

Atenció a la salut mental infantil i adolescent a Catalunya

Fundació Pere Tarrés

Federació Salut Mental Catalunya

Autores: Rosa Coscolla Aisa, Sandra Martínez Domingo, Marta Poll Borràs

Comissió de revisió: Mònica Carrilero Ciprés, Wilan Kao Ventura

31 de maig de 2016

Introducció.....	3
1. Contextualització.....	5
Què és la salut mental?	5
El dret a la salut mental	6
Conseqüències d'una salut mental deficitària.....	7
Dimensió de la problemàtica	9
Parlem de... L'estigma social.....	16
2. El Sistema d'actuació a Catalunya.....	18
Model i estratègia d'acció.....	18
El model d'atenció a Catalunya.....	20
Parlem de... La xarxa de recursos de salut mental.....	22
Serveis específics d'atenció.....	22
Els centres educatius	23
Els serveis socials.....	25
Debilitats del sistema	27
Parlem de... Les dades a Catalunya	30
Serveis específics d'atenció.....	33
Els centres educatius	34
Els serveis socials.....	36
Parlem de... Controvèrsies: diagnòstics i tractaments.....	39
3. Conclusions: reptes i propostes de millora	41
Referències bibliogràfiques	55

Introducció

Les problemàtiques de salut mental tenen una magnitud elevada, i representen un gran impacte personal, social i econòmic. L'Organització Mundial de la Salut defineix la salut mental com una de les seves prioritats principals i un dels majors reptes de la salut pública, i entre ells assenyala la rellevància de garantir una adequada atenció als infants i adolescents en tots els àmbits. Per aquest motiu, des de la Fundació Pere Tarrés i la Federació Salut Mental Catalunya va néixer la necessitat de conèixer i exposar un marc genèric de l'estat de **l'atenció a la salut mental en la infància i l'adolescència a Catalunya**. L'objectiu principal és, per tant, analitzar el model d'actuació a Catalunya i la situació de l'atenció en cadascun dels sistemes que el conformen. Aquest treball neix amb la intenció de sumar esforços i potenciar un treball conjunt, i amb la voluntat de fer incidència constructiva per a l'optimització i adaptabilitat dels recursos i serveis existents segons les necessitats reals detectades.

L'informe que a continuació es presenta ha estat elaborat al llarg d'un any a partir d'una revisió documental de diversitat de fonts secundàries i estadístiques, i de les aportacions de més de quaranta especialistes que han valorat i debatut, en una sessió de treball conjunta, sobre l'estat de la qüestió i els reptes que tenim a Catalunya, així com sobre les recomanacions per a la seva superació per tal de poder reflexionar sobre els reptes de futur.

La finalitat és, principalment, reflexiva i constructiva. Sota aquesta declaració d'intencions, es conforma un camí d'anàlisi i reflexió que arriba fins a un plantejament de propostes de millora. Les recomanacions que es troben a les darreres pàgines pretenen ésser una eina per traçar un full de ruta cap a una millor prevenció, promoció i atenció de la salut mental dels infants i adolescents, així com un millor acompanyament a les seves famílies.

La problemàtica de salut mental en la infància i l'adolescència es manifesta en diferents àmbits de l'entorn de la persona (familiar, sanitari, escolar o social). Creiem, per tant, que la variabilitat de serveis i recursos que atenen nens/es i adolescents o la diversitat de contextos en els quals ells participen, poden erigir-se com a promotors d'una salut mental positiva. Alhora, poden ser detectors de problemàtiques susceptibles de ser diagnosticades i tractades.

Tot i que al llarg del document s'inclou la infància (0-12 anys) i l'adolescència (13-18 anys) en un mateix grup poblacional, convé fer palès que existeix una divergència de necessitats i que cada etapa evolutiva presenta un seguit de característiques específiques que s'han de tenir en compte en l'abordatge. Així, per raons d'extensió i limitacions en la profunditat de l'anàlisi optem per un prisma més genèric i analitzem aquella atenció sanitària o social adreçada als menors de 18 anys. Per tant, aquelles polítiques i actuacions adreçades a la *joventut* queden fora del nostre objecte d'estudi.

La recerca no pretén aprofundir en la conceptualització o casuística d'una salut mental deficitària, sinó exposar tot un seguit d'elements a tenir en compte per plantejar els reptes actuals en l'àmbit de

L'atenció infantil i adolescent, especialment en el camp de la promoció i la prevenció de la salut mental. Per aquest motiu, es creurà adient fer un recorregut genèric pels factors de risc i determinants socials que s'associen amb problemàtiques de salut mental per tal d'identificar a grans trets els factors de protecció. Així mateix, la manca de salut mental, com estat complex, pot estar relacionada amb multitud de problemàtiques que es retroalimenten entre si –com les addiccions, la violència, les relacions tòxiques, les pèrdues o ruptures o els entorns i estils de vida, entre d'altres– que no entrem a analitzar específicament, però entenem que han d'ésser abordades en conjunció per garantir una atenció eficaç.

Volem destacar que queden al marge del nostre objecte d'estudi els dispositius amb què es compta en Justícia Juvenil o els serveis socials dedicats a la protecció de les persones amb trastorn mental incapacitades judicialment o protegides per càrrecs tutelars designats judicialment, tal com són el suport a l'autonomia a la pròpia llar, la llar residència, el servei prelaboral, el servei de tutela o els programes de reinserció. Aquests últims són recursos que es destinen principalment a població major de 18 anys i, alhora, són serveis de suport social que se situen un pas més endavant dins del que conforma l'atenció precoç i l'atenció específica de les problemàtiques.

Altres límits del nostre informe tenen a veure amb els detalls sobre els perfils professionals, les competències o condicions dels professionals que treballen al voltant de l'infant i l'adolescent i que poden contribuir diàriament a la promoció d'una salut mental positiva. Les tipologies professionals són moltes en nombre i molt variades en actuacions, i desbordarien el marc que pretenem delimitar. Cal clarificar també que, pels motius exposats, l'informe no es desenvolupa en clau de diagnòstics o tractaments concrets, ja que només pretén conformar-se com a marc genèric per conèixer els reptes transversals que hem d'afrontar actualment.

Ens centrem en el camp de l'atenció preventiva perquè creiem que les polítiques i actuacions en aquest àmbit són les que poden evitar amb més efectivitat les conseqüències que els problemes de salut mental tenen en les persones, famílies i societat en general. D'aquesta manera, l'objecte del nostre informe focalitza la mirada en el conjunt d'agents, serveis, polítiques i actuacions que es desenvolupen en la comunitat per promoure, prevenir i/o atendre ambulatoriament la Salut Mental Infantil i Adolescent, tot i que alguns d'ells siguin serveis que no es destinen específicament o únicament a la salut mental. Resta molt recorregut per fer i estem en un moment d'oportunitat: invertir en salut mental en l'etapa infantil i adolescent és invertir en el benestar general de les persones i de la nostra societat.

1. Contextualització

Què és la salut mental?

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) manifesta en la seva constitució que la salut és un estat de complet benestar físic, mental i social, i no solament l'absència d'afeccions o malalties¹. En aquest mateix sentit es pronunciava la Federació Mundial per a la Salut Mental, definint la salut com «el millor estat possible dins de les condicions existents»². No obstant això, la idea més estesa és que la salut mental és allò oposat al trastorn mental³. Davant d'aquesta interpretació, el concepte de salut mental queda pràcticament buit i pot comportar una atenció insuficient. La dimensió positiva de la salut mental fa referència a un estat de benestar on l'individu és resilient, és a dir, té la capacitat pròpia de fer front i superar episodis adversos i sortir-ne enfortit. En aquest mateix sentit, la dimensió positiva també es refereix a les condicions que permeten a la persona desenvolupar-se de forma productiva i fructífera i contribuir així a la seva comunitat^{4,5}.

Una salut mental positiva permet la flexibilitat cognitiva i emocional⁴, i es relaciona estretament amb les habilitats i les competències socials, especialment la resiliència, de manera que es produeix una relació de retroalimentació entre la salut mental i els factors protectors de l'emmalaltir⁵.

No sempre es considera que la salut dels infants i dels adolescents és una qüestió realment important, no només per a l'individu i la seva família, sinó per a la societat en el seu conjunt^{6,7}. La seva salut mental i física s'entrellacen, i en el centre de la salut i del benestar es troben les seves relacions amb els altres.

La salut mental és un estat de benestar on l'individu té les capacitats i els recursos per afrontar les adversitats de la vida de forma resilient

La salut dels infants i dels joves és una qüestió realment important per a la societat en el seu conjunt

El dret a la salut mental

Sí bé és cert que el dret a la salut mental està relacionat amb altres drets, aquest és un dret que es reconeix explícitament en multitud de textos normatius. Es contempla així a l'article 24 de la Convenció de drets de l'infant (1989), ratificada per 193 estats, quan s'exposa que tots els estats membres reconeixen el dret de l'infant a gaudir del més alt nivell de salut possible, d'equipaments de tractament de les malalties i de restabliment de la salut. En aquest sentit, manifesta que els estats integrants s'han d'esforçar a assegurar que cap infant no sigui privat del seu dret a accedir a aquests serveis⁸.

A Catalunya, l'article 45 de la Llei 14/2010, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència, destaca la prioritat de desenvolupar programes adreçats a la prevenció, la detecció, el diagnòstic precoç, el tractament i l'atenció integral de les necessitats en salut mental infantil i juvenil, des de la xarxa sanitària pública de Catalunya⁹. Sota la mateixa base es desenvolupa el Pla d'atenció integral a la infància i l'adolescència 2015-2018, destacant la millora de l'atenció dels problemes de salut mental dels infants i adolescents com una de les seves mesures principals¹⁰.

S'ha de seguir insistint a reconèixer a l'infant com subjecte de drets. Cal potenciar la idea que la infància forma part de l'actiu de la població

En relació a les polítiques actuals, s'ha de seguir insistint a reconèixer l'infant i l'adolescent com a subjectes de drets, atès que moltes de les iniciatives parteixen d'una visió adultcèntrica que limita la seva autonomia i el seu creixement¹¹. Existeix un control social sobre totes les facetes de la vida infantil¹². Aquest control, tot i justificar-se amb arguments de protecció, es tradueix en

una visió del nen/a com a subjecte de futur, no com a subjecte d'avui que té característiques, aptituds i habilitats pròpies¹³. Això implica que, en moltes ocasions, són valorats pel que no poden fer en contra del que si poden fer i que no es valora com a tal.

Per tant, tal com es manifesta en el Pacte per a la Infància a Catalunya, cal potenciar la idea que la infància forma part de l'actiu de la població, que n'és el present i que en serà també el futur¹⁴. La missió de tots els actors polítics i socials ha de ser vetllar per la visibilitat d'aquest grup social en el dia d'avui, facilitant així espais per a la construcció del seu demà.

La participació és un dels drets essencials que conforma aquesta idea de subjecte actiu i és el procés que permet a l'infant expressar opinions, assumir postures, assolir acords, prendre decisions i influir en el món en què viu^{13,15}. En general la participació dels infants no és tinguda en compte i, en particular, en l'àmbit de la promoció de la salut, els nens i nenes acostumen a ser mers receptors de campanyes i programes, sense que encara sigui clar el lloc des d'on s'ha d'expressar la infància i l'adolescència ni el contingut sobre el qual expressar-se. La manca de participació infantil i

adolescent impedeix el ple gaudi d'aquest dret a la salut mental, no només en els espais quotidians en què el nen/a neix, creix, juga i viu, sinó en aquells llocs on es prenen decisions sobre els temes que l'interessa i l'afecta.

En aquest mateix sentit, cal tenir en compte que l'escolta activa vers al nen i l'adolescent també significa escoltar les seves necessitats de desenvolupament per a poder atendre-les correctament des dels diferents entorns.

Conseqüències d'una salut mental deficitària

No es potencia una salut mental positiva si no s'ofereix un abordatge global amb totes les garanties, entès aquest com el conjunt d'actuacions adreçades a la promoció i prevenció, detecció i atenció. Així, quan no es treballa per potenciar la vessant positiva de la salut mental, es poden propiciar una sèrie d'efectes negatius a diferents nivells. Per una banda, aquestes conseqüències afecten a persones concretes, al mateix individu que pateix una problemàtica de salut mental i a la seva família. Per l'altra, els efectes també pesen sobre la comunitat en general, evidenciats especialment en l'àmbit socioeconòmic.

En aquest punt, és important apuntar que les necessitats entre infants i adolescents són diverses i variades. Una problemàtica de salut mental en ambdós grups d'edat no sempre s'expressa i es manifesta de la mateixa manera i cal tenir en compte l'etapa de creixement i desenvolupament en què es troba la persona per encaminar l'abordatge de forma més individualitzada.

EFFECTES EN LA POBLACIÓ

⇒ En els mateixos infants i en els familiars. Els problemes de salut mental d'infants i adolescents s'associen amb dificultats en el desenvolupament emocional i intel·lectual. Segons UNICEF, aquestes dificultats es poden relacionar amb resultats insuficients en matèria d'educació, amb relacions socials poc satisfactòries, amb ús incontrolat de substàncies, amb estils de vida inestables, amb una salut sexual i reproductiva deficient, amb conductes autolesives i amb una escassa cura i estima de si mateixos¹⁶.

Així mateix, els nens/es que tenen problemes de salut mental tenen un risc molt més elevat de patir malalties amb el pas del temps, així com un risc significatiu de tenir complicacions a nivell físic¹⁷.

D'aquesta manera, un cop l'infant mostra indicadors d'una salut mental deficitària, l'atenció inadequada o directament la no intervenció, pot reforçar encara més la dimensió negativa que se'n deriva: s'allarga el patiment de l'infant i es limita l'oportunitat de gaudir d'una vida satisfactòria. A més, aquesta atenció deficitària pot potenciar les possibilitats de cronificació del trastorn.

D'altra banda, una salut mental deficitària té conseqüències per a tota la família, especialment per aquella part que conforma el nucli de convivència. La família ha de fer front a una sèrie de càrregues objectives i subjectives que provoquen situacions d'inseguretat i por, d'estrès i angoixa. Aquestes

conseqüències emocionals negatives poden retroalimentar-se i es pot agreujar els efectes que el mateix trastorn té sobre l'infant.

⇒ *En la vida adulta.* Les problemàtiques de salut mental no són només un problema que afecta al nen i a la família en el moment present; s'ha demostrat que **els problemes no tractats en la infantesa tenen una forta tendència a persistir en l'edat adulta**⁶. De fet, el 70% de les problemàtiques de salut mental en joves adults comencen en la infància o en l'adolescència¹⁷. Les conseqüències que es deriven d'una salut mental deficitària prolongada en el temps tenen a veure sobretot amb la consolidació de comportaments inadaptats i l'augment de probabilitats de tenir una discapacitat¹⁶.

Una atenció deficitària dels nens i nenes pot reduir significativament les seves oportunitats de vida en termes de salut física, d'educació i de treball. Així mateix, pot suposar una limitació al seu creixement i un augment de les possibilitats de marginació i de desenvolupament de conductes antisocials a curt termini, així com alts costos socials i econòmics a llarg termini^{7,18}.

EFFECTES EN LA SOCIETAT

⇒ *Aspectes socioeconòmics.* Una salut mental deficitària implica un cost personal per a les persones que directament i indirectament la viuen, però un no abordatge primerenc i adequat també acaba suposant un cost molt alt per a l'economia global. Així, **mentre que les condicions socioeconòmiques de vida poden tenir efectes en la salut mental, els problemes de salut mental tenen efectes econòmics cada vegada més importants en les societats**¹⁹.

Les conseqüències econòmiques de les problemàtiques de salut mental –principalment quantificades per les investigacions en forma de pèrdua de productivitat– s'estima en una mitjana del 8% del Producte Interior Brut a Espanya²⁰. A Europa, la despesa és d'uns 182.000 milions d'euros anuals, el 46% dels quals correspon a costos sanitaris i socials directes, i la resta a despeses indirectes degudes a la pèrdua de productivitat, associada fonamentalment a la incapacitat laboral¹⁹. D'aquesta manera, l'impacte econòmic de les problemàtiques mentals més freqüents, ansietat i depressió²¹, supera al de moltes malalties físiques²² i aquest fet no sempre es té en compte a l'hora de dissenyar polítiques d'atenció sanitària.

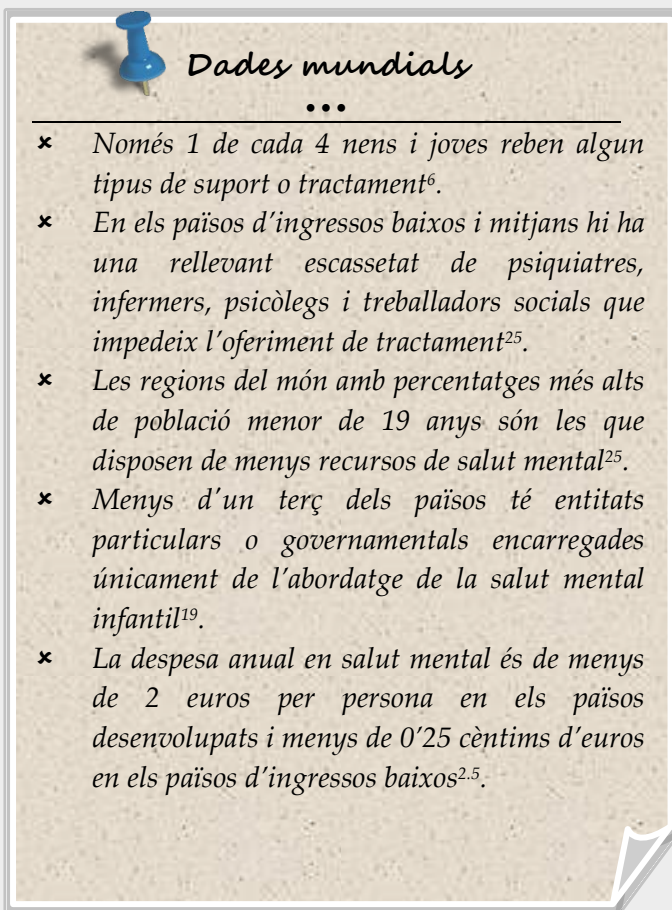
La presència de problemàtiques mentals en la infància pot comportar costos econòmics fins a deu cops superiors a l'edat adulta^{19, 23}, ja que els trastorns mentals greus sovint comencen a manifestar-se en l'adolescència i la pèrdua de productivitat que s'evidencia en l'adulthood acaba sent de llarga durada.

La presència de trastorns mentals en la infància pot comportar costos econòmics fins deu cops superiors a l'edat adulta

En aquest sentit, un informe recent dels Estats Units²⁴ indica que la millora de la salut mental d'un sol infant pot donar lloc a un estalvi de per vida de 140.000 dòlars.

Dimensió de la problemàtica

La informació epidemiològica sobre la prevalença dels trastorns mentals infantils i juvenils no gaudeix d'un recorregut acadèmic consolidat. Els estudis són escassos en nombre i, en moltes ocasions, s'extrapolen els resultats de les investigacions que es realitzen amb adults.



Dades mundials ...

- ✖ *Només 1 de cada 4 nens i joves reben algun tipus de suport o tractament⁶.*
- ✖ *En els països d'ingressos baixos i mitjans hi ha una rellevant escassetat de psiquiatres, infermers, psicòlegs i treballadors socials que impedeix l'oferiment de tractament²⁵.*
- ✖ *Les regions del món amb percentatges més alts de població menor de 19 anys són les que disposen de menys recursos de salut mental²⁵.*
- ✖ *Menys d'un terç dels països té entitats particulars o governamentals encarregades únicament de l'abordatge de la salut mental infantil¹⁹.*
- ✖ *La despesa anual en salut mental és de menys de 2 euros per persona en els països desenvolupats i menys de 0'25 cèntims d'euros en els països d'ingressos baixos^{2.5}.*

D'aquesta manera, actualment és difícil accedir a dades rigoroses i fiables perquè es disposa de més dades administratives que no pas epidemiològiques. Aquest fet és especialment preocupant perquè resulta contradictori, ja que, tal com ho exposa l'OMS, **la salut mental dels infants i adolescents s'ha convertit en un dels principals reptes de salut pública arreu del món.** A més, en els països desenvolupats, el trastorn mental és cada vegada més reconegut com la problemàtica de salut més important entre la infància i l'adolescència. Hi ha una variació substancial en els resultats referents a la prevalença depenent de les característiques metodològiques dels estudis. Tanmateix, els resultats coincideixen en el fet que **la prevalença de trastorn mental és d'aproximadament entre un 10% i un 20%** en la població infantil i adolescent. ^{115, 116, 117}

Així, tot i que les estimacions varien, les investigacions afirmen en general que el percentatge d'infants amb **una problemàtica de salut mental en un any determinat pot arribar a ser d'un 20%²⁵**, dels quals entre el 4% i el 6% són trastorns mentals greus²⁶.

L'OMS afirma que la majoria de les necessitats per a una bona salut mental no estan sent satisfetes ni tan sols en les societats més riques. Cal subratllar la falta de dades accessibles sobre el buit assistencial, tot i que si es comparen, per exemple, les estimacions de prevalença i les dades d'atenció, les diferències són elevades. Per tant, es pot deduir que un percentatge d'infants no arriba mai a rebre un diagnòstic o una orientació sobre el seu malestar psíquic.

És important tenir en compte que **les taxes de problemes de salut mental entre els nens augmenten a mesura que arriben a l'adolescència, consolidant-se en la vida adulta.** Per aquest motiu, l'OMS insisteix a recordar que la meitat dels trastorns mentals apareix per primera vegada abans dels 14 anys i un 75% d'ells comencen abans dels 18 anys²⁸. Així mateix, els estudis indiquen que entre el

50% i el 60% d'adults amb un trastorn mental havia rebut un diagnòstic de salut mental abans dels 15 anys²⁹.

Estat de la qüestió

Destaquem

...

- ✕ *El suïcidi és la segona causa de mort en el grup d'edat d'entre 15 a 29 anys²⁵.*
- ✕ *Entre els adolescents, les taxes de depressió i ansietat han augmentat un 70% en els últims 25 anys¹⁶.*
- ✕ *La depressió és la malaltia que més contribueix a la càrrega mundial de morbiditat entre els joves de 15 a 19 anys d'edat¹⁶.*
- ✕ *Els trastorns mentals augmenten el risc de contraure altres malalties com la infecció per VIH, les malalties cardiovasculars o la diabetis, i viceversa²⁵.*
- ✕ *La incidència dels trastorns mentals tendeix a duplicar-se després de les guerres i les catàstrofes naturals²⁵.*

ELS FACTORS DE RISC

L'Assemblea Mundial de la Salut va adoptar una resolució el 2012 que demanava a l'OMS elaborar, en consulta amb els estats membres, un pla d'acció integral que s'ocupés activament no només de la identificació primerenca i l'atenció adequada a les persones amb trastorns mentals, sinó també de l'avaluació de les vulnerabilitats i els riscos³⁰. Així, en la dimensió de la problemàtica és rellevant actualment destacar el conjunt de factors de risc que s'haurien de tenir en compte per desenvolupar i implementar polítiques o estratègies socials de salut apropiades.

Un factor de risc és una variable associada amb un major risc de desenvolupar problemàtiques de salut mental. Els factors de risc són de correlació i no necessàriament causals. És important destacar també que l'impacte en la salut mental pot ser major o menor segons el període de la vida en què es desenvolupin determinades condicions, fins i tot poden transcendir a través de generacions. De la mateixa manera, alguns factors de risc tenen més influència en una etapa evolutiva que en una altra. En aquest sentit, el Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica del Departament de Salut de Catalunya (2008)¹¹⁸ puntualitza que alguns factors de risc són generals i que cal tenir-los en compte a totes les edats, mentre que d'altres requereixen d'una anàlisi per edats. Així, classifica els senyals d'alarma segons si són pròpies dels nadons i lactants (fins als 2 anys), de l'etapa preescolar (fins als 6 anys), de l'edat escolar (6-11 anys) o més característiques de la pubertat i l'adolescència (12-18 anys).

Els factors de risc poden ser de diferent caire i es poden donar alhora en diferents sistemes dels quals forma part l'individu. Així, poden ser individuals, familiars, de l'entorn, socioculturals o socioeconòmics. Es considera que existeix un risc mínim quan estan presents un o dos factors,

mentre que l'existència de tres o més factors poden incrementar el risc significativament, ja que poden tenir efectes acumulatius i potenciar-se els uns als altres³¹.

Pel que fa als factors individuals, més enllà dels factors biològics, tenen a veure amb la poca capacitat per a fer front i gestionar pensaments, decisions i sentiments en el dia a dia, així com les dificultats per participar en el món social i la mancança de certes habilitats socials. Faríem referència a una intel·ligència emocional i social limitada que pot suposar un

Una intel·ligència emocional i social limitada pot suposar un risc en el desenvolupament de problemàtiques de salut mental

risc en el desenvolupament de problemàtiques de salut mental³⁰. Actualment, es dona una major complexitat en la transició a la vida adulta, conjuntament amb un ventall extens d'experiències vitals que necessiten d'un fort assessorament i suport, ja que la falta d'estratègies adequades per afrontar la incertesa del futur és un altre factor que pot tenir una influència negativa en el benestar vital.

La població infantil i adolescent depèn molt de la interacció amb el seu entorn, especialment del nucli familiar o de convivència. És per aquest motiu que la família té un paper molt rellevant en l'enfortiment o la limitació de les capacitats de resiliència del nen/a. Hi ha diverses situacions en el nucli familiar que poden comportar un major risc per a l'infant i l'adolescent en el seu desenvolupament, com ara la ruptura de les estructures familiars (separacions i divorcis) i els conflictes relacionals greus entre els pares i/o germans³¹. De fet, els nens de famílies monoparentals – pares divorciats o separats – tenen el doble de probabilitats de tenir un problema de salut mental (20%, enfront del 8%)^{32,33}. També s'afirma que són més vulnerables els nens de famílies nombroses, així com aquells que pateixen un abandonament i són adoptats per altres famílies³⁴. Aquestes són circumstàncies vitals que tenen una incidència significativa perquè suposen un procés de canvi ràpid que s'acostuma a donar en la infantesa del nen/a, quan aquest està immers en el seu procés de creixement i d'adaptació³⁵.

D'altra banda, **els estils educatius parentals són determinants del desenvolupament de l'infant.** Per exemple, unes aspiracions educatives i professionals poc realistes vers els fills i filles poden ser elements generadors de malestar³⁵. En moltes ocasions, les exigències i les pressions que es deriven d'un estil autoritari i rígid van contra el benestar emocional del fill³⁶. Així mateix, es considera que les pràctiques de criança inadequades o negligents, pròpies d'un estil passiu o d'un estil hostil³⁷, poden exercir una influència negativa, ja que es tradueixen en un cert rebuig que no deixa pas a mostres afectives. Aquestes conductes poden provocar una desatenció de les necessitats dels fills/es o poden consolidar-se com a conductes violentes, de maltractament físic o psicològic. En general, l'existència de canals de comunicació pobres es consolida com un factor de risc a considerar. D'altra banda, els estils sobreprotectors són generadors de dependència i manca de seguretat en l'infant.



És també important destacar que **l'entorn social en el qual es desenvolupa la vida familiar representa una font de possibles amenaces**. En aquest sentit, els fills de pares amb una situació de precarietat econòmica i els que viuen en habitatges de protecció social, són més propensos a presentar indicadors propis d'una salut mental deficitària^{33,37,38}.

Actualment han augmentat certs col·lectius amb necessitats d'atenció especial. En són exemples les famílies monoparentals en situacions de risc, les famílies immigrants que s'exposen a xocs culturals o a dificultats socioeconòmiques o els adolescents en atur⁸⁰.

Cal destacar que la reacció de cada individu davant situacions desestabilitzadores dependrà de les seves capacitats d'afrontar-les i seguir endavant (resiliència)^{27,39}, en el cas contrari la persona serà susceptible de desenvolupar una problemàtica de salut mental⁵⁶. Actualment el conjunt d'estratègies que pretenen enfortir la resiliència esdevenen prioritàries en el moment en què els cànons socials establerts tenen una sòlida base competitiva. Així, existeixen una multitud de factors de risc en l'entorn que tenen a veure amb el desenvolupament d'estils de vida accelerats i sotmesos a contínues pressions. Es considera que **els valors socials actuals tendeixen a l'individualisme i al consum i que poden incrementar l'exclusió social i la discriminació envers les persones més vulnerables**.⁸⁰ Aquest individualisme també és producte del nou paradigma tecnològic que està canviant les pautes de comunicació social i la naturalesa material del llenguatge, propiciant una dissociació i un trencament amb *l'altre*¹¹⁹. De la mateixa manera, es considera que **estem vivint una transició en el model social que afecta especialment al sistema familiar i al sistema educatiu**⁷¹. El sistema familiar està adoptant nous models d'estructuració i els rols dels seus membres s'estan readaptant. Així mateix, les institucions escolars estan en procés de redefinició i refundació de les seves funcions.

També és un factor de risc molt rellevant el consum de drogues. Les tendències de consum han anat variant al llarg dels anys en consonància amb els canvis socials, però actualment és un fenomen transversal present en diversos àmbits (laboral, educatiu, oci nocturn) que té conseqüències greus tant si els consumidors són els mateixos adolescents com si ho són membres de la família o del seu entorn més proper.

Els estudis sobre consum d'alcohol realitzats a Catalunya posen de manifest unes altes prevalences de consumidors d'alcohol entre els adolescents. **Sembla que els consumidors més joves tendeixen a associar el consum de begudes alcohòliques al temps de lleure i en moltes ocasions necessiten beure per relacionar-se amb els altres o per enfrontar dificultats personals, fet que es tradueix en una manca de treball individual en habilitats socials i resilients**. Així mateix, tot i que des dels primers anys del segle XXI el creixement del consum de drogues com els derivats del cànnabis o d'efectes estimulants o al·lucinògens s'ha detingut, l'estabilitat d'aquest consum és un gran factor de risc a considerar entre la població adolescent, ja que està molt relacionat amb l'aparició de problemàtiques de salut mental. Deixant de banda els efectes immediats a nivell físic o les conductes de risc que s'hi poden relacionar, el consum de substàncies tòxiques té importants conseqüències

mentals que afecten de manera considerable les relacions i activitats habituals de la persona. De la mateixa manera, la dependència a la substància, així com la síndrome d'abstinència o la tolerància adquirida, condicionen altament el benestar de l'individu. El consum pot ser generador de malestar emocional en la vida de l'adolescent, tot provocant relacions conflictives, estats depressius o ansiosos, absències a l'escola, apatia social, sedentarisme i baix rendiment¹²⁰.

ELS DETERMINANTS SOCIALS

La salut mental està influenciada no només pels atributs individuals o circumstàncies vitals familiars o de l'entorn, sinó també per les circumstàncies socials en què es troben les persones i el medi ambient en què viuen^{30,51}; aquests determinants interactuen entre si de forma dinàmica, i poden amenaçar o protegir l'estat de salut mental de l'individu.

El cicle negatiu de la vulnerabilitat social i d'una salut mental deficitària està molt establert en els països d'alts ingressos^{40,52,53}. Aquest cicle ve a dir que **la pobresa pot augmentar el risc de patir un trastorn mental i, alhora, les persones amb problemàtiques de salut mental són més propenses a ser empeses a la pobresa per raó dels costos de salut, per la pèrdua d'ocupació, per la reducció d'hores de treball i per l'estigma social**⁵⁴.

La mala salut pot ser tant un determinant com una conseqüència de les desigualtats socials, polítiques, econòmiques i ambientals

La literatura reitera que l'exposició a la pobresa en els primers anys de vida durant períodes prolongats pot tenir un impacte molt greu en la salut física, cognitiva i social futura. La privació socioeconòmica agreuja la vulnerabilitat i aquesta es trasllada, inevitablement, a la salut mental. En aquest sentit, l'Observatori de Sistema de Salut de Catalunya manifesta que **la població infantil constitueix un dels grups de població més vulnerables en situacions de precarietat econòmica**⁵⁵. Les circumstàncies socioeconòmiques negatives, i l'estrès que se'n deriva en conseqüència, poden esdevenir situacions crítiques per al desenvolupament dels nens i nenes, atès que és freqüent que es donin carències materials i afectives importants.

Així mateix, davant crisis econòmiques la influència negativa de la vulnerabilitat social en la salut mental és fa molt més patent, ja que augmenta el percentatge de persones que viuen en situacions de pobresa^{40,121,122}. És per aquest motiu que actualment es posa tant de relleu en els efectes que té la crisi en la salut. En aquest sentit, és rellevant destacar que la salut mental de molts catalans ha empitjorat a mesura que minvava la qualitat de vida de tots els membres de la família. Entre el 2008 i el 2013, la pobresa severa va créixer de manera ininterrompuda a Catalunya i un 60% de les llars tenia dificultats per arribar a final de mes³⁸. En aquest mateix sentit, l'any 2012 el 16% de la població

infantil vivia en llars amb tots els seus membres a l'atur, comparat amb el 4% l'any 2005. Aquests fets evidencien la necessitat de potenciar els recursos en salut mental per a les famílies en situacions de risc social⁵⁶.

Les situacions de vulnerabilitat i exclusió social en general tenen conseqüències tant a nivell microsocial com a nivell macrosocial:

⇒ ***Conseqüències en les persones i en les famílies.*** En els últims anys s'ha produït un increment del nombre de famílies amb dificultats econòmiques que pateixen problemes d'ansietat i depressió, consum abusiu d'alcohol i drogues, maltractaments, desatenció i negligència respecte els fills/es³⁷. Així, a partir de la salut mental dels pares, la interacció conjugal que se'n deriva i l'estil paternal que s'adopta, la salut mental dels nens, nenes i adolescents es veu afectada⁵⁷. L'augment de l'atur i de la precarietat laboral s'associa amb un augment de la pobresa, la restricció dels pressupostos individuals i familiars per a les necessitats bàsiques de la vida, factors que influeixen en el desenvolupament cognitiu i emocional d'infants i adolescents. Així, l'empitjorament de les condicions de l'habitatge (per exemple, pel risc de desnonaments) o estar exposat a una nutrició desequilibrada i precària s'associa amb pitjors condicions de vida que poden augmentar el risc de patiment mental dels adolescents⁵⁵.

Segons l'Observatori de Vulnerabilitat de la Creu Roja a Catalunya, els estats d'ànim predominants de les famílies en situacions de pobresa són de tipus depressiu i ansiós. **La falta d'una seguretat econòmica o d'una qualitat de vida digna facilita l'aparició de trastorns mentals que molt possiblement no apareixerien en unes condicions diferents.** A més, quan es tracta de situacions perllongades en el temps es cronifiquen alguns trastorns mentals.

⇒ ***Conseqüències en la societat i en el sistema.*** Igual que amb les persones, les societats poden ser més o menys resistents a factors d'estrès com les crisis econòmiques⁵⁸. Aquestes desestabilitzen els pressupostos de serveis públics i afecten els sistemes d'educació i d'atenció mèdica. D'altra banda, el consum d'antidepressius i d'ansiolítics s'ha convertit en la via més utilitzada pels afectats per solucionar els estats emocionals derivats dels problemes econòmics⁵⁹.

En aquest sentit, les dades disponibles mostren que **la legislació per protegir el benestar social pot augmentar la resiliència de les comunitats envers les èpoques de recessió econòmica**⁵⁶.

ELS FACTORS DE PROTECCIÓ

Tradicionalment, quan s'ha parlat de la preocupació per la salut mental infantil i adolescent, les accions s'han centrat a reduir les influències adverses o els factors de risc que poden portar un trastorn mental; però els estudis demostren que també és un objectiu de la mateixa transcendència el fet de treballar pel reforç dels factors de protecció⁷³, ja que són els que donen suport a un desenvolupament psíquic equilibrat i autònom. **Els factors protectors són les condicions personals o de l'entorn capaces d'afavorir el desenvolupament de la persona i dels grups i de reduir els efectes de les situacions desfavorables.**

Els factors de protecció personals tenen a veure amb la capacitat de gestionar emocions, la capacitat de relacionar-se, d'aprendre, la bona salut física, la tolerància a la frustració, el sentit de l'humor, independència en el pensament i l'acció, la responsabilització, la resiliència, entre d'altres. La resiliència és la capacitat per fer front a les adversitats de la vida, superar-les i ésser transformat positivament per elles.

Tanmateix, la protecció de la salut mental d'infants i adolescents comença en la família on neix cada criatura. Després, en cada etapa del desenvolupament, prendran protagonisme altres escenaris: l'escola, els grups de lleure i esplai, l'entorn veïnal i tota la societat en general, fins i tot, els mitjans de comunicació⁷³. Per aquest motiu, és important destacar la **necessitat de promocionar una parentalitat positiva**⁷⁵, ja que la família té un rol clau en el desenvolupament dels factors de protecció. Aquesta parentalitat es caracteritza per actituds i accions com parar atenció al comportament del seu fill/a, la qual cosa permet als pares adonar-se de conductes excepcionals que poden presentar per raó d'algun desajust emocional. Les actituds assertives conviden a la flexibilitat davant les circumstàncies i es tradueixen en accions de reforç positiu i de motivació. Els fills/es educats en aquests ambients presenten una bona autoestima i una notable autonomia personal; tenen iniciativa per començar nous camins i confien en les seves possibilitats reals, la qual cosa els permet prendre decisions i es presenten menys dependents del context psicosocial.

Pel que fa a la prevenció dels factors de risc de l'entorn, es considera que **es requereixen accions encaminades a l'adquisició d'hàbits saludables i de gestió emocional** per tal de fer front als canvis i confusions que esdevenen reptes diaris en la vida de l'infant i de l'adolescent.

Parlem de... L'ESTIGMA SOCIAL



Un altre dels determinants relacionats amb la salut mental que es desenvolupa a nivell grupal i social és l'estigma. Les persones amb trastorn mental poden patir dificultats per a una integració social⁶⁰. Molts cops això és conseqüència del desconeixement generalitzat que existeix entorn dels trastorns mentals i de la consolidació de certs mites en l'imaginari social.

L'estigma social és la preconcepció negativa d'un diagnòstic de salut mental expressada en estereotips pejoratius i creences errònies. L'estigma dificulta l'accés a condicions bàsiques per a l'exercici dels drets de ciutadania a les persones que pateixen problemes de salut mental⁶¹. Concretament, en la població adolescent i jove amb problemes de salut mental pot provocar un retard en la petició d'ajuda i de tractament, derivat dels sentiments d'autodesvalorització i discriminació que comporta l'estigma.

La ignorància i la consegüent estigmatització que envolten els trastorns mentals estan molt esteses. Les actituds socials d'indiferència o de rebuig cap a les persones amb problemes de salut mental alimenten una imatge social negativa. Aquesta imatge pot provocar barreres socials addicionals que augmenten el **risc de marginació i aïllament**.

En relació a aquest fet, és molt comú el patiment de l'**autoestigma**. Aquest es pateix quan s'assumeix que els estereotips i els prejudicis negatius són descriptors propis i es troben justificats, consolidant-se així una baixa autoestima i una mancança d'expectatives de millora des del moment de la diagnosi, essent ells mateixos víctimes d'uns límits autoimposats⁶². Així, és molt comú la negació de la problemàtica i la por de demanar ajuda, per tal d'evitar etiquetats discriminadors.

Una imatge social negativa pot provocar barreres socials addicionals que augmenten el risc de marginació i aïllament

Els nivells d'estigma són majors en les regions i països amb un nivell d'educació més elevat⁵¹, ja que els cànons de comportament estan molt consolidats en aquestes societats i, qui no respon i actua dins dels límits socialment esperats, se li atribueix una sèrie de prejudicis que l'acaben marginant.

És significatiu que el 18% de la població consideri que les persones amb trastorn mental són perilloses i que el 51% de les notícies sobre trastorns mentals estiguin relacionades amb assassinats, percentatge que no resulta proporcional amb les dades delinqüencials⁶³.

D'altra banda, malgrat disposar de tractaments eficaços, existeix la creença que no és possible tractar els trastorns mentals. Així mateix, s'acostuma a considerar que els problemes de salut mental en nens i nenes són casos aïllats, quan realment afecten gairebé a 2 de cada 10 infants d'arreu del món²⁵. A més, és freqüent el mite que els nens i nenes que pateixen problemes de salut mental són dèbils personalment, massa difícils, imprevisibles, violents o poc intel·ligents. Aquesta estereotipació pot



donar lloc a un rebuig i una discriminació dels infants afectats, així com a la privació d'atenció mèdica i el suport eficaç⁶⁴.

L'estigmatització social és una problemàtica que afecta al benestar, l'adaptació i la participació social de les persones amb trastorn mental, i és una situació que s'agreuja amb el pas del temps. En el cas dels més petits, el problema es projecta també sobre les famílies, que afronten una situació per a la qual no estan informats ni preparats, apareixent confusió sobre com actuar i sentiment de por, culpa i vergonya, entre d'altres.

Per això és important que una atenció integral inclogui accions adreçades a desmitificar aquestes creences i a minorar els prejudicis limitadors que tradicionalment pesen sobre el trastorn mental, tant entre les mateixes persones afectades i les seves famílies, com entre l'entorn social on els nens i nenes es relacionen i entre els professionals que els acompanyen^{51,61}.



2. El sistema d'actuació a Catalunya

Model i estratègia d'acció

El model d'abordatge de la salut mental infantil i adolescent a Catalunya troba la seva fonamentació teòrica a partir d'un seguit de recomanacions de diferents organismes mundials i de l'agenda política europea.

L'Organització Mundial de la Salut manifesta de manera reiterada que **la salut mental contribueix a tots els aspectes de la vida humana**. Per tant, té una relació recíproca amb el benestar individual i amb el benestar comunitari. En aquest sentit, la salut mental pot ser considerada com un recurs que contribueix a la qualitat de vida de l'individu i al capital humà i, alhora, al capital social i econòmic. Sota aquesta perspectiva, l'OMS dissenya el Pla d'acció sobre salut mental 2013-2020 amb els objectius específics de: reforçar el lideratge i una governança eficaces; proporcionar en l'àmbit comunitari serveis d'assistència social i de salut mental complets, integrats i amb capacitat de resposta; posar en pràctica estratègies de promoció i prevenció; i enfortir els sistemes d'informació, dades científiques i investigacions. A Europa, el Comitè Regional Europeu de l'OMS desenvolupa el seu propi Pla d'acció de salut mental europeu 2013-2020⁵¹ i insta els Estats membres a un seguit d'actuacions dirigides a: la promoció i prevenció, i intervenció sobre els determinants de la salut mental, la combinació de mesures generals i específiques, centrant-se especialment en grups vulnerables; evitar l'estigma i l'aïllament discriminatori; i garantir l'accés i ús adequat dels serveis de salut mental de caire comunitari.

La salut pública actual contempla des dels anys noranta un nou camp d'acció, referent a la **promoció**

La promoció de la salut mental

Objectius

...

Protegir, potenciar i mantenir el benestar emocional i social i crear les condicions individuals, socials i ambientals que permetin un desenvolupament psicològic i psicofisiològic òptim, així com potenciar la salut mental respectant la cultura, l'equitat, la justícia social i la dignitat de les persones.⁶⁵

de la salut i la seva prevenció. En aquells moments es va evidenciar la necessitat de potenciar el desenvolupament d'accions i estratègies que impulsessin les persones a l'adopció i manteniment d'estils de vida saludables i que potenciessin la creació de condicions de vida i ambients saludables.⁶⁶ Sota el paraigua de la promoció, la salut mental es conceptua en termes positius, en lloc de negatius.

Aquesta nova visió de la salut mental passa a ser una prioritat en la política pública l'any 2005, moment

en què la Unió Europea (Declaració d'Hèlsinki, gener de 2005) assenyala explícitament i estableix que cal enfocar els greus problemes de la salut mental des de la salut pública, de manera que es faciliti la comprensió de les múltiples variables que influeixen en l'increment del patiment i de les dificultats de les persones en els països europeus⁶⁷. Aquest malestar està en la base de l'augment dels trastorns de salut mental que s'esperen per als propers anys. Des d'aquesta perspectiva integradora, la Declaració posa èmfasi en el respecte dels drets humans i en la implementació de models d'atenció de base comunitària i multidisciplinària. Un sistema de planificació i organització

col·laboratiu entre les entitats i els agents que hi participen, i el compromís d'avaluar els resultats dels plans i les intervencions són els altres eixos de la Declaració⁶⁸.

El **paradigma biopsicosocial**, desenvolupat en el marc de la salut mental comunitària, ha afavorit el reconeixement de la complexitat del funcionament mental i dels factors que potencien o malmeten la salut mental de l'individu⁶⁹. Anteriorment el model era bàsicament d'atenció, i només implicava l'existència d'un conjunt de serveis assistencials mèdics i hospitalaris. Actualment el model d'atenció és en xarxa i combina recursos sanitaris, socials i educatius, i pretén ésser gestionat de manera integral en base a un territori concret. **Cada cop es treballa més perquè el model s'involucri en la comunitat**, de manera que sigui possible intervenir en totes les fases del procés, des de la promoció i la prevenció, fins a la detecció precoç, el tractament, la rehabilitació i la reinserció^{70,71}. Amb aquest enfocament, els professionals de la salut mental no solament han de treballar de manera coordinada entre ells, sinó que ho han de fer també amb els professionals de les àrees bàsiques de salut, dels serveis socials bàsics i especialitzats, així com amb professionals d'altres àmbits.

La prevenció de la salut mental

Concepte

...

- ✱ Se centra a **reduir els factors de risc**, la incidència, la prevalença i la recurrència dels trastorns mentals, així com la durada dels períodes simptomàtics o les condicions de risc per al desenvolupament d'una problemàtica de salut mental, reduint també l'impacte del trastorn en la persona afectada, en la seva família i en la societat.
- ✱ El conjunt d'activitats que s'emmarquen dins de la **prevenció primària**, es realitzen tant per la comunitat o els governs com pel personal sanitari abans que aparegui un determinat trastorn. Se situaria en el mateix nivell conceptual i aplicatiu que la promoció.
- ✱ La **prevenció secundària** fa referència al diagnòstic precoç. L'objectiu és evitar l'agreujament de la problemàtica que presenta l'infant.
- ✱ La **prevenció terciària** és el conjunt d'accions terapèutiques encaminades al restabliment de la salut mental. Aquests dos últims nivells es desenvolupen principalment en la xarxa sociosanitària.
- ✱ La **prevenció quaternària** és la intervenció que evita o atenua les conseqüències de l'activitat

Durant les tres últimes dècades, nombrosos estudis sobre la promoció de la salut mental i la prevenció dels trastorns mentals han desenvolupat programes que poden ser efectius i conduir a una millor salut mental i a un millor desenvolupament social i econòmic^{66,73}. Una experiència positiva a l'escola és una garantia per al futur èxit social dels infants i adolescents, però també són importants els aprenentatges informals adquirits en altres contextos, ja que són espais on els infants i adolescents passen moltes hores i viuen i es relacionen amb molta intensitat. Per aquest motiu, els espais de lleure, culturals i d'esport de la comunitat tenen un paper molt important en la detecció de necessitats i problemàtiques i, alhora, són un agent de promoció del benestar individual, familiar i social.¹⁰¹ Això no obstant, com s'ha indicat anteriorment, aquesta protecció s'ha de produir com abans millor, sent la família el primer nucli protagonista per posar en marxa estratègies que afavoreixin els factors de protecció i minimitzin els riscos.

El model d'atenció a Catalunya

El marc institucional i polític on s'ha desenvolupat el model teòric d'atenció a Catalunya acull en el seu discurs els elements exposats amb anterioritat.¹²³ En aquest sentit, l'Agència de Salut Pública de Catalunya afirma que el model de salut mental pública catalana actual passa per garantir «una atenció integral que prevegi la promoció de la salut, la prevenció, el tractament i la rehabilitació, així com la inserció social i laboral, el respecte pels drets de les persones afectades i la lluita contra l'estigmatització». A més, afegeix que s'ha de basar en «un **model comunitari**, orientat a les necessitats de les persones, amb una atenció més preventiva i proactiva i una organització basada en un sistema d'atenció integrat o integral que garanteixi la continuïtat assistencial»⁷².

Seguint els paràmetres internacionals i les reivindicacions del sector, des de l'any 2002 la política pública d'atenció a la salut mental a Catalunya ha anat destacant la importància de l'atenció integral en salut mental mitjançant diversos intents i marcs normatius per desenvolupar-la^A.

És al 2010 quan el Govern aprova el **Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions** per facilitar el desenvolupament de les línies futures en salut mental sota una **perspectiva transversal, intersectorial i interdepartamental, de col·laboració i coordinació entre els diversos agents responsables de les polítiques**, en relació amb el Pla Director. Sota aquesta lògica, el 2013 es constitueix la **Comissió Interdepartamental de Salut Mental**, un espai dependent del Departament de Presidència i integrat per persones del sector i dels diferents departaments implicats (ensenyament, salut, empresa i ocupació, economia, justícia, cultura i benestar social). Sota el mateix objectiu s'han anat desplegant les **Taules de Salut Mental**, un espai d'intercanvi d'informació, de reflexió, de coordinació i de recerca per trobar solucions a les problemàtiques en matèria de salut mental en cada territori a partir de la detecció de necessitats, i facilitar l'accés als recursos i serveis existents a través de polítiques i accions de proximitat.

El juliol de 2014 s'arriba a una fita important del Pla integral, quan es presenta públicament el document amb la **priorització d'actuacions** a desenvolupar fins al 2016, treballat conjuntament pels diferents departaments implicats de la Generalitat de Catalunya i les entitats del Tercer Sector vinculades a la salut mental. En aquest document es recull una **línia estratègica específica (LE 2)** per a la salut mental infantil i adolescent, la qual busca la «**promoció de la integració de les intervencions dels serveis de salut, socials i educatius de la petita infància, de la població en edat escolar i de l'adolescència amb especial risc o vulnerabilitat**». Els objectius que s'emmarquen dins d'aquesta línia estratègica són els següents:

^A 2002-2003: usuaris, famílies, proveïdors, societats científiques i associacions de professionals del sector de la salut mental van demanar al Govern de la Generalitat que garantís una **planificació conjunta de les polítiques i actuacions dels diferents departaments per a millorar el sistema d'atenció a les persones amb problemes de salut mental**.

26 d'agost de 2003: aprovació de l'elaboració per Acord de Govern del Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions.

28 de febrer 2006: aprovació del decret 30/2006, pel qual s'impulsa la creació del **Pla director de salut mental i addiccions**. El Departament de Salut determina així les línies directrius per a impulsar, planificar, coordinar i avaluar les actuacions a desenvolupar en l'àmbit de la prevenció i atenció a les problemàtiques associades amb la salut mental i les addiccions.



- o «Abordatge integral de la primera infància i l'etapa escolar amb integració funcional dels centres de desenvolupament infantil i atenció precoç (CDIAP), els centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ) i els equips d'assessorament i orientació psicopedagògica (EAP).
- o Revisar i actualitzar el protocol, acords i programes d'intervenció en els centres de la DGAIA.
- o Definir una estratègia conjunta entre Salut i Ensenyament per tal que l'atenció sigui de qualitat.
- o Abordatge de la problemàtica en l'atenció dels adolescents en la franja de 16 a 18 anys».

D'aquesta manera, es justifica la importància de la línia tot destacant que l'etapa infantil i l'adolescència són unes franges d'alt risc per al desenvolupament de problemes de salut mental i que, per tant, resulta necessari garantir la prevenció d'aquests trastorns, la seva detecció precoç i l'atenció especialitzada des d'una visió integral.

Es pot apreciar com el Pla integral determina el marc del model català en aquest camp i que resulta un punt d'inflexió important ja que queda palesa la necessitat de millorar l'atenció de la població infantil i adolescent amb problemes de salut mental mitjançant actuacions conjuntes. No obstant això, tot i que s'ha iniciat una estratègia que sembla que pot aportar resultats efectius i concrets, encara està per desenvolupar en la seva major part.

*Iniciatives departamentals
d'atenció a la infància, a
l'adolescència i a les famílies*
Generalitat de Catalunya

...

Pacte per a la Infància a Catalunya (2013), Pla d'atenció integral a la infància i l'adolescència 2015-2018, Pla integral de suport a la família 2012-2016, Pla Nacional de Joventut de Catalunya (PNJCat 2020), Pla Interdepartamental d'Atenció Social i Sanitària (PIASS, 2014), Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP, 2014), Programa de Prevenció del Suïcidi (2013), Pla d'acció per a la lluita contra la pobresa i per a la inclusió social 2014-2016.

Així mateix, és indubtable que la salut mental infantil i adolescent està a les agendes dels diferents Departaments de la Generalitat i en les comissions de treball constituïdes *ad hoc*. Aquest treball de planificació i desplegament es desenvolupa en un marc d'oportunitats que inclou altres plans, programes, decrets i iniciatives existents que s'han de poder entrellaçar, per definir i consolidar un sistema integral d'atenció.

De la mateixa manera, s'estan definint criteris comuns en diferents protocols i s'estan desenvolupant xarxes a nivell local per treballar en consonància amb aquesta visió i actuació conjunta. Així, veiem com a partir dels objectius

assenyalats en el Pla Integral s'està treballant en alguns àmbits, tot i que de manera molt incipient. Algunes activitats més recents, que van en la direcció marcada, són: la revisió de l'antic model de suport de salut mental dels menors tutelats per la DGAIA, amb la creació d'una comissió mixta de treball que té l'encàrrec d'adequar el model a la situació actual.

Parlem de... LA XARXA DE RECURSOS DE SALUT MENTAL



La salut mental té incidència en tots els aspectes de la vida i, per tant, resulta rellevant abordar-la des dels diferents sistemes on l'infant i l'adolescent es desenvolupa i hi participa. Així, els principals recursos entorn de la salut mental infantil i adolescent es troben en diferents espais i serveis de l'àmbit sanitari, de l'àmbit educatiu i de l'àmbit social. Es conforma així una xarxa que impulsa la multidisciplinarietat i la coordinació com a noves fórmules de treball en l'àmbit de la prevenció i l'abordatge de la salut mental. Els serveis disponibles, per tant, busquen oferir varietat d'oportunitats i d'eines a nens i nenes adolescents i famílies, tant per promocionar o potenciar una salut mental positiva, com per front a una salut mental deficitària. Aquest model busca garantir una combinació adequada dels coneixements i habilitats necessàries per tal d'assolir l'objectiu de promoció de la integració de les intervencions.

SERVEIS ESPECÍFICS D'ATENCIÓ

La xarxa pública d'atenció especialitzada en Salut Mental a Catalunya s'organitza des del CatSalut oferint tot un seguit de dispositius i serveis. Aquests s'organitzen atenent a criteris de territorialitat, és a dir, a la persona li correspon un centre d'atenció o un altre segons la seva zona de residència. El mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública¹²⁴ pretén ésser un marc de referència sobre el model assistencial per a l'exercici de planificació dels recursos humans. En aquest mapa es destaquen els serveis de base territorial amb referència de proximitat disponibles per a l'etapa infantil i juvenil. D'aquesta manera, des del mapa es puntualitza que l'**Atenció Primària de Salut (APS)** ha de treballar per tenir un paper singular dins el sistema de salut garantint l'accessibilitat, la integralitat, la coordinació i la longitudinalitat, ja que és el primer nivell d'accés de les persones a l'assistència sanitària. És per això que equips de professionals especialistes en salut mental, compostos per psiquiatres i psicòlegs, donen suport als equips d'atenció primària i s'integren en els centres d'atenció primària (CAP). L'APS, per tant, és l'epicentre de la detecció precoç i l'atenció de les problemàtiques de salut mental dins del sistema sanitari, ja que es deriven molts casos de sospita des de l'escola i, alhora, els metges de família i els pediatres són els que més deriven als centres especialitzats.

En el contínuum d'atenció destaca el paper dels **Centres de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ)** com a serveis bàsics d'atenció ambulatoria especialitzada en atenció psiquiàtrica i salut mental. Són centres dirigits a les persones menors de 18 anys que presenten un trastorn mental, i que per la seva gravetat i/o complexitat no poden ser atesos únicament des de l'àmbit dels serveis d'Atenció Primària de Salut. En alguns territoris es desenvolupa el programa Suport a la primària on els professionals del CSMIJ es desplacen als centres de salut per a realitzar primeres visites, valoracions diagnòstiques, controls farmacològics, seguiments i tractaments individuals i familiars⁹⁶.

Aquests serveis també treballen l'interconsulta i ofereixen suport a la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD), especialment als Centres d'Atenció i Seguiment de drogodependències (CAS).

Un altre dels equipaments sociosanitaris que forma part de la Xarxa de Salut Mental és l'**Hospital de dia de salut mental infantil i juvenil** (HDIJ). Els HDIJ són uns dispositius que ofereixen atenció multidisciplinària als adolescents amb trastorns mentals que requereixen un tractament terapèutic i rehabilitador intensiu sense desvincular els pacients del seu medi familiar, social i educatiu⁹⁷. La finalitat és, per tant, atendre adolescents amb trastorns de salut mental que no poden ser atesos des dels serveis ambulatoris.

La Xarxa de Salut Mental també compta amb recursos d'atenció hospitalària. En aquest sentit, les **Unitats de referència psiquiàtrica infantil** (URPI) són un servei de tipus assistencial i tenen per objectiu proporcionar atenció integral a nens, nenes i adolescents que presenten risc psicopatològic greu i que requereixen una intervenció immediata en règim d'internament amb intervencions clíniques intensives. Així mateix, les **Unitats de Crisi per a Adolescents** (UCA) són un dispositiu hospitalari centrat en l'atenció especialitzada dels trastorns mentals en el període de l'adolescència. Les sol·licituds d'ingrés en aquesta unitat es fan des d'altres dispositius de la xarxa sanitària, on els tornen a derivar en el moment de l'alta.

ELS CENTRES EDUCATIUS

És ben sabut que els centres educatius esdevenen, juntament amb les famílies, un dels principals i primers contextos de prevenció i promoció de la salut mental, així com un dels principals sistemes de detecció¹⁰¹. Arran del Pla Integral i de la prioritització d'actuacions, la intenció és potenciar la transversalitat i interrelació entre el Departament d'Ensenyament i el de Salut.

El model de salut actual en xarxa defensa la importància dels **Equips d'Assessorament Psicopedagògic** (EAP) davant de les problemàtiques de salut mental. Són un servei de suport social als centres d'educació infantil, de primària i de secundària i a la comunitat educativa. En qüestions de salut mental, s'encarreguen de la detecció a partir d'una primera inspecció i valoren la derivació a atenció primària o al CSMIJ^{102,103} i, per tant, són l'únic agent específic dins dels centres educatius que poden abordar aquestes problemàtiques.

Així mateix, des dels centres educatius es duen a terme actuacions i/o programes concrets relatius a la promoció i prevenció de la salut mental. Tot i no ser generalitzat es troben intervencions psicosocials per a preescolars, programes de millora del benestar emocional, intervencions afectives, activitats de conscienciació de l'estigma, activitats de promoció d'un estil de vida saludable, així com accions a nivell sistèmic que pretenen canviar l'ecologia del centre a través d'un apropament molt més relacional i atenent a les inquietuds i motivacions dels nens i nenes⁶⁵. No obstant això, es tracta d'iniciatives puntuals. L'únic programa que neix amb la pretensió de generalització des dels departaments d'Ensenyament i Salut de la Generalitat fou el **programa Salut i Escola**, impulsat l'any

2004. El programa estava dissenyat per a desenvolupar-se en tots els centres educatius de secundària –preferentment de segon cicle–, dins la xarxa de centres públics i concertats de Catalunya. Inicialment va rebre el nom de Programa Salut i Escola (PSiE), i més endavant es van voler ampliar les actuacions a tots els cursos de l'ESO i a les etapes d'educació infantil i primària, fent incidència en la comunitat, canviant el seu nom pel de Pla Salut, Escola i Comunitat (PSEC)¹⁰⁷. El pla té com a objectiu la cooperació i la intervenció coordinada de diversos sectors de serveis de salut comunitaris. Pel que fa concretament a la salut mental, es pretén la interacció entre el medi educatiu (equips docents i equips d'assessorament pedagògic), l'atenció primària de salut, els CSMIJ, i el centre d'atenció i seguiment de drogodependències. Les accions que es realitzen en aquest programa són de consulta oberta dels alumnes i activitats grupals de promoció a l'aula.

Des de la vessant de l'atenció a l'alumnat amb necessitats educatives especials, el sistema d'ensenyament català promou, des de fa anys, el **model d'educació inclusiva**, sent pioner a l'Estat espanyol en la regulació per l'escolarització en centres ordinaris d'aquests infants i adolescents i només de forma excepcional en centres d'educació especial. El sistema educatiu català inclou com un dels seus principis bàsics «una escola per a tothom» basada en la cohesió social i l'educació inclusiva (Llei 12/2009, de 10 de juliol, d'Educació). Actualment s'està treballant per concretar criteris i recursos necessaris i, específicament, s'està treballant en la modificació del decret de necessitats educatives especials.¹²⁵

Mesures de suport addicionals

• • •

Altres mesures d'atenció i de suport addicionals que es despleguen als centres educatius i que poden contribuir a la promoció i prevenció de la salut mental són:

- L'atenció del mestre d'educació especial, del professor d'orientació educativa i del tècnic infantil o d'integració social.
- L'atenció dels mestres d'aules hospitalàries i dels hospitals de dia.
- El suport escolar personalitzat (SEP)
- Els programes intensius de millora (PIM)
- Les aules d'acollida
- El suport lingüístic i social
- Els programes de diversificació curricular

En el nostre sistema educatiu tots els infants han de ser escolaritzats en escoles ordinàries, excepte aquells que, a causa del seu grau d'afectació, poden requerir de mesures i suports intensius, com poden ser **Centres d'Educació Especial** o mesures extraordinàries com les **Unitats d'Escolarització Compartida (UEC)**, una forma d'escolarització específica adreçada a l'alumnat de secundària que presenta necessitats educatives especials^B –enteses com a dificultats per assolir els aprenentatges que corresponen a la seva edat– derivades de la inadaptació a l'entorn escolar.

Un altre dels dispositius existents per facilitar l'atenció educativa són les **Unitats de Suport a l'Educació Especial (USEE)**. Són recursos (professorat i educadors) que s'afegeixen als ja existents

^B Segons el Decret 75/2007, de 27 de març, pel qual s'estableix el procediment d'admissió de l'alumnat als centres en els ensenyaments sufragats amb fons públics, poden requerir d'una atenció educativa específica els alumnes: a) amb dificultats socioeconòmiques o socioculturals; b) els de nova incorporació al sistema educatiu que, per la seva competència lingüística o pel seu nivell de coneixements bàsics, requereixen una atenció educativa específica; c) aquells que estan afectats per discapacitats físiques, psíquiques o sensorials, o que manifesten trastorns greus de personalitat o conducta.

als centres ordinaris i a les diverses formes de gestió de la diversitat de l'alumnat, i funcionen per donar suport a la participació de l'alumnat amb necessitats educatives especials.

Les **Aules Integrals de Suport** (AIS) és un altre recurs que proporciona atenció integral –educativa i terapèutica–, temporal i intensiva als alumnes d'escoles i instituts amb necessitats educatives especials derivades de trastorns mentals o trastorns greus de conducta. Són espais independents i funcionen de manera autònoma, amb un equip de professionals de la salut i l'ensenyament. Són l'evolució de les actuals unitats medicoeducatives (UME) i les unitats terapeuticoeducatives (UTE).

En qualsevol dels casos, el lloc que s'assigna a l'infant s'ha de realitzar d'acord amb les condicions i possibilitats dels centres concrets que puguin atendre millor les necessitats educatives de l'infant o adolescent i tenint en compte la voluntat dels pares, el dictamen de l'EAP, la proximitat del domicili i l'existència de germans als centres.

ELS SERVEIS SOCIALS

Els serveis socials incorporen en la seva cartera diferents dispositius que tenen una funció preventiva, d'acompanyament i de suport adreçada a menors i famílies en situació de major vulnerabilitat i/o risc d'exclusió social. No hi ha recursos específics destinats a la salut mental infantil i adolescent, però aquests estan integrats en altres serveis. Existeixen espais i recursos concrets per a l'orientació i l'acompanyament a famílies que esdevenen un suport rellevant per a l'abordatge de les problemàtiques de salut mental.

Els **Serveis Bàsics d'Atenció Social (SBAS)** són un conjunt d'accions professionals, pròpies del treball social i l'educació social, que es realitzen des de la proximitat i que tenen per objectiu atendre les necessitats socials i contribuir a la prevenció de problemàtiques socials i a la reinserció i integració de persones en situació de risc social o exclusió. El treball coordinat amb altres sistemes és un dels principis que regeix la seva actuació, que en el cas de l'escoles es realitza, principalment a través de les anomenades **Comissions Socials**, esteses a bona part dels centres escolars de Catalunya. Si bé en cada centre el funcionament pot ser diferent, els objectius generals solen ser els mateixos i consisteixen a treballar conjuntament els diferents serveis (escolars i socials) per garantir el desenvolupament integral i reduir o prevenir els factors de risc dels infants escolaritzats.

A banda de l'atenció per part dels professionals de l'SBAS, hi ha centres i serveis específics per a infants i adolescents que tenen una naturalesa i una consolidació diferent en funció de les necessitats que pretenen cobrir i la seva regulació: des de Centres de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç (CDIAP) fins a Centres Socioeducatius diürns (Centres Oberts) o residencials (CRAES); i serveis de suport a les famílies amb infants de 0 a 3. Tots aquests centres i serveis atenen menors i les seves famílies que, per diferents factors de risc, poden veure compromesa la seva salut mental, motiu pel qual es presta atenció, més o menys especialitzada, a aquesta dimensió de la qualitat de vida.

A Catalunya, l'atenció precoç és un servei social d'atenció especialitzada del Sistema català de serveis socials, universal i gratuït, per als infants de fins a sis anys i les seves famílies. Aquest servei

es presta en **els Centres de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç** (CDIAP), els quals atenen als infants amb trastorns del desenvolupament o amb risc de patir-los i a les seves famílies, des del moment de la concepció i, com a màxim, fins que l'infant compleix sis anys. Per aquest motiu, els CDIAP són un recurs important per a la prevenció i detecció precoç de problemàtiques de salut mental en infants, ja que els professionals que formen part de l'equip interdisciplinari són experts en desenvolupament infantil i en els diversos àmbits d'intervenció. El model assistencial aplicat al servei d'atenció precoç inclou actuacions de suport i acompanyament a les famílies en la cura que cal tenir per al desenvolupament integral dels infants. Des dels CDIAP es busca, per tant, la coordinació i el treball en xarxa entre els professionals de les diferents disciplines de l'equip, així com dels diferents serveis educatius, socials i sanitaris del territori on l'infant resideix i hi participa.

D'altra banda, els **centres socioeducatius** (com els Centres Oberts^C) i els **centres residencials** (Centres Residencials d'Acció Socioeducativa^D, Centres Residencials d'Educació Intensiva^E i Centres d'Acolliment^F) tenen un paper molt rellevant en l'abordatge de la salut mental infantil i adolescent. A més, si bé els centres socioeducatius han donat prioritat a l'atenció centrada en el menor, des de fa alguns anys s'ha començat a incorporar el treball amb les famílies, impulsant programes d'intervenció adreçats a apoderar-les com a nucli bàsic socialitzador i de protecció i desenvolupament del menor. Dins dels centres socioeducatius es contempla, en funció dels programes que tinguin, diferents serveis relacionats amb la prevenció i suport a la salut mental. Un dels més desenvolupats és l'**Espai de suport a la criança** per a famílies amb infants de 0 a 3 anys. Aquest servei pretén incidir en la importància de la prevenció precoç, com a element clau per assegurar un vincle segur i una parentalitat positiva, bases per a un desenvolupament sa de l'infant. Aquest tipus d'espais familiars també es poden trobar vinculats a altres serveis (normalment en el marc de la intervenció social de risc, però també des d'un model de suport a la criança en general).

Més específicament, els centres poden oferir un **servei de psicoteràpia individual i/o familiar**. Aquest neix de la necessitat de donar resposta als problemes de salut mental que es troben, cada vegada més, els professionals que intervenen.



Cal remarcar també que s'està desenvolupant una gran diversitat de programes i serveis de prevenció específics d'una salut mental deficitària, en els diferents nivells de prevenció i en els

^C Els **Centres Oberts** són serveis diürns que realitzen una tasca preventiva, fora de l'horari escolar, i donen suport, estimulen i potencien el desenvolupament de la personalitat, la socialització, l'adquisició d'aprenentatges bàsics i l'esbarjo, i compensen les deficiències socioeducatives dels menors.

^D Els **CRAE** són centres on resideixen persones menors tutelades per motius com, per exemple, negligència del pare o la mare o orfandat. Algunes instal·lacions són de titularitat de la mateixa DGAIA i d'altres pertanyen a entitats d'iniciativa social que han guanyat concerts amb l'administració pública.

^E Els **CREI** tracten els problemes de conducta, salut mental o toxicomanies greus. També se'ls qualifica de centres terapèutics. Tenen com a objectiu donar resposta educativa i assistencial als adolescents de 12 a 18 anys, per la qual cosa disposen de mesures estructurals de protecció per a la guarda i l'educació. El servei es pot complementar amb unitats específiques per als menors que presenten un rebuig manifest i notori a les mesures residencials de protecció.

^F Els **Centres d'Acolliment** són residencials per a l'atenció immediata de menors separats del seu nucli familiar, a les quals s'interneja per elaborar el diagnòstic de la situació i determinar les mesures que cal aplicar. És el primer pas d'urgència durant la tramitació del cas.

diferents espais comentats. Tots ells pretenen treballar la resiliència dels nens i nenes per convertir els factors de risc en factors de reforç de la seva personalitat i identitat en la seva adolescència, una època de la seva vida on són molt vulnerables als canvis i a l'ambient, tant a l'escola com amb la família, els amics, les xarxes socials i les noves tecnologies, el seu barri o la seva comunitat més propera. Alhora, són molt nombrosos els **espais de lleure i participació** que existeixen per a adolescents, materialitzats en associacions, centres cívics, casals i ateneus que despleguen projectes i plataformes d'animació sociocultural i comunitària específicament dirigits a menors d'edat i que contribueixen al reforç dels factors de protecció i a la potenciació d'una salut mental positiva.

Debilitats del sistema

A continuació s'analitzen en clau de desplegament els diferents pilars que componen el model promulgat des de la Generalitat de Catalunya. L'objectiu és conèixer a grans trets les debilitats més comunes que es troben en els serveis que formen la xarxa d'atenció a la salut mental infantil i adolescent a Catalunya. Així doncs, s'exposen les dificultats, mancances i limitacions més rellevants a l'hora de traslladar a la pràctica el marc d'oportunitats que ofereixen el Pla Integral i les diferents iniciatives que també neixen per contribuir a la promoció i prevenció de la salut mental infantil i adolescent i fer front a les problemàtiques que s'hi relacionen. Aquest apartat s'ha anat desenvolupant a partir d'una sessió de debat entre professionals dels diferents sectors implicats. Les aportacions de tots ells giraven entorn a la reflexió dels reptes actuals, puntualitzant així les debilitats que existeixen en cadascun dels aspectes característics del model.

 Per entendre la dificultat de l'avanç en les actuacions s'ha de tenir en compte el context històric de desenvolupament econòmic i d'integració de la salut mental en el sistema sanitari. No es pot oblidar que el nostre país arrossega un **retard històric en el desenvolupament de l'estat del benestar**, que ens col·loca a la cua de la Unió Europea quant a sistemes de protecció social⁷⁷. Específicament, el model públic de salut mental a Espanya va iniciar el seu camí arran de l'Informe de la Comissió Ministerial per la Reforma Psiquiàtrica (1985) i l'aprovació posterior de la Llei General de Sanitat (1986). **A Catalunya no serà fins principi dels anys noranta que es començarà a ordenar i gestionar l'atenció a la salut mental** des de la Generalitat de Catalunya, integrant en una xarxa els recursos d'atenció mental amb finançament públic. Aquest retard es tradueix, entre d'altres, en una baixa protecció sanitària⁷⁸ que ha suposat un desenvolupament ràpid i poc estructurat, en un model mixt de gestió. D'aquesta manera, el sistema s'ha caracteritzat per una manca de polítiques sanitàries de llarga durada en matèria de salut mental, sent freqüents les respostes parcials. Alhora, es dona una manca de formació en salut mental en general i infantil en particular i un escàs –o erroni– coneixement de la problemàtica per part de la població.

La trajectòria històrica de desenvolupament de l'atenció a la salut mental ens porta a un present complex, ple de reptes que tornen a encarar-se des de l'agenda política, i que poden veure's reeixits en funció dels recursos que es destinin per afrontar-los.



→ *Coordinat, integral i interdisciplinari.* Existeixen una sèrie de dificultats per dur a terme una col·laboració interdepartamental^{27,57}. Hi ha **pocs espais de reflexió i coordinació interprofessional**⁷⁹ i, en el dia a dia, la incomunicació entre serveis propicia la inseguretat dels usuaris i dels familiars respecte quina és la millor opció. El propi Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions (2010)⁸⁰ assenyalava que **no hi ha coneixement suficient ni compartit del conjunt de recursos ni de la seva distribució territorial**. Per tant, l'execució dels serveis no acaba de realitzar-se d'una manera integral i compartida.

→ *Territorial i accessible.* Existeixen **buits assistencials i duplicitats en el conjunt del sistema**⁸⁰. La mirada d'equitat entre territoris és molt limitada: la territorialització no és coincident entre xarxes i manca una distribució ajustada i generalitzada dels recursos⁸¹.

→ *Comunitari i biopsicosocial.* Un altre tipus de debilitat amb què compta el sistema es vincula amb el tipus d'intervenció, on hi ha un **pes predominant de la vessant biomèdica** en perjudici de la psicoteràpia (individual i grupal). De la mateixa manera, és un model que en la seva aplicació **resulta més assistencial que comunitari**, ja que la interrelació entre el sistema sanitari, l'educatiu i el social és dèbil^{27,81}. Així, en conjunt, es pot parlar d'un model poc psicosocial, que se centra massa en l'atenció ambulatoria i en el tractament clínic d'alguns diagnòstics, però amb poques accions destinades a la psicoteràpia i a la integració en la comunitat, sobretot pel que fa als sistemes educatius i socials. Alhora, manquen serveis que contribueixin a promoure i generar oportunitats de participació i inclusió comunitària per a adolescents.

→ *Preventiu i proactiu.* Les mesures de promoció i prevenció són molt més limitades, en comparació amb els recursos destinats a l'atenció assistencial i la intervenció. Tant és així que, segons l'OMS, el 97% dels pressupostos dels ministeris de sanitat es dediquen a l'assistència i només el 3 i el 5% es destinen a mesures de prevenció i conscienciació.^{82,83,84} Així mateix, l'Organització de Cooperació i Desenvolupament Econòmic (OCDE) afirma que el 57% de la despesa pública en salut es dirigeix a l'atenció i a la cura, mentre que la prevenció només ocupa el 3% de la despesa. En aquest sentit, Espanya té un dels percentatges més baixos referent a la proporció d'inversió en prevenció dins de la despesa pública total en salut. No obstant això, l'estudi afirma que les iniciatives de salut pública d'Espanya no queden reflectides en aquestes xifres perquè en general s'inclouen en l'atenció. Cal destacar també que, el 2006, des del Departament de Salut es manifestava com a debilitat interna la **manca d'activitats de prevenció i promoció de la salut**, ja que l'orientació era primordialment assistencial⁷¹. Deu anys després continua sent una debilitat del sistema.

→ *Flexible i adaptat a les necessitats.* Els diferents agents implicats manifesten que existeix una **manca de recursos i d'eines per abordar la problemàtica en coherència amb el volum de la demanda**^{41,57}. Abans de la crisi econòmica, la planificació del govern català preveia una multiplicació i un desplegament de dispositius i de recursos en mesures socials en l'àmbit de la salut mental que

no s'ha complert⁸⁵. Els recursos són poc flexibles i estructuralment verticals; es considera que **les necessitats socials actuals detectades no són proporcionals amb els recursos existents**.

➔ *Mirada multisistèmica.* Es constata un **poc reconeixement i un suport insuficient a les famílies**^{27,57}. Aquestes mostren sentiments de soledat i d'impotència davant la desorientació i el poc suport i escolta de les pròpies necessitats, sovint agreujats per missatges contradictoris entre serveis, conseqüència, en part, d'una manca de plans de treball conjunts. En general, existeix un sistema d'informació i formació poc estructurat i en molts casos insuficient, que no permet dotar d'eines adients a les famílies. Tot això en un context on els espais de participació i els serveis d'acompanyament a les famílies són molt limitats.

➔ *Basat en l'evidència.* En aquest sentit, **falta un sistema de recollida de dades conjuntes, i una optimització de les mateixes des de cada sistema**. En aquest àmbit les dades són importants per identificar i conèixer amb més exactitud les problemàtiques de salut mental, així com els factors de risc que s'hi relacionen, específicament amb infància i adolescència. A la vegada, l'epidemiologia serveix per conèixer i provar l'eficàcia i l'eficiència de certes estratègies i actuacions. En aquest sentit, manca també una promoció de la cultura de qualitat i de l'avaluació en tots els sistemes que s'interrelacionen, que permeti avançar en la recollida de dades d'una manera integrada (intra sistemes i entre sistemes), dades tant de gestió com de relació entre gestió i efectes esperats.

A continuació fem una anàlisi de les dades disponibles a Catalunya i les seves debilitats.

Parlem de... Les dades a Catalunya



Les dades epidemiològiques a Catalunya són molt escasses. Com explica l'informe de l'any 2014 del Síndic⁴¹, l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) és la font principal que ofereix aquest tipus d'informació^G. En concret, l'ESCA té dues aproximacions a la salut mental referida a població menor de 15 anys: una sobre trastorn o retard mental (pregunta M30.15) o trastorn de la conducta, hiperactivitat, dèficit d'atenció, etc. (M30.16); i l'índex SDQ, que indica el risc de tenir problemes de salut mental en la població de 4 a 14 anys (M31, amb 25 ítems que componen 5 dimensions d'anàlisi: símptomes emocionals, problemes de conducta, hiperactivitat/inatenció, problemes de relació amb els companys i conducta prosocial).

Els resultats de l'ESCA palesen que l'any 2014 **la probabilitat de tenir un problema de salut mental era del 3,8% en la població entre 4 i 14 anys**⁴², sense pràcticament canvis en els anys de referència (2010 a 2014). S'observa, però, un decrement en relació amb els resultats del 2006 (6,8%)⁴³. Si bé l'SDQ es considera un índex fiable i vàlid per mesurar el risc de salut mental, les dades que mostra l'ESCA tenen la limitació de ser la declaració dels pares, sobre comportaments dels fills en els darrers 6 mesos i en una franja d'edat que exclou una part dels infants (0-4 anys) i adolescents (15-18 anys). A més, encara que aquest índex sigui àmpliament utilitzat, els experts que l'utilitzen adverteixen de les limitacions del seu baix rendiment quant a la prevalença real dels problemes de salut mental en la infància.

Altres indicadors que proporciona l'ESCA⁴², i que contrasten amb els resultats de l'SDQ, es refereixen al percentatge de població menor de 15 anys amb trastorn o retard mental (1,6%) i el percentatge d'infants amb trastorn de conducta, hiperactivitat, dèficit d'atenció, etc. (5,1%). Aquesta última dada s'ha anat incrementant en els darrers anys (el 2010 era del 3,3%) i, en qualsevol cas, és més alta que el 3,8% de casos probables de patir problemes de salut mental. Així mateix, l'ESCA proporciona dades sobre el percentatge de menors de 15 anys que ha visitat el psicòleg en el darrer any, essent el resultat del 7,1% per a l'any 2014 i amb una clara ascendència des del 2010 (4,6%)⁴⁴.

És així que, aquestes dades, les úniques existents a nivell poblacional a Catalunya, no les podem assumir com a dades de prevalença de problemes de salut mental ja que també necessitaríem emprar instruments de diagnòstic clínic amb entrevistes estructurades. No obstant això, hem volgut referenciar-les per palesar la necessitat de revisar la informació existent a Catalunya sobre epidemiologia i sobre població atesa, per valorar la necessitat de comptar amb dades que siguin de consens per a Catalunya.

Sigui com sigui, l'ESCA pot ser un indicador útil per estudiar els determinants socials en salut mental infantil. És així que podem trobar diferents estudis que han relacionat l'SDQ amb variables sociodemogràfiques i de condicions de vida.^{126, 127, 128, 129} El Síndic, en el seu informe⁴¹ exposa l'impacte

^G L'ESCA és una enquesta a una mostra representativa de persones residents a Catalunya no institucionalitzades per tal de conèixer l'estat de salut i la utilització dels serveis sanitaris de la població catalana. Des de l'any 2010 té caràcter continu. Les primeres dades disponibles fan referència a l'any 2006.

que generen els factors socials en la salut mental dels infants: «la probabilitat de patir un trastorn mental és més alta com més baixa és la classe social, i arriba a ser el doble en la classe social baixa en relació amb la classe social alta: un 5,4% dels infants de quatre a catorze anys en famílies de classe social inferior tenen probabilitat de patir un trastorn mental, mentre que aquesta probabilitat és només d'un 2,5% en el cas dels infants de classe social alta» (el 2013 la probabilitat del conjunt de població de 4 a 14 anys era del 5,3%, més alta que el 2014 i que en els anys anteriors).

Una altra font d'informació és la que proporciona l'Observatori de Sistema de Salut de Catalunya referent als Centres de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ) que publica anualment els resultats de l'estudi d'una sèrie d'indicadors. El 2014 es van atendre als CSMIJ un total de **62.634 infants i adolescents**, la qual cosa suposa un **4,5% de la població catalana de 0 a 17 anys** (1.389.796 nens i nenes)⁴⁵. Això significa que 1 de cada 22 menors va acudir a un CSMIJ al llarg del 2014. Aquest percentatge s'eleva fins al 6,3%, si prenem com a població de referència la de 5 a 17 anys⁴⁶ (ja que els infants menors de 5 anys acostumen a ser atesos en CDIAP). **Al llarg dels anys la població atesa als CSMIJ ha anat augmentant gradualment**. Tres anys enrere, s'havien atès uns 8.000 nens i adolescents menys. Del total de població atesa als CSMIJ, una de cada vuit persones (11, 7%) pateix un trastorn mental greu, proporció que ha augmentat un 53% en els darrers cinc anys.

L'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya també publica cada any informes relatius als resultats de l'Atenció primària en Salut (APS). Les dades referents a l'atenció primària també estan classificades en dos grups d'edat: menys de 15 anys o més de 15 anys.

D'altra banda, es publiquen informes relatius a l'activitat notificada. L'últim informe disponible, el de 2013⁴⁷, indica que entre la població menor de 15 anys, el 5,4% dels pacients van assistir per motiu de trastorns mentals.

L'Observatori de Tendències de Serveis de Salut de Barcelona des de l'any 2005 fins al 2010 va publicar anualment dades relatives al tractament amb antidepressius als CSMIJ. Així, al 2010, 2.965 infants i adolescents estaven sent tractats amb antidepressius als centres de salut mental de Barcelona província⁴⁸. Això suposa una diferència notable respecte al 2005, on el nombre de nens tractats amb antidepressius era de 1.173⁴⁹. Val a dir que la diferència també és deguda a l'augment dels centres. Al 2005 les dades feien referència a 21 centres a Barcelona, al 2010 el nombre ja era de 32. No obstant això, la mitjana per centre ha anat augmentant, el que es tradueix en un **increment del tractament farmacològic en menors en casos de depressió**.

Així mateix, a Catalunya se suïciden entre 20 i 30 persones menors de 24 anys anualment, segons les darreres xifres disponibles⁵⁰. En aquest sentit, tot i que el suïcidi i les autolesions no són una entitat psicopatològica en si mateix, són un símptoma, el resultat d'un desajust emocional que requereix d'intervenció per tal de ser evitat. No obstant això, aquestes dades oficials només són un reflex aproximat de la realitat. Moltes famílies demanen al metge que no es faci constar la circumstància de la mort al certificat de defunció.



Com s'ha indicat anteriorment, no existeixen prou estudis epidemiològics fiables sobre la prevalença dels trastorns mentals, especialment pel que fa als infants i adolescents. **Les dades relatives als indicadors de salut dels més petits no estan disponibles i això dificulta enormement una intervenció basada en l'evidència.**

Cal destacar, doncs, que en l'àmbit sanitari existeixen només dades parcials (entre serveis i impossibles de recollir per a tota la franja 0-18 anys) i la metodologia de recollida i interpretació ha variat al llarg dels anys. Per tant, no permet una interpretació correcta de l'evolució. Pel que fa a l'àmbit escolar, les dades accessibles només fan referència als centres i aules d'educació especial i al nombre d'infants i adolescents amb necessitats educatives especials. Sota aquesta denominació trobem dades relatives a discapacitats, a trastorns generalitzats del desenvolupament i a alteracions greus de la personalitat. Així doncs, resulta difícil conèixer el volum d'alumnat atès concretament per qüestions relatives a salut mental i els derivats a centres d'atenció especialitzada, així com avaluar els recursos i dispositius específics adreçats als infants i adolescents amb aquestes problemàtiques.

Com s'ha exposat amb anterioritat, el model posseeix unes debilitats generals i transversals que afecten a la totalitat dels sistemes que componen la xarxa de salut mental. A més, però, cada espai compta amb una sèrie de limitacions que dificulten el compliment dels objectius marcats per assolir una atenció adequada.

SERVEIS ESPECÍFICS D'ATENCIÓ

Es reitera contínuament que l'Atenció Primària de Salut (APS) té la capacitat de tractament de trastorns mentals més lleus⁹⁴. De fet, entre el 75% i el 90% de les persones que pateixen trastorns depressius són tractades exclusivament per metges d'Atenció Primària de Salut⁹⁵. Això evidencia la gran rellevància que tenen els pediatres i els metges de família, i la importància que aquests siguin capaços de detectar precoçment aquestes problemàtiques i abordar-les de forma efectiva. Tanmateix, es considera que la salut mental no és una prioritat en l'APS (tot i que representa el 25% de la demanda: en adults, el 20% de les consultes, i en infants –menors de 15 anys–, el 5,4%)⁴⁷, ja que encara necessita desplegar-se en la seva totalitat i **millorar els processos de detecció, de diagnòstic i de tractament per aquells casos menys greus**. La gran derivació de casos des de l'APS als CSMIJ està generant **llistes d'espera als centres de salut mental**⁸⁰.

Per una altra banda, l'abordatge terapèutic general de certs trastorns des de l'APS és principalment farmacològic.⁸⁰ El grup tècnic de salut mental de l'Institut Català de Salut afirma que és important que els professionals d'atenció primària adoptin un paper actiu en l'atenció dels trastorns mentals no greus, usant eines no farmacològiques quan els psicofàrmacs no estan indicats per la seva limitada eficàcia.⁹⁴ Els mateixos professionals consideren que **falten programes de formació continuada en salut mental**, ja que molts d'ells tenen pocs coneixements respecte a tractaments inicials psicofarmacològics i respecte a tractaments psicosocials i psicoeducatius infantils i juvenils. De fet, fins fa uns mesos, les especialitzacions en psiquiatria infantil, psicologia clínica o neuropediatria no eren reconegudes i, per tant, encara s'està en procés d'omplir el buit important de formació específica en salut mental²⁷.

També es manifesta la necessitat que l'atenció primària desenvolupi un paper preventiu en l'aparició dels trastorns mentals en els infants i adolescents amb patiment emocional i psicològic. En general es considera que per a una correcta detecció i prevenció primària, secundària i terciària, s'ha d'articular la simptomatologia i la història personal de la persona, i això ha de ser un procés llarg amb actuacions de caire integral que no s'estan desplegant en la seva totalitat.

Alhora, existeix una manca de recursos professionals i materials o una optimització que s'exemplifica també en els hospitals de dia i en els CSMIJ. Segons l'atles integral dels serveis d'atenció a la salut mental de Catalunya, es disposa d'un total de 440 places per a l'atenció de dia d'aguts infantil i juvenil⁹⁸. Això equival, aproximadament, a 31 places per cada 100.000 infants i adolescents.

Pel que fa als CSMIJ, actualment hi ha 54 centres que atenen un total de 62.634 nens i adolescents. El nombre total d'usuaris anuals i el nombre de nous casos atesos ha anat creixent any rere any. En 5 anys el creixement de la població atesa ha estat d'un 28% (13.598 més de nens i nenes atesos). En comparació a fa 3 anys, els centres han d'assumir uns 35 casos més de mitjana⁴⁵. L'any 2014 es van obrir 5 centres per intentar fer front a aquesta demanda, però els centres es troben igualment saturats perquè els seus propis recursos humans, materials i econòmics no han augmentat.⁹⁹ En aquest sentit, els professionals han fet un esforç important per mantenir la mitjana de visites anuals per persona atesa.⁴⁵ La mitjana de visites per pacient va ser el 2014 de 6,2, pràcticament la mateixa xifra que el 2013, on fou de 6,3. No obstant això, s'observa una **disminució mantinguda**: l'any 2012 la mitjana fou de 6,4 i l'any 2009 la mitjana era de 7 visites anuals. Per tant, es pot observar un **augment progressiu de nous casos atesos, però una reducció de la mitjana de visites anuals per persona atesa**. D'aquesta manera, la **manca de recursos públics per a la continuïtat assistencial** és evident¹⁰⁰, fet que provoca que moltes famílies acabin acudint a centres privats per sentir que l'atenció i l'acompanyament individualitzat del seu fill s'està garantint.

Alhora, el predomini de l'orientació assistencial i la manca de recursos per a la participació de les famílies s'evidencia també en la **disminució de teràpies familiars** que s'estan duent a terme als CSMIJ. Actualment només la meitat de persones que acudeixen als CSMIJ tenen un tractament familiar⁴⁵. Així mateix, es considera que hi ha una manca de places de centre de dia i/o rehabilitació per a adolescents un cop han finalitzat la seva hospitalització⁴¹. Tot i que el Pla director en salut mental i addiccions preveia la creació d'aquests centres, mai no s'han arribat a desplegar. En relació amb aquesta situació, es troba a faltar la figura d'un acompanyament del jove des dels CSMIJ als CSMA (Centres de Salut Mental d'Adults). El Síndic de Greuges manifesta que "la configuració actual del sistema implica que l'infant s'haurà d'adaptar al recurs que hi hagi i no a la inversa, i que, en determinats casos, perdrà una part important de la seva escolarització o, fins i tot, es veurà privat del dret a l'educació"⁴¹.

ELS CENTRES EDUCATIUS

És important destacar en aquest punt que els Instituts d'Educació Secundària (IES) compten amb menys recursos i dispositius en matèria de salut mental i, per tant, els adolescents amb problemàtiques d'aquest tipus pateixen un desemparament major en comparació als Centres d'Ensenyament Infantil i Primari (CEIP).

Actualment hi ha 79 EAP que cobreixen l'atenció a tot Catalunya, el mateix nombre que des del 2001 segons les dades publicades¹⁰⁴. Cada psicopedagog atén diversos centres educatius de la zona i es desplaça als centres amb els quals té un Pla d'actuació amb una periodicitat aproximada setmanal. Alhora, en cada EAP hi ha d'1 a 2 treballadors socials, i en total hi ha 110 professionals. Pel que fa als psicòlegs, pedagogs i psicopedagogs, actualment la plantilla total és de 521 professionals. No obstant això, segons la UNESCO, la ràtio adequada hauria de ser d'un professional psicopedagog per cada 250 alumnes.^{105,106} Catalunya, el curs 2014/2015, comptava amb 319.863 alumnes de 6 a 12 anys en

centres de titularitat pública. Si atenem aquestes xifres, la ràtio a Catalunya queda en un professional per cada 614 alumnes.

També és rellevant les expressions de falta de coordinació que es donen entre serveis d'EAP i CDIAP i CSMIJ tant per l'avaluació com a l'hora de compartir i definir programes d'intervenció i objectius de treball conjunts.

Pel que fa les actuacions i/o programes concrets relatius a la promoció i prevenció de la salut mental, cal remarcar que tots ells compten amb un seguit de limitacions que impedeixen el seu desplegament. Les últimes dades disponibles del programa Salut, Escola i Comunitat (PSEC) només fan referència a la ciutat de Barcelona: l'any 2014 només el 48,5% dels centres de secundària de Barcelona havien participat en el programa¹⁰⁸, en comparació al 83% de centres que hi van participar el curs 2008-2009. D'altra banda, és destacable que tot i que **la salut mental representa un 16,2% de les consultes realitzades pels estudiants en el marc del PSEC, només representa un 0,5% de les activitats realitzades amb el grup-classe**. De la mateixa manera, s'evidencia que el programa no s'ha pogut desplegar tal com estava previst. Tot i suposar una iniciativa potenciadora de la participació social de l'adolescent, no ha acabat de desenvolupar-se arreu de Catalunya ni a totes les etapes educatives, i la manca d'implicació amb la salut mental ha suposat que el seu ús com a eina de prevenció i detecció de casos sigui molt limitat.

Quant a les mesures d'atenció a la diversitat, malgrat que el marc de referència a Catalunya sigui una educació integradora, a la pràctica, el model s'ha anat desvirtuant¹⁰⁹. Els nens amb NEE necessiten mesures pedagògiques específiques i recursos amb un prisma individualitzat per compensar aquestes dificultats. En aquest sentit, la inclusió i integració educativa esdevé una iniciativa que pretén no deixar a cap nen i nena fora de la vida escolar ordinària. No obstant això, els criteris d'inclusió a les escoles ordinàries o a les especials i d'altres serveis de la xarxa, no sempre estan coordinats i consensuats entre l'equip d'assessorament psicopedagògic i els serveis de salut mental. Alhora, **els dispositius estan fragmentats i no gaudeixen d'una planificació conjunta, fet que pot provocar una duplicitat dels recursos i una manca d'atenció especialitzada eficient**. Així mateix, es posa l'èmfasi en la construcció d'un sistema capaç de donar resposta a les necessitats individuals, però el nombre de vetlladors, orientadors i educadors que poden atendre els nens amb necessitats educatives especials no és suficient. Alhora, se sap que s'ha de treballar perquè les necessitats que tenen els infants i els adolescents tinguin una resposta educativa a l'escola que les pugui satisfer millor, però molts cops s'opta per un sistema de selecció i segregació de la diferència a les aules, i no d'integració.

Si bé no hi ha dades disponibles que ens indiquin quants infants amb problemes de salut mental reben suport des dels diferents dispositius existents al món escolar, la seva inclusió en l'escola ordinària és relativa, ja que les USEE (concebudes com a unitats de recursos formada per docents, educadors i vetlladors) en alguns casos es converteixen en aules d'educació especial inserides en els

centres ordinaris. A més, els recursos disponibles per donar una atenció especialitzada dins l'escola ordinària són insuficients tant pel que fa a les USEE com a les actuals UME.

ELS SERVEIS SOCIALS

Els problemes de desenvolupament en la infància són una realitat que afecta a un nombre significatiu de nens i nenes: el 2015 es van atendre als CDIAP un total de 38.927 infants, la qual cosa suposa el 7% de la població de referència¹¹¹. De fet, **actualment els centres han d'assumir el doble de persones que fa 9 anys**. En aquest sentit, és important destacar que dins de tots els trastorns de desenvolupament que atenen, els **trastorns afectius-emocionals són el segon motiu de consulta més freqüent**¹¹⁰.

No obstant això, tot i que l'obertura de centres ha anat augmentant gradualment, no ho ha fet de manera proporcional a la demanda: dels 58 centres del 2005, es compta actualment amb 96. Analitzant les dades, es pot veure com no s'ha seguit una proporcionalitat entre l'increment del nombre de població atesa anual i el nombre d'obertura de centres, i això s'ha traduït en una **saturació i un desbordament als centres**. Es troba reflectit en el fet que la mitjana de persones ateses per centre ha anat augmentant considerablement en els darrers anys: mentre que l'any 2005 un centre atenia 258 infants de mitjana, l'any 2014 calia atendre'n 413 (un 60% més).

Dades rellevants

Programacions territorials 2008-2012 i 2015-2018, de recursos d'atenció social especialitzada i domiciliària a Catalunya, de l'ICASS, Departament d'Acció Social i Ciutadania¹¹²

• • •

- ✖ El document va proposar un creixement d'hores d'atenció precoç en tot el territori català, que tenia per objecte arribar a atendre el 7,5% de la població infantil de 0 a 5 anys, una població que s'estima que té o pot tenir alguna problemàtica de desenvolupament que requereix prevenció o tractament precoç. El volum d'hores que s'estimaven necessàries per atendre aquesta població, amb un objectiu de cobertura del 75%, era d'1.354.973, nombre que encara no s'ha assolit.
- ✖ Des de l'any 2010, la despesa executada en atenció precoç s'ha vist augmentada en 932.624 euros. No obstant això, si tenim en compte que des d'aleshores s'han obert 15 centres, equivaldria a tan sols una mitjana de 62.175 euros per centre.
- ✖ Segons la programació territorial 2015-2018, la ràtio mensual a l'any 2013 va ser de 3h/usuari i se'n van finançar 1.210.820 hores en total.
- ✖ Durant el 2015-2018 hi pot haver un "possible" augment d'hores (entre 16.744 i 33.488) en relació a les dades de 2013.

Les dades exposades representen la necessitat d'augmentar o optimitzar els recursos, tant materials com humans, per superar la situació. **Existeixen llargues llistes d'espera per a l'exploració i el diagnòstic**⁵⁷, així com un augment d'hores dels professionals que es troben en una **situació de sobredemanda**, ja que el nombre de recursos no ha augmentat proporcionalment i, per tant, s'evidencia una elevada ràtio per professional i, en moltes ocasions, una **periodicitat insuficient en les sessions i un dèficit en la intensitat del tractament**.

Com s'ha exposat anteriorment, no existeix un espai compartit d'informació fluït entre els CDIAP i els CSMIJ. Per tant, l'atenció a la continuïtat es veu significativament limitada. Veiem que el nombre de recursos econòmics invertits en

atenció precoç no guarda relació amb el creixement gradual de població que atenen els centres

anualment i, per tant, s'estaria potenciant una manca d'adequació dels recursos. De la mateixa manera que ocorre en els CSMIJ, alguns CDIAP recullen les seves pròpies dades i les exposen en una memòria anual accessible via electrònica, però des del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies no es sistematitza la recollida de dades, ni es fa referència a l'agent derivant, ni a les visites ni a les hores dedicades als usuaris per cada tipus de professional, ni tampoc a les dades relatives a les llistes d'espera.

Detectem, també, una **limitació important pel que fa als recursos orientats a potenciar una parentalitat positiva i a la gestió emocional**. Trobem aquesta mancança en els serveis d'intervenció socioeducativa, especialment. Una de les finalitats principals dels serveis socioeducatius ha de ser la d'assegurar que els adults responsables dels infants o adolescents tinguin l'oportunitat d'oferir-los el nivell bàsic que necessiten per a un desenvolupament integral adequat (articles 103 i 104 de la LDOIA)⁹. Com ja hem vist anteriorment, les famílies han de tenir les competències parentals bàsiques per assegurar un desenvolupament suficientment sa dels seus fills/es (articles 12, 37, 41 de la LDOIA)⁹. Els factors de risc social que acumulen les famílies ateses en aquests centres generen en els infants símptomes depressius, ansietat, obsessions, inseguretats, pors, agressivitat o davallades en el rendiment acadèmic per bloquejos emocionals, que no tenen res a veure amb la falta de capacitat intel·lectual. Els patrons de relacions familiars insans i el xoc generacional i cultural (en l'adolescència) poden estar incidint també en aquest malestar psicològic. Existeix la urgència de donar resposta, però **els mitjans de què disposen els centres socioeducatius són limitats** ja que el suport psicològic es dona, principalment, gràcies al Programa Caixa ProInfància, amb els seus requeriments i tipus d'intervenció, sovint per sota de les necessitats reals detectades.

A la pràctica, **la majoria de Centres Oberts no han desplegat les iniciatives de forma estandarditzada**. Es tracta d'actuacions internes que no segueixen un pla universal d'actuació. Per tant, l'atenció que es realitza als nens i nenes i/o a les famílies és molt limitada. Si bé és cert que els centres socioeducatius són un espai privilegiat per fer detecció de necessitats i identificació de factors de risc, com el de la salut mental, la **dificultat de derivació i/o coordinació amb centres educatius i amb el CSMIJ poden frustrar la resposta integral i immediata**. De fet, els centres socioeducatius podrien derivar els menors amb problemes de salut mental a la Xarxa de Serveis Públics, però la saturació d'aquesta, amb llistes d'espera que poden sobrepassar els 6 mesos^H genera greus ineficiències que poden comprometre el desenvolupament del menor.

Més enllà dels serveis d'intervenció socioeducativa que es realitzen en equipaments comunitaris, es molt necessari poder oferir a les famílies **programes de visites domiciliàries** en totes les franges d'edat on hi ha menors, especialment quan hi petita infància fins als 6 anys.

La població menor d'edat que ha estat separada de la seva família i té mesures de protecció de la DGAIA suma un total de 7.056 l'any 2014⁴¹. El 38,5% dels menors (2.700) viu en els diferents tipus

^H Aquesta dada no s'ha pogut contrastar, per falta d'indicadors d'aquest tipus en el sistema.

de centres residencials. Entre aquests, la incidència de problemes de salut mental és molt elevada. L'únic estudi publicat a Espanya mostra que el 27% dels menors entre 6 i 18 anys acollits en residències estan rebent tractament per problemes de salut mental¹¹⁴. En altres països, els estudis indiquen que aquestes xifres són més elevades (per exemple, a França s'ha calculat fins al 48% dels menors acollits en centres residencials presenten algun tipus de trastorn mental).

A Catalunya **els menors amb problemàtiques de salut mental en els CRAE no són sempre atesos amb totes les garanties d'un seguiment individualitzat**. El fet de no poder atendre aquests casos pot augmentar el risc de problemes de convivència, propiciant situacions difícilment controlables pels professionals. La falta de formació dels professionals en matèries pròpies de la salut mental i de recursos integrats dificulta enormement una via de solució inclusiva i pot generar efectes no desitjats. A més, els centres especialitzats (Centres Terapèutics o CREI), que s'han anat creant per la necessitat creixent de donar resposta als problemes específics dels adolescents amb greus problemes emocionals i de comportament en situació de desprotecció, no tenen places disponibles. Cal recordar, però, que els criteris per accedir a un CREI (que comporta una limitació de llibertat) són molt estrictes i que, en qualsevol cas, no pot ser una mesura de càstig ni es pot fonamentar en una necessitat de control o defensa social. Tampoc no poden ser ingressats els menors amb trastorns mentals que requereixin hospitalització en un centre específic de la xarxa de sanitària de salut mental^{130,131}.

Sense voler generalitzar, alguns CRAE assenyalen la dificultat per disposar d'una major assistència i/o suport integral per part del CSMIJ. Els professionals manifesten preocupació i desorientació per atendre els menors amb problemes de salut mental amb els quals es troben, ja que no disposen de les eines i la formació adient. Assenyalen que els menors arriben als centres amb una prescripció de psicofàrmacs, però amb dificultats per disposar d'un seguiment i un acompanyament psicològic adient. Es propicia, per tant, un ambient negatiu que pot actuar com a factor de risc d'agreujament d'una salut mental deficitària. Alguns CRAE ho resolen utilitzant serveis psicoterapèutics privats.

En general, es detecta una falta de recursos intermedis per a adolescents amb problemes greus de salut mental, ja siguin residencials o diürns i amb perspectiva integral d'abordatge entre l'àmbit social, educatiu i sanitari. Un exemple d'aquest tipus de recurs serien els habitatges tutelats o els centres de dia.

Parlem de... CONTROVÈRSIES

L'ABORDATGE: DIAGNÒSTICS I TRACTAMENT



En el marc de la intervenció o l'abordatge de la salut mental existeixen diferents elements clau que són objecte de debat en la nostra societat: l'atenció al diagnòstic i la tipologia del tractament.

Pel que fa al diagnòstic, en moltes ocasions s'afirma que existeix una **inflació diagnòstica respecte a certs comportaments**^{37,57} que alteren les conductes habituals d'una llar o una escola. Hi ha professionals dels serveis d'atenció infantojuvenil que reclamen un diagnòstic més acurat per evitar falsos positius⁸⁷. Així, des d'aquesta posició es defensa limitar l'abús de les etiquetes diagnòstiques per no potenciar l'efecte Pigmalí, és a dir, la influència que pot tenir en el rendiment d'una persona la creença que en té algú sobre un aspecte concret. En aquest sentit, s'afirma que posar una etiqueta diagnòstica no és un assumpte trivial i que hauria de fer-se amb cura, atès que pot generar estigma social i promoure el rebuig. Així, es defensa que no es pot reduir només el comportament dels nens i nenes a un diagnòstic i no s'hauria de pretendre explicar-ho tot a través d'aquest. També s'exposa que el diagnòstic hauria d'incloure el coneixement de la història familiar i social de l'infant i que caldria fer un seguiment per observar-ne l'evolució abans de donar un diagnòstic definitiu.

També s'afirma, tanmateix, que actualment es dóna molt poca importància a certs malestars o actituds dels nens, nenes i adolescents, i es cau en l'error de creure que es tracta de comportaments temporals i que amb el temps desapareixeran. A vegades certes situacions es normalitzen, però en molts casos poden formar part d'una problemàtica més complexa, encabida dins d'un trastorn mental. S'exposa que la detecció a temps d'aquesta mena de trastorns, així com el diagnòstic, és clau a l'hora de seguir un tractament concret i evitar que pugui desembocar en una problemàtica crònica o de més gravetat. El diagnòstic seria, així, rellevant per aconseguir un treball regular i constant que ajudi el nen o la nena a conèixer el seu problema i a buscar les eines necessàries per millorar el seu benestar i la seva qualitat de vida⁸⁶. En aquest sentit, es manifesta que un diagnòstic permetria un tractament pautat i una orientació de la situació.

Tot i això, tal com s'ha afirmat anteriorment en la dimensió de la problemàtica, s'exposa que un percentatge important d'infants no arriba mai a rebre un diagnòstic o una orientació sobre el seu malestar psíquic. Algunes dades indiquen que només un 2-3% de la població infantil i adolescent afectada per algun trastorn mental, entre 4 i 18 anys, arriba a ser derivada a un servei de salut mental²⁷.

Així, entre els punts de concordança de les diferents veus, es destacaria la **importància del diagnòstic precoç**¹⁰ en infants per tal d'oferir-los un tractament adequat i un acompanyament que minori el patiment de l'infant i dels seus familiars, i que eviti l'agreujament de la situació en un futur. D'aquesta manera es facilita l'establiment de criteris i de consens, tant per part del conjunt de professionals que intervenen com per la família. La conclusió, en aquest sentit, seria millorar el diagnòstic pel que fa a la seva precisió.

D'altra banda, també existeixen diferents tendències respecte al tractament per als trastorns mentals infantils i adolescents, però on rau especialment la controvèrsia és en l'ús de la medicació.

Tot i que no és possible accedir a dades referents al nombre d'infants amb tractament psicofarmacològic, en general es creu que s'ha perdut la percepció del risc i que els medicaments formen part de vida quotidiana de tota la població⁸⁸. Es considera que la societat espanyola és una societat medicalitzada. De fet, és el segon país del món per darrere dels EUA en consum de fàrmacs.⁸⁹ En un estudi internacional de l'any 2004 s'indicava que Espanya és el tercer país del món a receptar psicofàrmacs a menors de 17 anys per darrere del Canadà i els EUA.⁹⁰ En aquest sentit, el Ministeri de Sanitat reconeix que en una dècada s'ha més que doblat el nombre de persones que consumeixen ansiolítics, antidepressius i somnífers: el 2005, un 5,1% dels enquestats n'havien consumit, mentre que el 2014 la xifra era d'un 12,2.⁹¹ De la mateixa manera, segons el Pla de Salut Mental i Addiccions, existeix una tendència a psiquiatritzar els problemes complexos de la vida quotidiana⁸⁰.

En general, però, es defensa un tractament multimodal: psicoterapèutic, psicoeducatiu i farmacològic només quan es consideri adient i necessari. En aquest sentit, es denuncien les limitacions d'alguns estudis que pretenen demostrar l'eficàcia de certs psicofàrmacs. Es considera que a vegades són d'una baixa qualitat metodològica i no sempre poden ser fiables^{92,93}. S'afirma que sempre s'han de tenir en compte els riscos que poden comportar, a la llarga, per a la salut de l'infant i que, per tant, la subministració de medicaments s'hauria de dur a terme sempre sota una supervisió acurada i un seguiment actiu.

3. Conclusions: reptes i propostes de millora

L'atenció a la salut mental infantil i adolescent a Catalunya té un retard històric pel que fa a la construcció de model d'intervenció i de desplegament de serveis i recursos. L'informe per a la reforma psiquiàtrica (1985) ja constata el buit assistencial en la salut mental infantil i reclamava cobrir amb urgència aquesta àrea oblidada, tot proposant l'establiment de programes prioritaris de caràcters específics, interdisciplinaris i continuats en el temps, en un marc global de planificació i ordenació que integrés els diferents sectors de la vida on es desenvolupa l'infant.

En el transcurs d'aquests trenta anys s'han fet esforços considerables per anar avançant en la definició d'un model d'atenció i per fer-ne possible el desplegament. Aquests esforços, però, no sempre s'han vist reeixits, sovint per la necessitat d'inversió en recursos que suposa el desplegament de les recomanacions i directrius mundials i europees, que gaudeixen d'un consens generalitzat en l'abordatge transversal, i per les dificultats d'articular el treball de forma conjunta i integral. Des del relat polític hi ha diverses qüestions que ningú no posa en dubte, i que recull la Convenció sobre els Drets de l'infant o les diferents recomanacions i directrius per a la intervenció acordades més recentment.

La Convenció reconeix l'infant com un subjecte actiu de drets, amb ple estatus social i, per tant, entén que ha de poder viure aquesta etapa de manera plena i amb les màximes garanties de desenvolupament de les seves potencialitats. En aquest context, l'entorn familiar és clau per al seu creixement i benestar.

En consonància amb aquesta visió, el model d'intervenció en salut mental és clar: s'ha d'atendre l'infant des de la proximitat i des de les diferents àrees on aquest conviu (la família, l'escola, el lleure, la cultura o els serveis socials quan hi han d'intervenir), essent ell i la seva família els protagonistes, participant d'una atenció adequada a les seves necessitats i essent escoltats, informats i capacitats de manera coherent i ajustada a les seves circumstàncies. Tot això requereix una atenció coordinada entre els diferents serveis on participa l'infant, amb la qualitat professional necessària per treballar conjuntament, i amb una mirada comunitària i biopiscosocial, en una xarxa que ha d'estar planificada i articulada.

La integralitat de l'atenció a la salut mental també es refereix a la necessitat d'actuar des dels diferents nivells de prevenció, no només l'assistencial un cop apareix la sospita del problema. En aquest sentit, el model català aposta per incloure, des de les polítiques de salut pública, objectius de promoció de la salut mental i l'objectiu de prevenció dels problemes de salut mental. Malgrat això, el seu desenvolupament és encara poc planificat.

Alguns exemples de promoció de salut mental en el marc de la salut pública poden ser la promoció d'estils de parentalitat positiva, l'eradicació de l'estigma o programes d'educació emocional i d'habilitats prosocials, imprescindibles tots ells per una vida plena i harmònica. Atendre els factors socials generadors de desigualtats (com l'atur o les condicions de vida degradades) o d'una atenció

familiar deficitària (com ara la manca de conciliació de la vida familiar i laboral) també contribueix a la prevenció de la salut mental.

Sabem i podem estar força d'acord sobre quins són els ingredients per a una bona atenció a la salut mental infantil i adolescent. La dificultat, però, radica en com fer que aquests productes siguin de qualitat, en saber quina és la recepta bàsica per cuinar-los i amb quina mentalitat els professionals que la cuinen afronten el repte i compten amb els recursos per dur-la a terme, amb cuines mínimament equipades i un treball coordinat per seguir la recepta amb flexibilitat i adaptació a la diversitat de situacions i a possibles obstacles.

És així que desenvolupar i operativitzar el model és una aposta de llarg recorregut, que ens ha de permetre donar respostes més adients als infants i adolescents d'avui, i que són els adults del futur. El repte general passa per liderar una transformació per a l'aplicació del model, que sigui capaç de superar l'actual, incorporant una visió més global, posant a tots els agents d'acord (sectors i professionals) i destinant els esforços i recursos necessaris per tal de garantir el seu desenvolupament, impulsant així un canvi organitzatiu, de gestió i, en definitiva, d'intervenció en benefici de la salut mental d'infants i adolescents i, en conjunt, de la nostra societat.

Després d'analitzar el moment en què es troba l'atenció a la salut mental infantil i adolescent, podem concloure que el present i el futur immediat estan plens d'oportunitats per assolir avenços importants en el desenvolupament de l'atenció a la salut mental infantil i adolescent. Comptem amb un marc, un exemple del qual és el Pla Integral de Salut mental i Addiccions, que identifica clarament moltes de les prioritats. Cal veure com s'impulsen, quins esforços s'hi destinen i com els diferents sistemes articulen les propostes perquè tinguin un impacte real en la superació dels reptes.

ELS REPTES

A continuació exposem els reptes que té el nostre país i les propostes de millora per avançar en la seva superació. Aquests no pretenen ser exhaustius, ni necessàriament estar consensuats per tots els actors implicats, però esperem que puguin ser una guia i un marc referencial per a la construcció conjunta de solucions:

- Generalitzar l'aplicació de programes i serveis de promoció i prevenció
- Disposar d'un sistema d'indicadors per a l'avaluació i la planificació
- Fer accessibles els serveis
- Assegurar una atenció integral i coordinada entre els serveis
- Garantir la participació activa i l'acompanyament de les famílies, infants i adolescents
- Aplicar un model específic en el context escolar que garanteixi els suports adients en salut mental
- Garantir els suports adients per a la inclusió i participació comunitària dels infants i adolescents

#1

Generalitzar l'aplicació de programes i serveis de promoció i prevenció

...

Per què és un repte?

Tot i estar demostrada l'eficiència d'aquest tipus d'actuacions a la pràctica hi ha poques polítiques proactives (de prevenció) en relació amb el nombre de polítiques reactives (intervenció per la cura) en l'àmbit sanitari.

Hi ha iniciatives disperses que es realitzen des dels municipis i en centres específics, però falta un coneixement general sobre què s'està fent, i una planificació i coordinació que sigui la base per a l'ordenació i el desenvolupament d'aquest tipus de programes i serveis.

En aquesta línia, tot i saber el paper que poden arribar a fer les escoles, els espais de lleure o els centres socioeducatius com a agents de promoció d'una salut mental positiva, a la pràctica, es desconeix quina és la seva incidència.

Els programes de parentalitat positiva o de suport a la criança no arriben amb prou garanties a les famílies, especialment aquelles que tenen més dificultats socials i que potser més ho necessiten.

Alhora, les estratègies adreçades a la població en general estan poc generalitzades, malgrat que són imprescindibles per fomentar els drets de les persones afectades i la lluita contra l'estigma social associat. En aquest punt també és important destacar la importància de les iniciatives de prevenció secundària dirigides a minorar la possibilitat d'autoestigma.

La prevenció secundària està més lligada a les actuacions des dels CDIAP i des del CSMIJ, però cal incrementar el paper actiu d'altres dispositius públics (escoles, centres oberts, CRAE i, per descomptat Atenció Primària de Salut) en la detecció i atenció eficaç, per així contribuir a augmentar l'abast d'aquesta intervenció a tota la població.

Quines dades hi estan relacionades?

L'OMS ens recorda que la meitat dels trastorns mentals apareixen per primera vegada abans dels 14 anys, un 75% dels quals comencen abans dels 18 anys. Entre el 50% i el 60% d'adults amb un trastorn mental havia rebut un diagnòstic de salut mental abans dels 15 anys.

Segons l'OMS, el 97% dels pressupostos dels ministeris de sanitat es dediquen a l'assistència i només el 3 i el 5% van a parar a mesures de prevenció i conscienciació. Espanya té un dels percentatges més baixos referent a la proporció d'inversió en prevenció dins de la despesa pública total en salut.

La salut mental no és una prioritat en l'APS (tot i representar el 25% de la demanda: en adults, el 20% de les consultes, i en infants –menors de 15 anys–, el 5,4%).

Segons el programa Salut i Escola a Barcelona ciutat (2014), tot i que la salut mental representa el 16,2% de les consultes realitzades pels estudiants, només representa un 0,5% de les activitats realitzades amb el grup-classe.



1. Com avançar en la promoció i la prevenció?

- Fer un mapa d'actuacions, banc de bones pràctiques i actors potencialment implicats, com a base informativa i analítica, que també ajudi a establir directrius efectives de suport a la implementació i inversió necessària.
- Desenvolupar programes d'assessorament prenatal i programes de visites domiciliàries, per prevenir problemes de salut mental que es poden iniciar en edats primerenques. L'atenció domiciliària s'hauria de proporcionar, com a mínim, fins als 6 anys.
- Fer intervencions familiars basades en les relacions, en els vincles afectius, i fer capacitació per a pares i programes d'educació emocional.
- Fer programes de sensibilització per a joves, adolescents i professionals, sobretot pel que fa a l'estigmatització. Fer que la conscienciació sigui una prioritat en els pressupostos.
- Desenvolupar programes de prevenció específics en l'àmbit de salut mental i addiccions, tant per a famílies com per als adolescents que s'hi inicien.
- Potenciar la prevenció i promoció des de l'atenció primària i des de l'entorn socioeducatiu i del lleure, oferint formació específica i estratègies pràctiques (diferenciades del tractament de trastorns mentals).
- Generalitzar la prevenció a les escoles, incloent la salut emocional en el currículum escolar en els diferents nivells educatius, donant suport als docents per assolir el benestar emocional dels infants, eliminant males experiències i aquelles potencialment traumàtiques, d'assetjament o altres tipus de violència. Elaborar protocols de detecció precoç d'addiccions o trastorns mentals en els instituts.
- Avaluar, millorar, sistematitzar i generalitzar els programes actualment més reconeguts per a la seva funció de detecció i derivació com són el Pla Salut, Escola i Comunitat (antic Programa Salut i Escola) i el Programa de Suport a la Primària.

#2

Disposar d'un sistema d'indicadors per a l'avaluació i la planificació

...

Per què és un repte?

Es disposa de més informació administrativa que epidemiològica.

La informació sobre la prevalença a Catalunya prové de l'Enquesta de Salut, però els resultats tenen limitacions i són difícils d'interpretar. Tenen més valor per identificar desigualtats.

Hi ha moltes diferències entre departaments de la Generalitat en la forma de recollir les dades administratives. Hi ha dades accessibles, però poden ser parcials o fragmentades: de determinats recursos o serveis i sense oferir una visió global (dels diferents àmbits implicats) i/o territorial sobre els recursos segons les necessitats.

Falta informació o aquesta no és accessible o homogènia sobre: atenció i gestió (derivacions, dedicacions, temps d'espera, etc.), diagnòstics i tractaments, distribució territorial, incidència de factors socials i factors protectors, entre d'altres.

La informació disponible dificulta objectivar la saturació dels serveis i la manca de recursos i no sempre són útils per al treball de base.

En conjunt, la manca o parcialitat de dades comporta dificultats en l'avaluació, i en la planificació i organització dels serveis i recursos.

Quines dades hi estan relacionades?

A nivell internacional, s'estima que la prevalença de trastorn mental és d'entre el 10% i el 20% en la població infantil i adolescent.

Per a Catalunya, segons dades de l'ESCA (2014), la probabilitat de tenir un problema de salut mental era del 3,8% en la població entre 4 i 14 anys (similar en els darrers anys disponibles). El 7,1% va anar al psicòleg, amb una clara ascendència des del 2010 (4,6%).

El 2014 es van atendre als CSMIJ un total de 62.634 infants i adolescents, que suposa un 4,5% de la població catalana de 0 a 17 anys. Aquest percentatge s'eleva fins al 6,3%, si prenem com a població de referència la de 5 a 17 anys. Al llarg dels anys la població atesa als CSMIJ ha anat augmentant gradualment (8.000 menys atesos 3 anys enrere).

Les dades d'atenció a població de 0-5 anys es troben majoritàriament als CDIAP, però aquestes no permeten identificar quants infants són atesos per problemes de salut mental. Sabem que el total d'infants atesos són 38.927 (7% de la població de referència) i que els trastorns afectius-emocionals són el segon motiu de consulta més freqüent (2015).

Pel que fa a l'atenció primària en Salut (APS), sabem que el 5,4% dels pacients menors de 15 anys van assistir-hi per trastorns mentals (2013).



2. Com tenir un millor sistema d'informació?

- Valorar la realització d'estudis de prevalença per a la població de 0-18 anys i iniciar estudis epidemiològics per a l'anàlisi de les desigualtats territorials i socials a partir de les dades que actualment ja ofereix l'ESCA. Determinar el pes dels factors de risc i de protecció de la salut mental ajudarà a establir i objectivar les mesures preventives i de promoció. Saber el desajust que hi ha entre la població amb problemes de salut i la que rep tractament permetrà planificar millor els recursos.

- Millorar la transparència i l'accessibilitat de dades agregades, tant sobre la població atesa (específicament amb problemes de salut mental o amb risc de tenir-los) com de tipus de serveis, programes, professionals i la seva gestió, especialment relacionades amb l'àmbit escolar i el social.
- Sistematitzar la informació i els indicadors dels diferents àmbits (salut, escola i social), per poder fer una anàlisi objectiva i planificar els recursos necessaris. En aquesta línia es demana poder homogeneïtzar indicadors i nomenclatures entre els diferents departaments que recullen informació. Compartir les dades entre departaments i arribar a tenir dades conjuntes. Abans, però, caldrà definir quins indicadors són necessaris i com es recullen (en alguns àmbits d'actuació on hi ha molta dispersió de centres, el recull d'informació encara és força artesanal).

#3

Fer accessibles els serveis

...

Per què és un repte?

La falta d'ordenació i desplegament de recursos genera desigualtat i fa que el lloc de residència determini el tipus i el grau d'atenció. Es detecten territoris mancats d'hospitals de dia, de dispositius inclusius a l'aula, antenes dels CSMIJ, de programes prelaborals o sense que s'hagin desplegat programes com el de Suport de Salut Mental a l'Atenció Primària (PSP). Per altra banda hi ha municipis o centres que posen en marxa projectes que complementen o compensen la falta de recursos.

Les situacions de major vulnerabilitat social, atur, precarietat laboral, manca de seguretat o d'una qualitat de vida digna poden augmentar les situacions de patiment dels infants i adolescents i afectar al seu desenvolupament. La població socialment més exclosa té més dificultats per accedir als serveis, alhora que té més risc d'emmalaltir (fet que alimenta el cercle de la pobresa i una salut deficitària). Malgrat que disposem d'algunes iniciatives interessants per tal d'atendre i donar resposta a aquestes situacions, on l'entorn i els condicionants socials poden suposar factors de risc rellevants, resulten molt insuficients.

La saturació dels serveis de salut mental, per manca de recursos, i l'excessiva burocratització i protocol·lització que limita la disponibilitat dels professionals en l'atenció pot dificultar un accés àgil tot generant esperes dilatades en el temps. Altres conseqüències són la falta de programes específics i de psicoteràpies o la falta d'intervencions grupals o familiars i l'obligació de prioritzar casos, deixant normalment els més lleus fora del sistema.

L'estigma que encara pot comportar participar en un servei de salut mental pot dificultar la petició d'ajuda.

Els perfils d'entrada en alguns recursos de vegades són poc flexibles i limiten l'accés a alguns infants i adolescents, que en queden exclosos. L'atenció de tardes, per exemple, no és freqüent.

Quines dades hi estan relacionades?

No hem analitzat les dades existents que ens permetin fer una comparativa actual sobre recursos a nivell territorial. Algunes d'aquestes dades són poc accessibles, no es recullen de manera sistematitzada i/o no són comparables al llarg dels anys.

ESCA: La probabilitat de patir un trastorn mental és més alta com més baixa és la classe social, i arriba a ser el doble en la classe social baixa en relació amb la classe social alta: un 5,4% dels infants de quatre a catorze anys en famílies de classe social inferior tenen probabilitat de patir un trastorn mental, mentre que aquesta probabilitat és només d'un 2,5% en el cas dels infants de classe social alta. No tenim evidència, però, de quin és l'accés als serveis i la complexitat en l'atenció en funció dels factors socioeconòmics.

Saturació: En 5 anys el creixement de la població atesa als CSMIJ ha estat d'un 28% (13.598 més de nens i nenes atesos). En comparació a fa 3 anys, els centres han d'assumir uns 35 casos més de mitjana. La mitjana de visites per pacient va ser el 2014 de 6,2, pràcticament la mateixa xifra que el 2013, que fou de 6,3. No obstant això, s'observa una disminució mantinguda: l'any 2012 la mitjana fou de 6,4 i l'any 2009 la mitjana era de 7 visites anuals. Hi ha un augment progressiu de nous casos atesos, però una reducció de la mitjana de visites anuals per persona atesa.



3. Com fer els serveis més accessibles?

- Igualar el nivell de recursos en els diferents àmbits d'intervenció (escolar, social i de salut) i els abordatges o tipus d'intervencions que es realitzen en el territori català.
- Incrementar la capacitat d'atenció qualitativament i quantitativa dels serveis específics d'atenció: CDIAP i CSMIJ.
- Incloure al model assistencial una mirada multidisciplinària i multisistèmica, per tal de treballar des del sistema sanitari amb els sistemes familiar, educatiu, social i comunitari.
- Incrementar la capacitat de detecció i derivació dels serveis de proximitat: escoles, centres socioeducatius, atenció primària i, en general, serveis socials bàsics.
- Fer un estudi sobre identificació i incidència de barreres que dificulten l'accés als serveis de salut mental, emfatitzant l'eliminació de barreres per a les famílies amb més vulnerabilitat social per situacions de pobresa o exclusió social i per a la població adolescent, etapa de la vida on les consultes de salut es veuen molt reduïdes.

...

#4

Assegurar una atenció integral i coordinada entre els serveis

...

Per què és un repte?

El model d'atenció a la salut mental es fonamenta en el treball transversal entre els diferents serveis i àmbits on es desenvolupa l'infant i adolescent: escolar, social o comunitari i de salut.

Malgrat que aquest objectiu està molt present en els diferents documents marc de referència, i actualment el desenvolupament del Pla Integral de Salut Mental i Addiccions persegueix avançar en aquest sentit de forma explícita, estem lluny de disposar d'una articulació estructurada del treball entre serveis i àmbits que garanteixin i apostin per aquesta visió d'atenció integral.

La intervenció que es fa des dels serveis habitualment està molt fragmentada: cada servei intervé en un aspecte concret, amb mirades parcials i amb coordinacions sovint poc eficaces en relació amb els objectius d'atenció integral i conjunta del cas.

Hi ha pocs espais i manca de temps estructurat per a la reflexió i coordinació interprofessional, i un coneixement insuficient del conjunt de recursos, del seu funcionament i de la seva distribució territorial. S'evidencia també un dèficit en competències específiques i transversals que genera disfuncions en la comunicació i relació entre els professionals dels diferents àmbits que hi intervenen.

Així doncs, la manca d'una visió integral dificulta la intervenció, molt especialment des dels àmbits que no són especialistes en salut mental, però també des del mateix món sanitari. En general, això es fa palès en una discontinuïtat assistencial i en una resposta dilatada i no sempre adient a les diferents situacions, amb un impacte negatiu en les famílies o persones responsables del menor i en el mateix infant.

Les dificultats de treball conjunt s'evidencien en tots els àmbits: entre el món escolar (EAP) i d'atenció especialitzada (CSMIJ i CDIAP); o per donar una millor resposta des dels recursos socioeducatius (entre CRAE i els dispositius de salut i ensenyament); o entre la xarxa de drogodependències i la de salut mental.

Quines dades hi estan relacionades?

Per aquest informe no s'ha pogut disposar de dades de gestió que permetin conèixer, per exemple, nombre de casos derivats d'un dispositiu a un altre, hores de coordinació de professionals dins dels diferents dispositius o sobre espais existents de treball conjunt.



4. Com garantir el desenvolupament i l'aplicació d'un model d'atenció integral?

- Apostar per la integració funcional, basant-se en els següents aspectes:
 - Plans de treball i objectius compartits
 - Eines i instruments de registre i avaluació compartits
 - Metodologies de treball que garanteixin l'acompanyament i la continuïtat en l'atenció, posant la persona en el centre: desenvolupar el model de gestor de cas
 - Espais estructurats i amb un temps de dedicació específic per al treball conjunt entre serveis que permetin el coneixement mutu i l'intercanvi de coneixements
- Desenvolupar programes formatius compartits entre professionals de tots els àmbits que permetin millorar les competències i promoure l'ús d'un llenguatge comú, des de la comunicació empàtica i una visió integradora dels serveis i abordatges.
- Incorporar en el treball integral l'APS de pediatria i els serveis educatius i socials d'atenció als infants i adolescents: repensar els programes actuals com el de Salut i Escola i el de suport a la primària.
- Garantir el treball conjunt entre els serveis socials bàsic, la xarxa de drogodependència i la de salut mental.
- Millorar la coordinació entre CDIAP i CSMIJ i entre CSMIJ i CSMA per facilitar la transició entre recursos.
- Incorporar i desenvolupar la coordinació amb recursos comunitaris d'educació en el lleure i de suport als infants i adolescents, com casals de joves o esplais; així com espais de criança o AMPA.

#5

Assegurar la participació activa i l'acompanyament de les famílies i dels infants i adolescents

...

Per què és un repte?

Malgrat que la família té un paper molt rellevant en l'enfortiment o la limitació de les capacitats de resiliència del nen/a i adolescent, i un rol clau en el desenvolupament dels factors de protecció, existeixen moltes limitacions per proporcionar el suport i acompanyament que els cal.

De forma general, les famílies manifesten estar molt esgotades i mostren sentiments de soledat i impotència. Manifesten sentir poc suport i reconeixement a la seva tasca com a famílies. Assenyalen no disposar de serveis d'assessorament, informació, orientació i acompanyament adients, ni tampoc

de suport psicològic i emocional. Sovint la recerca de solucions i estratègies depèn no tant del sistema i la seva organització per poder acompanyar les situacions, sinó de la capacitat de la famílies per buscar iniciatives, estratègies i suports en els diferents àmbits.

La participació activa de les famílies i dels infants i adolescents, la seva capacitat i apoderament, esdevé un element cabdal com a element protector i generador de benestar, però estem lluny d'una pràctica generalitzada i estesa que permeti una major implicació, treball conjunt i una relació més horitzontal en aquest sentit.

La participació dels infants i adolescents passa per una escolta activa vers les seves necessitats de desenvolupament. Actualment, hi ha un risc de patologitzar la infància, en part, a causa de la dificultat dels adults (famílies i professionals) per desenvolupar una comunicació empàtica amb l'infant o adolescent. La manca d'aquesta pot comportar una distorsió dels sentiments i necessitats dels menors, fet que fa confondre una reacció al context que estan vivint amb una problemàtica de salut mental. Aquest desconcert pot propiciar una resposta inadequada per part del sistema, que es pot veure pressionat davant les exigències o la necessitat de calmar el malestar que genera en el seu entorn.

Quines dades hi estan relacionades?

L'única dada que hem pogut identificar sobre intervenció amb famílies prové de la Central de Resultats de l'any 2014, que identifica que el 50% dels pacients atesos en els CSMIJ han rebut visites especificades com a tractament familiar. Com indiquen les dades de l'informe, hi ha una variabilitat significativa entre centres, essent que alguns incorporen aquets tipus d'intervenció de manera habitual i en d'altres aquesta modalitat és anecdòtica.



5. Com assegurar una major participació i acompanyament?

- Garantir l'accés a la informació, orientació, capacitat, acompanyament i suport psicològic i emocional a les famílies i als infants i adolescents, desenvolupant un model de treball que incorpori serveis i recursos suficients i adients amb aquesta finalitat, en tots els àmbits d'intervenció.
- Desenvolupar estratègies que promoguin una major participació de les famílies i dels infants i adolescents, fent-los protagonistes i sumant-los de forma activa en el procés de millora.
- Reforçar les associacions en el seu paper de promoció de la participació comunitària i d'acompanyament i suport entre persones que comparteixen una mateixa situació de dificultat relacionada amb la salut mental.
- Elaborar una anàlisi de bones pràctiques sobre la participació de les famílies i infants i adolescents en els diferents dispositius i sistemes en tots nivells de prevenció.

- Definir accions per identificar i acompanyar els menors en risc de sobretractament i les famílies que se senten infravalorades i desateses pel sistema.

#6

Aplicar un model específic en el context escolar que garanteixi els suports adients en salut mental

...

Per què és un repte?

Els centres educatius esdevenen un dels principals contextos de prevenció i promoció de la salut, així com un dels principals sistemes de detecció. Els suports i l'especialització en l'àmbit educatiu són molt rellevants per als infants i adolescents amb trastorns mentals per assolir les seves fites, i el fet que no existeixin o que tinguin una aplicació limitada pot comprometre el seu futur.

Hi ha, però, encara moltes limitacions en el model actual per oferir els suports adients als alumnes amb necessitats derivades d'una problemàtica de salut mental:

- S'evidencia una manca de competències i formació per part del professorat en la gestió d'aquestes situacions
- La funció dels EAP en relació amb el suport i acompanyament del professorat en l'adquisició de metodologies educatives específiques és molt limitada
- El model d'inclusió actual sovint no proporciona els suports i acompanyament adients i de vegades genera situacions de segregació d'alguns alumnes
- S'evidencien majors dificultats a la secundària que a la primària, existint limitacions greus en l'atenció dels 12-16 anys que comporten situacions de gran malestar i de frustració

Quines dades hi estan relacionades?

Actualment hi ha 79 EAP que cobreixen l'atenció a tot Catalunya, amb 521 professionals de la psicologia, pedagogia i psicopedagogia, 110 professionals del treball social i 87 fisioterapeutes.

Segons la UNESCO, la ràtio adequada hauria de ser d'un professional psicopedagog per cada 250 alumnes.

Catalunya, el curs 2014/2015, comptava amb 319.863 alumnes de 6 a 12 anys en centres de titularitat pública. Si ens atenim a aquestes xifres, la ràtio queda en un professional per cada 614 alumnes.



6. Com avançar cap a un model escolar més inclusiu i que proporcioni els suports adients?

- Revisar i avaluar els programes que tenim actualment (USEE, UEC, UME) per tal de valorar-ne la funció actual i l'eficàcia, així com l'extensió de la seva implementació.
- Desenvolupar un nou model educatiu que permeti disposar de suports flexibles i que s'adaptin a les necessitats dels infants i adolescents en salut mental, i que plantegi propostes tant a la primària com a la secundària.
- Formar i acompanyar als professors per tal que puguin desenvolupar la seva tasca dins de l'aula i el centre educatiu.

#7

Garantir els suports adients per a la inclusió i participació comunitària dels infants i adolescents

...

Per què és un repte?

El Pla Europeu de Salut Mental 2020 assenyalava com a fita el desenvolupament de serveis comunitaris de salut mental basats en la recuperació, per tal de garantir els suports adients perquè les persones puguin desenvolupar el seu projecte de vida. En les etapes d'infància i adolescència és especialment rellevant disposar d'aquests suports per tal d'evitar situacions d'exclusió i d'aïllament.

Depenent del context local i dels suports personals i socials, algunes persones o grups socials poden córrer un risc significativament superior de patir una problemàtica de salut mental. Existeix, per tant, una preocupació creixent en els darrers anys per les situacions derivades de contextos socials de major vulnerabilitat personal i/o social en la infància i adolescència, a la qual no hem estat capaços de donar encara les respostes adients.

Els serveis d'intervenció socioeducativa cada cop detecten més infants i adolescents amb problemes de salut mental i emocionals i requereixen de més suports per poder abordar les situacions que se'ls presenten. La dificultat de derivació i/o coordinació amb centres educatius i amb els CSMIJ poden frustrar la resposta integral i immediata. De fet, els serveis socioeducatius podrien derivar els menors amb problemes de salut mental a la Xarxa de Serveis Públics, però la saturació d'aquesta genera greus ineficiències que poden comprometre el desenvolupament del menor.

En general el paper de serveis socials bàsics municipals és limitat en les actuacions de prevenció de la salut mental i de seguiment dels casos derivats, per la pressió assistencial i per la manca de professionals especialitzats.

Es constaten les dificultats per atendre als adolescents de forma integral per la manca d'un model d'atenció i de dispositius intermedis adients que permetin la seva recuperació dins de l'entorn comunitari. En les situacions de major vulnerabilitat i protecció social també existeixen dificultats per donar una resposta adient des dels CRAE, on la incidència de problemàtiques de salut mental és elevada i manquen estratègies per atendre aquestes situacions d'una manera adient.

Quines dades hi estan relacionades?

Són nombrosos els estudis que relacionen les desigualtats socials i la salut. Específicament sobre la relació entre salut mental en la població menor d'edat i condicions socials de vida comptem amb les dades que facilita l'ESCA. De la seva anàlisi es pot concloure que: la probabilitat de patir un trastorn mental és més alta com més baixa és la classe social, i arriba a ser el doble en la classe social baixa en relació amb la classe social alta: un 5,4% dels infants de 4 a 14 anys en famílies d'inferior classe social tenen probabilitat de patir un trastorn mental, mentre que aquesta probabilitat és només d'un 2,5% en el cas dels infants de classe social alta.

Les dades administratives accessibles sobre serveis socials i salut mental són escasses, excepte en el cas dels Centres Residencials. La **població menor d'edat que ha estat separada de la seva família i té mesures de protecció de la DGAIA suma un total de 7.056 l'any 2014⁴¹**. El 38,5% dels menors (2.700) viu en els diferents tipus de centres residencials. Entre aquests, la incidència de problemes de salut mental és molt elevada. L'únic estudi publicat a Espanya mostra que el 27% dels menors entre 6 i 18 anys acollits en residències estan rebent tractament per a problemes de salut mental¹¹⁴. A altres països, els estudis indiquen que aquestes xifres són més elevades (per exemple, a França s'ha calculat que fins un 48% dels menors acollits en centres residencials presenten algun tipus de trastorn mental).

No hem pogut disposar de dades que vinculin l'educació en el lleure i la seva incidència en la salut mental.



7. Com podem millorar l'atenció a la salut mental d'infants i adolescents des de l'àmbit social /comunitari?

- Desenvolupar plans formatius específics per als professionals que treballen en l'àmbit del lleure dels infants i adolescents, per tal de poder reconèixer i entendre els senyals d'aparició de problemes de salut mental i orientar els menors a la recerca d'ajuda. Amb la mateixa d'importància, la capacitat ha de contribuir a garantir que els espais de lleure siguin inclusius.
- Garantir l'existència de serveis de suport social a l'habitatge, a la formació i la inserció prelaboral i laboral per a adolescents.
- Generar serveis d'oci i lleure i espais de trobada i participació comunitària que promoguin vincles solidaris i que garanteixin contextos d'identificació de demandes i necessitats concretes dels adolescents.
- Revisar el model actual d'atenció als infants vinculats al sistema de protecció social per tal de garantir una atenció més ajustada a les necessitats dels infants i adolescents amb problemàtiques de salut mental.
- Desenvolupar programes de seguiment i acompanyament individualitzat per famílies amb infants i adolescents amb problemes de salut mental, que tenen associats factors socials de risc greu.
- Potenciar la figura dels treballadors socials i dels educadors socials com a bàsiques en la detecció i acompanyament a les famílies i els menors.
- Impulsar polítiques d'atenció als determinants i factors socials de risc que tenen una incidència clara en la salut mental de les famílies (com ara la manca de conciliació amb la vida familiar; les situacions d'atur o la qualitat o inestabilitat en l'habitatge, entre d'altres).

Referències bibliogràfiques

1. World Health Organization (1948). World Health Organization. *Constitution of the World Health Organization*. [En línia] http://www.who.int/governance/eb/who_constituton_en.pdf.
2. Lluch, M.T (1999). Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva (Tesis doctoral). Barcelona: Universitat de Barcelona.
3. Keyes, C.L.M. (2005). *Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 73, p. 539-548.
4. World Health Organization (2005). *Promoting Mental Health*. Geneva: Switzerland.
5. World Health Organization Europe (2009). *Mental health, resilience and inequalities*. [En línia] http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/100821/E92227.pdf
6. Centre Forum's Mental Health Commission (2014). *Investing in children's mental health. A review of evidence on the costs and benefits of increased service provision*. [En línia] <http://centreforum.org/live/wp-content/uploads/2015/11/investing-in-childrens-mental-health.pdf>.
7. Department of Health (England) (2015). *Future in mind: Promoting, protecting and improving our children and young people's mental health*. [En línia] https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/414024/Childrens_Mental_Health.pdf.
8. UNICEF (1998). Convenció sobre els Drets de l'Infant. [En línia] https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/recursos/CDN_CAT_2013_CDN.PDF.
9. Llei 14/2010, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, 27 de Maig de 2010).
10. Departament de Benestar Social i Família (2015). *Pla d'atenció integral a la infància i l'adolescència 2015 – 2018*. Barcelona: Taula Nacional de la Infància de Catalunya
11. Villagrasa, C. (2008). *Los derechos de la infancia y de la adolescencia. La participación social de la infancia y la adolescencia, por su incorporación a la ciudadanía activa*. Enrahonar, Vol. 40/41, p. 141-152.
12. Candelas, M.A. (2013). *Infància i control social: desmuntant mites sobre la institució escolar*, Estudios.
13. Fernández, J. (2012). *La participació dels infants i adolescents a Catalunya: una realitat o una ficció?* UNICEF. [En línia] https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/D_OCS-PARTICIPACIO.pdf.
14. Departament de Benestar Social i Família (2013). *Pacte per a la Infància a Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
15. Córdoba, C.I. (2013). *Procesos de resistencia a la participación infantil (Tesis doctoral)*. Un estudio de casos múltiple en el marco del modelo de la promoción de la salud. Colombia: Universidad de Manizales
16. UNICEF (2011). La salud mental del adolescente: Un desafío urgente para la investigación y la inversión. *Estado Mundial de la Infancia*. Nova York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), p. 27-29.
17. Mental Health Commission of Canada (2013). *Why investing in mental health will contribute to Canada's prosperity and to the sustainability of our health care system*. Ottawa: Mental Health Commission of Canada.
18. Children's Health Policy Centre (2009). *The Economics of Children's Mental Health*. Children's Mental Health Research. Quarterly, p. 3-16.

19. Suhrcke, M., Pillas, D. i Selai, C. (2007). *Economic aspects of mental health in children and adolescents*. Social cohesion for mental wellbeing among adolescents. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, p. 43-64.
20. Garicano, L. (15 / Novembre / 2015) La salud mental, una inversión prioritaria. *El País. Economía*. [En línia]
http://economia.elpais.com/economia/2015/11/13/actualidad/1447417723_521436.html.
21. Salut Mental Catalunya (2013). *Memòria 2013. Junts pel benestar de tots*. [En línia]
http://www.salutmental.org/wp-content/uploads/2015/01/memoria_smc_digital.compressed.pdf.
22. World Health Organization (2003). *Investing in Mental Health*. Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health, p. 17.
23. Commonwealth Health Partnerships (2013). *Mental health – towards economic and social inclusion*, Ministers Meeting, p. 8-17.
24. Smith, J.P. i Smith, G.C. (2010). *Long-Term Economic Costs of Psychological Problems During Childhood*. *Social Science & Medicine*, Vol. 71(1), p. 110-115.
25. World Health Organization. (2015). 10 datos sobre salud mental. *Datos y cifras*. [En línia]
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/.
26. Asociación Española de Neuropsiquiatria (2008). *Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes*. [En línia]
http://www.aepcp.net/arc/LaSaludMental_I-I.pdf
27. Unió Catalana d'Hospitals (2008). *Model i Garanties de l'Atenció a la Salut Mental*. [En línia]
[www.uch.cat/.../model i garanties de latenci de la salut mental infantojuvenil.pdf](http://www.uch.cat/.../model_i_garanties_de_latenci_de_la_salut_mental_infantojuvenil.pdf)
28. Fundación Alicia Koplowitz (2015). *Libro blanco de la psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Origen Gráfico.
29. World Health Organization Europe (2009). *Mental health, resilience and inequalities*. [En línia]
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/100821/E92227.pdf
30. World Health Organization (2012). *Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors*. [En línia]
http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf.
31. Wille, N., Bettge, S. i Ravens-Sieberer, U. (2008). *Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study*. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, p. 133-147.
32. Office for National Statistics (United Kingdom) (2004). *Social Trends*. New York: Palgrave Macmillan.
33. Save the Children (2015). *Más solas que nunca. La pobreza infantil en familias monomarentales*. [En línia]
https://www.savethechildren.es/sites/default/files/mce/docs/mas_solas_que_nunca.pdf.
34. Rius, M. (2014). *Els nens adoptats a la xarxa pública de salut mental*. Butlletí Inf@ncia, 80, p. 1-5.
35. Pérez, S., Rojo, N. i Hidalgo, A. (2009). *La salud mental de las personas jóvenes en España*. *Revista de Estudios de Juventud*, 84, p. 5-179.
36. Baumrind, D. (1966). *Effects of authoritative parental control on child behavior*. *Child Development*, Vol. 37(4), p. 887-907.
37. Federació d'Entitats d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència (2014). *L'afectació de salut mental en la població infantil i adolescent en situació de risc a Catalunya*. Barcelona: FEDAIA.
38. Observatori de Vulnerabilitat de la Creu Roja a Catalunya (2014). *L'afectació de la crisi en la salut de les persones*. Barcelona: Creu Roja Catalunya.

39. Mental Health Foundation (2015). Children and young people. [En línia] <https://www.mentalhealth.org.uk/a-to-z/c/children-and-young-people>.
40. Síndic de Greuges (2012). *Informe sobre la pobresa infantil a Catalunya*. Barcelona: Síndic de Greuges de Catalunya.
41. Síndic de Greuges de Catalunya (2014). *Informe sobre els drets de l'infant. 25 anys de la convenció: principals reptes pendents*. Barcelona: Síndic de Greuges de Catalunya.
42. Departament de Salut (2014). *Enquesta de salut de Catalunya. Informe dels principals resultats*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
43. Pla de Salut (2006). *La salut de la població infantil a Catalunya. Enquesta de salut*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
44. Enquesta de Salut de Catalunya (2010, 2011, 2012, 2013, 2014). Informació facilitada pel Servei del Pla de Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
45. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (2014). *Central de Resultats. Àmbit de salut mental i addiccions*. Barcelona: Departament de Salut i Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.
46. Institut d'Estadística de Catalunya (2015). Padró municipal d'habitants. *Població segons edat*. [En línia] <http://www.idescat.cat/>.
47. Departament de Salut (2013). *Informe de l'activitat notificada al registre del conjunt mínim bàsic de dades d'atenció primària (CMBD-AP)*. Divisió d'Anàlisi de la Demanda i l'Activitat. Barcelona: Servei Català de Salut.
48. Observatori de Tendències de Serveis de Salut de Barcelona (2010). Indicadors de tendències de serveis sanitaris. *Cost per pacient tractat amb Antidepressius. Salut mental RSB*. [En línia] <http://www.gencat.cat/salut/botss/html/ca/dir2610/doc11615.html>.
49. Observatori de Tendències de Serveis de Salut de Barcelona (2005). Indicadors de tendències de serveis sanitaris. *Cost per pacient tractat amb Antidepressius. Salut mental RSB*. [En línia] http://www.gencat.cat/salut/botss/html/ca/dir6_176/doc35751.html.
50. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (2012). *Taxa de mortalitat per suïcidis i autolesions*. [En línia] http://observatorisalut.gencat.cat/es/detalls/article/18_IND_Taxa_mortalitat_suicidis_autolesions.
51. World Health Organization (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Geneva: OMS.
52. World Mental Health (2003b). *Social determinants of health. The solid facts*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
53. Patel, V. i Kleinman, A. (2003). *Poverty and common mental disorders in developing countries*. Bulletin of the World Health Organization, Vol. 8, p. 609-615.
54. World Mental Health (2012). *Breaking the vicious cycle between mental ill-health and poverty*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse (WHO).
55. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (2014). *Determinants socials i econòmics de la salut. Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya*. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.
56. Friedli, L. (2009). *Mental health, resilience and inequalities*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
57. Quiroga, V. i Guasch, C. (2014). *L'afectació de salut mental en la població infantil i adolescent en situació de risc a Catalunya*. Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa, p. 135-153.

58. World Mental Organization (2011). *Impact of economic crisis on mental health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
59. Parreño, E. (28 / abril / 2015) Crisi i salut mental: retrat d'una societat ferida. *Crític. Periodisme d'investigació*. [En línia] <http://www.elcritic.cat/investigacio/crisi-i-salut-mental-retrat-duna-societat-ferida-3737>.
60. López, M., et al. (2008). *La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, p. 43-83.
61. Taula d'Entitats del Tercer Sector Social de Catalunya (2013). *Salut Mental. Estratègies de lluita contra l'estigma*. Dossiers del Tercer Sector.
62. Mental Health Foundation (2008). *Fighting Shadows. Self-Stigma and Mental Illness*. Auckland: Mental Health Foundation of New Zealand, p. 150-153.
63. Obertament (2015). Estigma i discriminació. [En línia] <https://obertament.org/ca/salut-mental-i-discriminacio/estigma-i-discriminacio>.
64. Young Minds (2011). *Stigma – A review of the evidence*. London: YoungMinds.
65. Jané-Llopis, E.; Anderson, P. (2006). *Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories*. Luxembourg: European Communities.
66. World Health Organization (2004). *Promoción de la Salud Mental*. Geneva: WHO.
67. Associació Balear de Salut Mental (2005). Plan de acción de salud mental - Helsinki. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*. [En línia] <http://www.aen.es/web/docs/Helsinki05.pdf>.
68. Ministerio de Sanidad (2005). Declaración europea de salud mental. [En línia] http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf.pdf.
69. Universidad de Sevilla (2010). Estilos de vida y Promoción de la Salud: material didáctico. *Del modelo biomédico al modelo biopsicosocial de salud*. [En línia] <http://grupo.us.es/estudiohbsc/images/pdf/formacion/tema1.pdf>.
70. Ledesma, A., et al. (2015). *Model català d'atenció integrada. Cap a una atenció centrada en la persona*. Barcelona: Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i ciutadana.
71. Departament de Salut (2006). *Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya*. Barcelona: Planificació i Avaluació
72. Agència de Salut Pública (2015). *Salut Mental*. Canal Salut. [En línia] http://canalsalut.gencat.cat/ca/home_professionals/temes_de_salut/salut_mental/.
73. Jané-Llopis, E. y Anderson, P. (2005) *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe*. Radboud University Nijmegen : Nijmegen.
74. Consorci Sanitari de Barcelona (2006). La població vulnerable a Barcelona. Barcelona: CSB i ASP.
75. Loizaga, F. (2011) *Parentalitat positiva. Les bases de la construcció de la persona*. Educació Social, 49, p. 71-89.
76. Departament de Salut (2014). *Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. Priorització d'actuacions*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
77. Pastor, J. (2008). *El subdesarrollo de la atención psicológica en la salud mental en España*. Infocop, p. 6-7.
78. FEDAIA, Fundació Pere Tarrés, Càritas (2011). *Propostes per a l'atenció a la pobresa infantil*. [En línia]

http://www.peretarres.org/maills/projectes_socials/pobresa_infantil/or_pobresa_infantil.pdf.

79. Moya, J. i Longan, A. (2011). *Construcció de la xarxa de salut mental de El Prat del Llobregat*. Barcelona : Diputació de Barcelona, 2011.

80. Departament de Salut (2010). *Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

81. Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya (2011). *Disfuncions entre els àmbits de salut i social*. Barcelona: Sant Joan de Déu.

82. Agència Catalana de Notícies. (27 / Abril / 2015) El Govern reforçarà l'atenció a la salut mental a les escoles després del cas del Joan Fuster. *ARA.cat*. [En línia] http://www.ara.cat/societat/Govern-reforcara-del-Joan-Fuster_0_1346865454.html.

83. Rodríguez, M. y Lillo, J.M. (2013). *Sistema de Cuentas de Salud. Principales resultados*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

84. López, B. y Bañares, A. (2014). *La prevención secundaria y terciaria en España*. Madrid: AbbVie

85. Agència Catalana de Notícies. (9 / Octubre / 2015). Entitats de salut mental denuncien que la crisi deixa la meitat de malalts sense accés als recursos socials. *VilaWeb*. [En línia] <http://www.vilaweb.cat/noticies/entitats-de-salut-mental-denuncien-que-la-crixi-deixa-la-meitat-de-malalts-sense-acces-als-recursos-socials/>.

86. Departament de Sanitat i Seguretat Social (2003). *Recomanacions per a l'atenció dels trastorns greus en la infància i l'adolescència*. Barcelona: Quaderns de Salut Mental.

87. Espar, M. (29 / març / 2014). Es diagnostica massa TDAH? *Ara.cat*. Consultat a: http://www.ara.cat/premium/suplements/criatures/diagnostica-massa-TDAH_0_1110488946.html.

88. Anseán, A. (2013). *Psiquiatrización de la vida cotidiana*. Manual de gestión clínica y sanitaria en salud mental, p. 223-242.

89. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (2012). *Informe SESPAS*. Madrid: Servicios integrais de Comunicación.

90. Wong, I.C.K., et al. (2004). *Increased prescribing trends of paediatric psychotropic medications*. 8 *Archives of disease in childhood*, 89, p. 1131-1132.

91. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2015). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

92. Toro, J., Mur, M. i Cantó, T. (2006). *Psychiatric treatments for children and adolescents preferred by spanish psychiatrists*. *European Journal of Psychiatry*, Vol. 20, p, 231-241.

93. Le Noury, J., et al. (2015). *Restoring Study 329: efficacy and harms of paroxetine and imipramine in treatment of major depression in adolescence*. *BMJ*, p. 1-16.

94. Campo, M.A., et al. (2011). *Catàleg d'actuacions no farmacològiques en salut mental a l'atenció primària*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

95. Serrano, A. (2006). *Cost-efectivitat del tractament antidepressiu (Tesi doctoral)*. Barcelona: Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona.

96. Fundació Eulàlia Torras de Beà (2012). *Memòria*. Institut de Psiquiatria i Psicologia. [En línia] <http://www.fetb.org/pdf/memoria-2012.pdf>.

97. Associació Catalana de Professionals de l'Educació en l'Àmbit Hospitalari. *Hospital de dia d'adolescents*. L'educació en l'àmbit hospitalari. [En línia] <http://www.acpeah.org/hospitals-dia-d-adolescents>.

98. Departament de Salut (2010). *Atles integral dels serveis d'atenció a la salut mental de Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

99. Plataforma per a la defensa de l'atenció pública en salut mental a Catalunya (2016). La situació actual en l'àmbit de la salut mental: retallades i model. *Plataforma Salut Mental*. [En línia] <http://www.plataformasalutmental.cat/wp-content/uploads/2016/02/situaci%C3%B3actualenambitsmretalladesimodel.pdf>.
100. Giné, C. (2002). *Atenció precoç a Catalunya: serveis i qualitat*. Barcelona: Departament de Benestar i Família.
101. Centre d'Higiene Mental Les Corts (2012). *Manual de salut mental per a professionals de l'àmbit educatiu*. Barcelona: Programa "Espai Jove".
102. Associació Catalana de Psicopedagogia i Orientació (2011). *Els equips d'assessorament i orientació psicopedagògica*. Barcelona: ACPEAP.
103. Departament d'Ensenyament (2013). *Les altes capacitats: detecció i actuació en l'àmbit educatiu*. Barcelona : Servei de Comunicació i Publicacions.
104. Xarxa Telemàtica Educativa de Catalunya. *Equips d'assessorament i orientació psicopedagògica*. Serveis educatius. [En línia] <http://xtec.gencat.cat/ca/serveis/sez/eap/>.
105. Vélaz-de-Medrano, C., Manzano, N. i Blanco, A. (2011). *Los procesos de cambio de las políticas públicas sobre orientación y apoyo a la escuela*. Madrid: Ministerio de Educación.
106. American School Counselor Association (2012) *The School Counselor and Comprehensive School Counseling Programs*. Virginia: ASCA.
107. Programa Salut i Escola (2010). *Del Programa Salut i Escola (PSiE) al Pla Salut, Escola i Comunitat (PSEC)*. Barcelona: Departament de Salut i Departament d'Educació.
108. Ariza, C. y Continente, X. (2014). *Avaluació del programa Salut i Escola. Curs escolar 2013-2014*. Barcelona: Consorci Sanitari de Barcelona i Parc Sanitari Pere Virgili.
109. Aymerich, R., Lloró, J.M. i Roca, E. (2011). *Junts a l'aula? Present i futur del model d'educació comprensiva a Catalunya*. Barcelona: Fundació Jaume Bofill.
110. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. *Infants amb trastorns en el desenvolupament. Atenció precoç. Dades i estadístiques*. [En línia] http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/infancia_iadolescencia/infants_amb_trastorns_en_el_desenvolupament_o_amb_risc_de_patirlos/atencio_precoc/dades_iestadistiques/
111. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (2016). Informe sobre la Xarxa d'atenció precoç. (document no publicat).
112. Secretaria d'Inclusió Social i de Promoció de l'Autonomia Personal (2015). *Programació territorial dels serveis socials especialitzats 2013-2018*. Barcelona: Departament de Benestar Social i Família.
113. Institut d'Estadística de Catalunya (2014). *Atenció a la infància i l'adolescència. Centres i places. Per tipus. Comarques, àmbits i províncies. Serveis socials i protecció social*. [En línia] <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=852>.
114. Sainero, A., del Valle, J. i Bravo, A. (2015) *Detección de problemas de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: niños y adolescentes en acogimiento residencial*. *Anales de psicología*, Vol. 31, p. 472-480.
115. World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: WHO.
116. Ries, K., Nakamura, E., & Kessler, R. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues clinical neuroscience*, 11(1), 7-20.
117. Navarro, E., Meléndez, J.C., Sales, A., i Sancerni, M.D. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*, 24 (3), 377-383.

118. Departament de Salut (2008). *Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
119. Moya, J. (2012). *Elements bàsics de salut mental per a professionals de l'àmbit social*. Col·lecció Eines, 12. Barcelona: Departament de Benestar Social i Família. Generalitat de Catalunya.
120. Canal Salut. *Drogues*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. [En línia]
http://drogues.gencat.cat/ca/ciutadania/sobre_les_drogues/
121. Smith J.P. i Smith G.C. (2012). Long-term economic costs of psychological problems during childhood. *Social science & Medicine*, Vol. 71(1), p. 110-115.
122. Rajmil, L., Medina, A., Fernández, M.J., Mompart, A. (2013). Impact of the economic crisis on children's health in Catalonia. *BMJ Open*, Vol. 3(8).
123. Parlament de Catalunya (2015). *Declaració del Parlament de Catalunya sobre el garantiment i l'estabilitat de l'atenció integral a les persones amb trastorns mentals i addiccions*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. [En línia]
http://www.parlament.cat/web/activitat-parlamentaria/declaracions-institucionals/index.html?p_id=170483050
124. Departament de Salut (2010). *Els serveis per a la salut: mirant cap al futur. Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública*. Barcelona: Generalitat de Catalunya [En línia]
http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/amb_its_tematics/linies_dactuacio/model_assistencial/mapa_sanitari_sociosanitari_i_salut_publica/que_es_documents/ssalut_futur.pdf
125. Departament d'Ensenyament (2015). *De l'escola inclusiva al sistema inclusiu. Una escola per a tothom, un projecte per a cadascú*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
126. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Salud mental y calidad de vida en la población infantil. *Serie Informes monográficos nº 2*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
127. Rajmil L., Medina-Bustos A., Fernández de Sanmamed M.J., et al. (2013). Impact of the economic crisis on children's health in Catalonia: a before-after approach, *BMJ Open*, 3.
128. Barriuso-Lapresa, L., Hernando-Arizaleta, L., i Rajmil, L. (2006). Valores de referencia de la versión para padres del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) en población española, *Actas españolas de psiquiatría*, Vol. 42(2):43-8.
129. Barriuso-Lapresa, L., Hernando-Arizaleta, L., i Rajmil, L. (2012). Social Inequalities in Mental Health and Health-Related Quality of Life in Children in Spain, *Pediatrics*, Vol. 130, p. 528-535.
130. Mayoral, J. (2015). Comentarís a la nova regulació dels centres de protecció específics de menors d'edat amb problemes de conducta que estableix la Llei orgànica 8/2015, de 22 de juliol, de modificació del Sistema de protecció a la infància i l'adolescència, *Butlletí d'informació*, 89. Barcelona: DGAIA, Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.
131. *Llei orgànica 8/2015, de 22 de juliol, de modificació del Sistema de protecció a la infància i a l'adolescència* (Boletín Oficial del Estado, 23 de juliol de 2015).