

1. Atenció Especialitzada Ambulatoria.

Definició: constitueixen el referent per a l'atenció ambulatoria de **tots** els problemes de Salut Mental d'**una població determinada**, a nivell de prevenció, diagnòstic, tractament i rehabilitació, en col·laboració amb els Equips d'Atenció Primària, per a qualsevol dels grups d'edat.

Condicions operatives que s'han de donar per a desenvolupar la seva tasca:

- Capacitat de resolució terapèutica multidisciplinària.
- Suport a l'Atenció Primària i resta d'equipaments socials, psicopedagògics, educatius i socio-sanitaris que intervingen en les processos de Salut Mental.
- Disposar de mecanismes per a la detecció de la població de risc dins del seu àmbit d'actuació.
- Ha de garantir la continuïtat assistencial a través de la seva articulació amb la resta de serveis sanitaris i socials.

Per dur a terme la seva tasca es requereix:

- El necessari **compromís de l'Atenció Primària** en la col·laboració i coordinació amb l'atenció especialitzada per tal d'introduir els factors preventius i els mecanismes de detecció, tractament i derivació dels problemes de Salut Mental. Aquesta col·laboració ha de contemplar, també, activitats de formació i sensibilització dels professionals de l'Atenció Primària cap als problemes de Salut Mental dels nens i adolescents.
- La **col·laboració amb els equipaments psicopedagògics educatius**, socials i socio-sanitaris implicats en el procés de salut mental.
- La **coordinació amb l'Atenció Especialitzada Ambulatoria que atén als adults**, per tal de garantir la continuïtat assistencial dels casos a partir dels 18 anys.
- La necessitat d'**integrar**, en les **estratègies terapèutiques** dissenyades des de la xarxa de Salut Mental, tots aquells **recursos sanitaris i no sanitaris** necessaris per a cada cas o situació

2. Atenció a la Demanda Urgent de Salut Mental.

Definició: serveis que donen resposta a la demanda urgent d'atenció psiquiàtrica.

Distingim tres nivells d'actuació:

- A l'àmbit de l'Atenció Primària i altres dispositius d'**atenció urgent a domicili**.
- A l'àmbit de l'**atenció especialitzada de Salut Mental**, prioritàriament per als pacients amb història clínica oberta en els dispositius d'Atenció Especialitzada Ambulatoria.
- A l'àmbit dels serveis d'**urgències hospitalaris**, integrats en els hospitals generals o vinculats a unitats d'hospitalització d'aguts.
- **Unitats de crisi, que tenen com a objectiu el tractament intensiu i d'atenció immediata dels símptomes i amb la possibilitat de poder disposar d'un recurs d'internament de curta durada.**

A més del descrit en el model general, distingim:

- **Unitats de crisi.** En l'àmbit de les urgències en nens i adolescents, donades les característiques específiques de canvis evolutius constants i d'interacció amb l'entorn en aquests casos, aquestes unitats tindran com a objectiu el tractament intensiu i d'atenció immediata i amb la possibilitat de poder disposar d'un recurs d'internament de curta durada.

És necessari fer èmfasi en que, en el cas de les urgències en Salut Mental en la infància i l'adolescència, cal una articulació amb fórmules de cobertura legal en els casos d'urgència i d'ingrés urgent.

3. Hospitalització.

Definició: la seva funció és l'atenció de les descompensacions psicopatològiques greus i les seves conseqüències quan no poden ser adequadament tractades en règim ambulatori.

Hospitalització total

- **Hospitalització d'aguts:** són unitats terapèutiques d'hospitalització per a la compensació clínica de les situacions agudes i tenen, com a **objectiu** prioritari, la **millora o remissió simptomàtica** del pacient i el restabliment per al seu retorn a la comunitat.
- **Unitat hospitalària de rehabilitació:** són unitats hospitalàries que tenen, com a **objectiu** prioritari, a més de la millora clínica, una **funció rehabilitadora i de reinserció**. Donen serveis adreçats a persones amb trastorns mentals greus, sovint d'evolució subaguda o crònica, en les que predominen els dèficits o inconvenients (handicaps) vinculats a la malaltia i que comprometen greument el nivell d'autonomia del malalt.

Hospitalització de dia

Adreçats a pacients amb descompensacions psicopatològiques que tenen necessitat d'atenció intensiva i continuada, en règim hospitalari i que no precisen hospitalització total.

- **Hospital de dia vinculat a hospitalització d'aguts:** l'objectiu fonamental és el d'escurçar el temps d'hospitalització total o ser una alternativa a l'hospitalització total.
- **Hospital de dia en la comunitat:** adreçats a pacients per als que, a més de la millora clínica i atenció terapèutica, la seva inserció en l'àmbit comunitari ha de possibilitar la funció rehabilitadora i de reinserció social i familiar.

3. 1. Hospitalització total

- ▶ L'hospitalització total ha d'articular àmbits i programes específics segons els trams d'edat que es poden agrupar millor dins la franja dels 11 als 18 anys.
- ▶ En el cas dels adolescents, no hi ha d'haver unitats de rehabilitació. Serien, en canvi, necessàries **unitats d'hospitalització d'aguts amb possibilitats d'estada més perllongada** i que, per tant, haurien d'estar adaptades funcionalment a les especificitats dels malalts de diferents trams d'edat, amb espais opcionals per a ubicació de les famílies, per tal de que es produeixi el mínim trencament amb les activitats habituals d'escolarització i sociabilització.

3.2. Hospitalització de dia

L'objectiu d'aquest dispositiu és aconseguir la millora clínica o remissió simptomàtica, afavorir la reinserció al medi sociofamiliar i escolar i incidir en la millora del pronòstic de la malaltia.

L'hospital de dia per a la població infantil i juvenil és especialment important per a la població de 10 a 18 anys. Donades les característiques pròpies del funcionament mental segons el moment evolutiu, s'haurien de diferenciar per trams d'edat (donat que no són iguals el comportament i els àmbits d'interès del grup d'edat entre 10 i 14 anys i els del 14 als 18 anys) i, de tota manera, es requereix d'un abordatge multidisciplinar dins del propi servei, per tal de fer front a les necessitats específiques

d'aquesta població. Es considera idoni, per exemple, la separació per grups dels 10 als 14 anys i dels 14 als 18 anys.

4. Habilitació/rehabilitació i inserció comunitària

En el cas de la Salut Mental en la infància i l'adolescència parlarem d'**habilitació** donat que no es tracta restablir unes capacitats perdudes sinó d'ajudar a l'infant i l'adolescent a integrar-se *ex novo* en el seu entorn social, familiar, escolar, comunitari, de lleure, etc.

Adreçats al tractament dels símptomes, dèficits i handicaps vinculats a la malaltia mental greu, facilitant o possibilitant el manteniment en la comunitat.

Distingim dos nivells d'actuació:

- **Ambulatoria:** serveis de rehabilitació comunitària.
- **Residencial:** unitat residencial de rehabilitació i reinserció comunitària. Té com objectiu prioritari oferir un lloc de vida on s'efectuï la rehabilitació i la reinserció, per als pacients amb dèficits importants que requereixen atenció perllongada en el marc d'un context pròpiament sociosanitari, donada la seva vulnerabilitat i fragilitat psicopatològica, que no permeten la seva integració a residències pensades exclusivament com suport social i d'habitatge. Aquestes unitats residencials han d'ésser de dimensions reduïdes i poden estar físicament en la comunitat o en un entorn de serveis psiquiàtrics.

En el cas de la Salut Mental en la infància i l'adolescència, no es contemplan dispositius de rehabilitació comunitària especialitzats però, per tal d'afavorir la socialització, es compta amb els **espais normalitzats de lleure, culturals i d'esport de la comunitat** i amb altres serveis i recursos propis de les Administracions locals (com, per exemple, serveis d'atenció a les persones, educadors de carrer, espais, serveis d'ocupació laboral, etc.).

5. **Atenció específica.**

- **Unitat suprasectorial:** dispositius d'atenció específica adreçats a patologies o tractaments que, per la seva prevalença, van més enllà de l'àmbit territorial d'un dispositiu especialitzat ambulatori (per exemple, clíniques de Liti, unitats de tractament de trastorns alimentaris, unitats de patologia dual, etc.).
- **Interconsultes:** dispositius vinculats a hospitals generals amb l'objectiu de la detecció i el tractament de la co-morbiditat.

En el cas de la Salut Mental dels nens i adolescents, les unitats suprasectorials s'haurien d'adaptar a la prevalença i risc de les patologies i a les característiques pròpies de cada tram d'edat.

B.- Dispositius complementaris als sanitaris

Per atendre la psicopatologia dels nens i dels adolescents, les prestacions en Salut Mental precisen que altres dispositius intervinguin en el procés terapèutic. Aquests dispositius, malgrat que l'objectiu de l'atenció no és pròpiament sanitari, donen una atenció que coadjuva l'atenció especialitzada en Salut Mental. Els anomenarem **dispositius complementaris als sanitaris**, donat que, malgrat pertanyin a altres departaments o instàncies, la xarxa sanitària de Salut Mental els inclou en les estratègies terapèutiques i hi comparteix part dels objectius terapèutics. Ens referim, concretament, a escoles d'educació especial, unitats mèdico-educatives, centres per autisme i psicosis infantil, tallers prelaborals, institucions residencials, etc., que prenen cura d'aspectes com l'escolaritat, les necessitats de desenvolupament de cadascuna de les etapes, la qualitat de vida dels nens i

adolescents, la protecció dels factors de risc, la intervenció de justícia juvenil, etc. que incideixen en la salut mental dels nens i adolescents.

L'articulació de la xarxa de Salut Mental infantil i de l'adolescència amb els dispositius complementaris ha de possibilitar l'articulació i complementarietat pel disseny d'estratègies per a l'adaptació social, familiar, educativa i laboral d'aquesta població i són un element més en les estratègies terapèutiques que es dissenyen des dels dispositius de la xarxa de Salut Mental.

Així mateix, la bona articulació ha de permetre que els dispositius d'ensenyament, de benestar social, de treball, de justícia o comunitaris puguin disposar, de forma recíproca, dels dispositius de la xarxa d'atenció a la Salut Mental infantil i juvenil quan ho creguin necessari.

Òbviament, cal incentivar aquesta articulació a través dels sistemes de contractació, criteris de compra i buscar sistemes de pagament que incentivin la cooperació recíproca entre els dispositius.

C.- Dispositius compartits

Més enllà dels programes assistencials compartits, introduïm el concepte de **dispositius compartits**. La funció principal d'aquests dispositius és donar resposta a necessitats d'Ensenyament, de Tutela Familiar, de Justícia, de Treball, de Benestar Social o comunitaris i que, pel tipus d'usuaris que atenen, precisen una atenció específica en salut mental.

Així, en aquests dispositius es combinen dos objectius: els objectius propis del dispositiu i els propis de l'atenció del problema de salut mental dels nens i adolescents que atenen, de manera que es fa necessària una organització institucional mixta, que integri recursos específics de Salut Mental amb els d'altres departaments no sanitaris dels que depengui administrativament el dispositiu.

Per tant, els **dispositius compartits** són aquells en els que **en una mateixa institució estan implicats dos departaments diferents (sanitat i un altre departament), estructuralment integrats, on l'objecte de l'atenció és mixt** (sanitari i el corresponent als objectius de l'altre departament implicat) i en els que **el pes de l'atenció especialitzada de salut mental és significatiu**.

6. RELACIONS INTERDEPARTAMENTALS

La població infantil i juvenil depèn molt de la interacció amb el seu entorn, especialment, del nucli familiar o de convivència. És necessària una múltiple intervenció d'estructures i àmbits (escola, metges, família, entorn social, estructures comunitàries, com esplais i espais de lleure, etc.) per acompanyar el desenvolupament dels nens i adolescents, en condicions normals. Aquesta cooperació i coordinació serà, doncs, especialment rellevant en cas de patologia. Tot això reforça la idea de l'Agència (explicitada en el model general) com a ens per a integrar estratègies coordinades per l'abordatge dels problemes de Salut Mental, també en aquest col·lectiu.

6.1. Relacions interdepartamentals amb Ensenyament

L'escola és l'espai institucional comú i obligat per a tota la població infantil fins a 16 anys. És, sovint, el primer espai on es manifesten o es detecten dificultats psiquiàtriques i psicològiques dels nens i adolescents. En tan que espai amb influència en la formació cognitiva, emocional i social del nen i de l'adolescent, pot actuar com a factor de risc o com a factor de protecció.

L'aprenentatge, la cognició i la cultura són pilars substancials per a la millora de seqüeles lligades als problemes de la salut mental i una eina per a la reinserció i resocialització dels malalts.

Les relacions entre Salut Mental i Ensenyament han de possibilitar:

- La derivació als serveis especialitzats d'atenció psiquiàtrica i psicològica quan calgui i l'articulació per aquells casos que estiguin en tractament en els serveis especialitzats.
- Oferir espais especialitzats per aquella població infantil i juvenil per a la que siguin precisos recursos escolars especials.
- Oferir recursos d'aprenentatge als serveis institucionals especialitzats en psiquiatria infantil i juvenil, en els que els tractaments es realitzen en espais quotidians en règim d'hospitalització parcial o residencial.
- Oferir la possibilitat de reconduir o de restablir l'aprenentatge i l'ensenyament en aquells pacients joves-adults o adults als quals la seva patologia hagi estroncat el seguiment escolar o l'aprenentatge professional.

En relació a la Salut Mental, les propostes per Ensenyament són:

- Estructurar, en tots els territoris, l'articulació entre els recursos psicopedagògics (EAPs) i de l'atenció especialitzada ambulatoria de Salut Mental per treballar les derivacions i establir estratègies d'intervenció compartides. Potenciar el desenvolupament de protocols de derivació compartits.
- Disposar de recursos sanitaris específics per a assumir, en la seva totalitat, els nens i adolescents en edat escolar que, per la seva psicopatologia (autisme, psicosis o trastorns greus de la personalitat) o pels seus handicaps psíquics o físics (debilitat mental), no poden seguir un règim escolar normalitzat, ordenar la seva dependència institucional i la participació d'Ensenyament.
- Disposar de recursos d'Ensenyament per a cobrir les necessitats escolars i educatives dels nens i adolescents que, pels seus tractaments, passen la major part del seu temps en recursos sanitaris (això és vàlid pels nens amb patologia pròpia de la Salut Mental o altres tipus de patologies).
- Disposar de recursos específics d'Ensenyament per als joves o adults que, per raons de malaltia mental, hagin hagut d'interrompre el seu currículum escolar o l'aprenentatge professional.

6.2. Relacions interdepartamentals amb Justícia

En el que fa referència a l'articulació amb els serveis de Justícia, cal considerar tres aspectes:

- Quan el que cal abordar és la protecció del menor davant a factors de risc
- Quan en les mesures judicials el que predomina és el tractament del problema de salut mental

- Quan en les mesures terapèutiques a prendre predomina la funció de seguretat i privació de llibertat

En la relació de la xarxa de Salut Mental amb Justícia, és imprescindible delimitar les funcions clíniques i les pericials. Les funcions forenses han d'estar separades de les estrictament clíniques, també per raons d'imparcialitat. Això comporta adscriure les funcions forenses a professionals no vinculats a funcions clíniques en el cas particular. Dit d'una altra manera, que les funcions pericials es facin en camps específics, aliens a la xarxa de Salut Mental.

La relació amb Justícia ha d'articular-se a través de sistemes que facin possible i efectiva la intervenció de la xarxa de Salut Mental:

- A través del disseny i contracte de **programes de col·laboració** compartits entre la xarxa de Salut Mental i els centres de Justícia Juvenil, que permetin dur a terme un abordatge global del procés terapèutic dels problemes dels adolescents (els problemes propis de l'afectat i els relacionats amb l'entorn)
- A través de dispositius complementaris o compartits

Les relacions entre Salut Mental i Justícia han de possibilitar:

- L'assistència psiquiàtrica i psicològica als nois i noies amb trastorns mentals.
- El suport i l'assessorament en matèria de salut mental als professionals dels centres dels serveis de protecció de menors (que actualment depenen de Justícia).
- La programació conjunta de la intervenció i l'abordatge amb els professionals.
- Assessorament i establiment conjunt de protocols d'interconsulta i derivació.

En relació a la Salut Mental, les propostes per Justícia són:

- Diferenciar l'activitat institucional del Departament de Justícia i la que correspon a la pròpia xarxa de Salut Mental
- Establir mecanismes de coordinació institucional de les residències d'acollida i els centres de la xarxa de Salut Mental.
- Coordinar les necessitats del Departament de Justícia per a la utilització dels recursos de la xarxa de Salut Mental, evitant la creació d'unitats psiquiàtriques hospitalàries o ambulatories específiques pels usuaris de Justícia i considerant pels dispositius de Salut Mental la decisió de la intervenció clínica.
- Potenciar i desenvolupar més programes específics des de la xarxa de Salut Mental de suport a les institucions, professionals i equipaments de justícia juvenil que permetin donar recolzament, assessorament i seguiment terapèutic a aquells menors que ho necessitin.
- Coordinar els professionals de la xarxa de Salut Mental amb els professionals dels jutjats de família, de la fiscalia de menors i dels programes de mediació.
- Formació i informació als professionals de la Justícia, afavorint el coneixement mutu i la creació de codis de bona pràctica conjunta.
- Establir i desenvolupar instruments per a garantir la protecció del menor en l'àmbit judicial.

6.3. Relacions interdepartamentals amb Treball

Cal insistir en la importància dels anys de l'adolescència en l'aprenentatge dels hàbits laborals. És absolutament necessària la creació d'**equips de suport a la integració laboral**

especialitzats en aquesta població específica (caldrà remarcar que l'edat laboral comença als 16 anys), per tal d'evitar limitacions i mancances que després són molt difícils de recuperar. Aquests equips haurien de treballar tan en l'àmbit de la inserció en treballs normalitzats com en treballs amb suport o treball protegit.

Al mateix temps, tal i com assenyalarem per Ensenyament, la inserció laboral i la formació professional en les etapes evolutives repercuteixen positivament en el curs clínic d'aquests nois.

El departament de Treball hauria de disposar de polítiques més actives d'integració laboral.

6.4. Relacions interdepartamentals amb Benestar Social

Com dèiem en el Model General, el departament de Benestar Social ha dirigit la seva atenció bàsicament a persones amb disminució física o psíquica, així com a la gent gran amb discapacitats o problemàtiques socials evidents. Les persones amb malaltia mental, que no pertanyin a més al camp de la disminució o al de la gent gran, no han tingut fins ara, per part del Departament de Benestar Social, una atenció expressa en el desenvolupament dels seus diferents programes.

Les mancances detectades en l'àmbit dels adults es fan més evidents en la infància i l'adolescència.

Es fa molt necessari la col·laboració interdepartamental per a crear programes específics pensats per a nens i adolescents amb trastorns psicopatològics amb necessitats socials afegides.

En relació a la Salut Mental, les propostes per Benestar Social són:

- Crear grups de treball que desenvolupin aquests programes i superin el buit existent amb altres criteris i paràmetres dels que s'apliquen a la disminució psíquica, com trobar sistemes alternatius a la necessitat de Certificat de Disminució
- Caldria replantejar-se la dependència de determinats serveis diagnòstics i de tractament que actualment depenen de Benestar Social o, com a mínim, que es produeixi una integració funcional a la xarxa de Salut Mental.
- Afavorir els mecanismes socials per a possibilitar la reinserció laboral.

6.5. Serveis comunitaris: administracions locals, associacions de malalts i familiars, voluntariat.

1.- Administracions locals

Les seves funcions engloben tres àmbits:

- Un, directament vinculat a l'atenció de la Salut Mental de la població que governen, col·laborant en els programes de promoció i prevenció i en la detecció de la seva població en risc de patiment psíquic.
- Un altre, establint propostes organitzatives per a la coordinació de tots aquells serveis o equipaments, específics o no, que treballen per a la Salut Mental de la seva població i posant els seus serveis comunals als serveis de les necessitats terapèutiques o rehabilitadores dels centres d'atenció especialitzada ambulatoria de Salut Mental.

- I el darrer, oferint i facilitant els seus espais de lleure, d'atenció social, esportius, de culturalització i alfabetització i d'ocupació laboral per a la socialització i normalització dels infants i adolescents amb patologia mental o en risc de patir-la.

En relació a la Salut Mental, les propostes per les administracions locals són:

- Detecció de les necessitats de la població en matèria de salut mental.
- Promoure i/o col·laborar en programes d'educació sanitària i de prevenció.
- Participar en la detecció de la població en risc de la seva zona.
- Col·laborar en l'articulació i coordinació dels diferents equipaments que treballen per a la salut mental dels ciutadans en el seu àmbit territorial, facilitant les derivacions i l'accessibilitat als circuits normalitzats establerts de la xarxa de Salut Mental. Promoure la coordinació dels equipaments d'una zona determinada quan un cas ho requereixi.
- Oferir els serveis comunals com a complements a les estratègies terapèutiques, de rehabilitació o reinserció que es dissenyin des dels centres sanitaris per a l'atenció i cura dels trastorns mentals.
- Oferir els espais normalitzats de lleure, cultura, esportius, d'ocupació laboral per ajudar a la inserció i normalització dels malalts mentals de la seva zona.

2.- Associacions de malalts i familiars

Donada la importància de l'entorn familiar en el suport dels nens i adolescents amb trastorns de la Salut Mental, cal remarcar la rellevància del recolzament familiar per determinats trastorns psíquics i el desenvolupament d'associacions de malalts i familiars, que contribueixen, amb la seva actuació, al suport, l'estabilitat i al reforç d'aquest paper.

En relació a la Salut Mental, les propostes per les associacions de malalts i familiars són:

- Vehiculitzar i cohesionar les demandes de les famílies.
- Sensibilitzar l'Administració i la societat en general de la importància de la Salut Mental infantil i juvenil.
- Dur a terme actuacions concretes: grups de familiars, grups d'informació i ajuda familiar, etc.
- Ajudar a les famílies de nous casos a assegurar la necessària col·laboració de les famílies amb els professionals dels diferents àmbits d'intervenció.

3.- Voluntariat

Es pot parlar de dos tipus de voluntariat: l'individual i l'organitzat a través d'associacions, organitzacions no governamentals, comunitats religioses o civils, entre d'altres. No hi ha dubte dels beneficis que comporta l'aportació dels seus recursos en l'evolució i millora clínica del cas, la integració i la normalització social que, en moltes ocasions, complementa els serveis públics específics.