



LA SALUT MENTAL DE LA INFÀNCIA I L'ADOLESCÈNCIA A CATALUNYA: **situació actual, mancances i propostes**

Observatori dels drets de la Infància

Grup de treball sobre salut mental, Juny 2022



Generalitat
de Catalunya
**Departament
de Drets Socials**



**Observatori
dels drets
de la Infància**



SALUT MENTAL

MEMBRE	ORGANISME
Coordinador: Roger Ballescà	Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya
Alexis Benedí	Servei inclusiu. Departament d'Educació de la Generalitat de Catalunya
Antoni Martínez Roig	Societat Catalana de Pediatria
Carlos Villagrasa	Facultat de Dret. Universitat de Barcelona
Eva Galobardes	Col·legi de Terapeutes Ocupacionals
Federica Guarino	Societat Catalana de Pediatria
Gemma Garcia	Unió Catalana Centres Atenció Precoç
Israel Belchi	DINCAT
Javier Chavanel Pastor	Fapaes Catalunya
Javier González	DG d'Execució Penal a la Comunitat i Justícia Juvenil
Laia Planagumà	FEDAIA
Marga Ribas	Fapaes Catalunya
Maria Isabel Fernández	Servei inclusiu. Departament d'Educació de la Generalitat de Catalunya
Neus Calaf	Col·legis de Logopedes de Catalunya
Rafael Ruiz de Gauna	PINCAT
Roger Cusco Segarra	Direcció General de Serveis Socials. Departament de Drets Socials. Generalitat de Catalunya
Rosario Jiménez	Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària
Roser Cervera	DG de l'Alumnat. Departament d'Educació. Generalitat de Catalunya
Susana Egea	Col·legi de Terapeutes Ocupacionals

Generalitat de Catalunya
Departament de Drets Socials

**La salut mental de la infància i l'adolescència a Catalunya:
situació actual, mancances i propostes.**

Observatori dels drets de la Infància
Edició: juny 2022

ÍNDEX

1. INTRODUCCIÓ:

problemàtiques principals que estan afectant actualment la salut mental.....4
de la infància i l'adolescència a Catalunya

2. MANCANCES I DISFUNCIONS:

factors o situacions principals que donen lloc o que poden donar.....8
lloc a les problemàtiques de salut mental i/o addiccions apuntades
a l'apartat anterior, o bé que en dificulten l'abordatge

2.1. Eix sanitari.....8

2.2. Eix socioeconòmic.....14

2.3. Eix educatiu.....15

2.4. Eix familiar.....17

3. PROPOSTES:

eines o mesures que caldria impulsar per abordar els factors o les situacions anteriors.....19

3.1. Eix sanitari.....19

3.2. Eix socioeconòmic.....23

3.3. Eix educatiu.....25

1. INTRODUCCIÓ:

problemàtiques principals que estan afectant actualment la salut mental de la infància i l'adolescència a Catalunya.

Les dades epidemiològiques sobre salut mental infantil i juvenil són escasses i sovint inespecífiques, ja que en moltes ocasions s'extrapolen resultats d'investigacions fetes en la població adulta.

Tanmateix, als països d'entorns socioeconòmics i culturals propers al nostre, cada vegada el trastorn mental es reconeix més com una problemàtica de salut més important entre la infància i l'adolescència i els resultats dels estudis disponibles coincideixen en el fet que la prevalença dels trastorns mentals és, aproximadament, d'entre un 10% i un 20% en la població infantil i adolescent.

Així, tot i que les estimacions varien, les investigacions afirmen en general que el percentatge de la infància amb una problemàtica de salut mental en un any determinat pot arribar a ser d'un 20%, dels quals entre el 4% i el 6% serien trastorns mentals greus.¹

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) informa que la meitat dels trastorns mentals apareixen per primera vegada abans dels 14 anys i un 75% comencen abans dels 18 anys. 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 anys.

Un informe recent d'UNICEF sobre la salut mental de la infància conclou que més del 13% dels i les adolescents de 10 a 19 anys pateixen un trastorn mental diagnosticat.²

Segons l'Enquesta de salut de Catalunya 2020,³ el 10,6% de la població de 4 a 14 anys té probabilitat de patir un problema de salut mental (taula 1), sense diferències significatives segons el sexe (taula 2).

La probabilitat de patir un problema de salut mental en aquesta població mostra una tendència creixent des del període 2014-2015, que es fa més evident en el període 2018-2019 i s'accentua en el període 2019-2020, on s'observen diferències significatives estadísticament respecte del període anterior (taula 1).

TAULA 1

Probabilitat de patir un problema de salut mental (dels 4 als 14 anys)

Any	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Percentatge	4,2%	7,7%	5,1%	6%	7,5%	10,6%

Font: Enquesta de salut de Catalunya 2020.

¹ FUNDACIÓ PERE TARRÉS; FEDERACIÓ SALUT MENTAL CATALUNYA. *Atenció a la salut mental infantil i adolescent a Catalunya, 2016*. Disponible a: www.salutmental.org/wp-content/uploads/2017/01/Informe-Salut-Mental-Infantil-i-Juvenil.pdf.

² www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/SOWC2021_ExecSum_SP_PRINT.pdf.

³ salutweb.gencat.cat/web/content/_departament/estadistiques-sanitaries/enquestes/Enquesta-de-salut-de-Catalunya/Resultats-de-lenquesta-de-salut-de-Catalunya/documents/2020/resum-executiu-ESCA-2020.pdf.

TAULA 2

Problemes de salut mental. Població de 4 a 14 anys (escala SDQ)

	TOTAL	NENS	NENES
Normal	80,5	79,4	81,6
Possible	8,9	10,4	7,4
Probable	10,6	10,2	11,0

Font: Enquesta de salut de Catalunya 2020.

Segons la mateixa enquesta, la infància de la classe social menys afavorida (13,5%) tenen un risc més alt de patir un problema de salut mental i/o addiccions que la infància de la classe social més afavorida (6%). L'impacte dels factors socioeconòmics en la salut mental és molt rellevant: és conegut l'augment de la problemàtica de salut mental i/o addiccions en poblacions socioeconòmicament desfavorides, amb situacions de vulnerabilitat social i precarietat econòmica, i la població infantil i juvenil no n'és una excepció.

D'altra banda, un estudi recent⁴ amb una mostra composta bàsicament per alumnes catalans estima una incidència dels trastorns del neurodesenvolupament (que inclouen els d'aprenentatge) d'un 18%; és a dir, gairebé 1 de cada 5 alumnes.

El mateix estudi destaca l'elevadíssima taxa d'infradiagnòstic, amb les seves repercussions en termes de salut mental i salut global del trastorn no diagnosticat, i les conseqüències a tots els nivells (fracàs escolar i social, addicció a substàncies, somatitzacions, etc.).

Un total de 1.249 subjectes (18,3%) complien els criteris relacionats amb, almenys, un trastorn del neurodesenvolupament, tot i que només 423 ja n'havien rebut un diagnòstic. En concret, es van trobar les taxes de prevalença següents: discapacitat intel·lectual, el 0,63%; trastorns de la comunicació, l'1,05%; trastorn de l'espectre autista (TEA), el 0,70%; trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH), el 9,92%; trastorn específic de l'aprenentatge, el 10%, i trastorns motors, el 0,76%. Els estudiants d'origen estranger i amb un estatus socioeconòmic baix van evidenciar més probabilitats de tenir discapacitat intel·lectual. Els nens eren més propensos a mostrar un TEA o un trastorn motor. L'edat, l'estatus socioeconòmic i l'ètnia eren predictors significatius de trastorns específics de l'aprenentatge; mentre que els trastorns de la comunicació i el TDAH també estaven associats al gènere.

La prevalença dels trastorns del neurodesenvolupament entre els estudiants espanyols és coherent amb els estudis internacionals. No obstant això, mai no se n'havia diagnosticat una proporció tan important, cosa que emfatitza la necessitat de dur a terme programes de detecció i intervenció precoç.

Tanmateix, en l'actualitat a Catalunya disposem de més dades administratives que no pas epidemiològiques.

Segons les dades de la Central de Resultats de l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya de l'any 2017 –les més recents disponibles–, els serveis d'atenció ambulatoria infantil i juvenil disposen de 58 centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ), que durant l'any 2017 van atendre 66.501 persones. La mitjana de visites anuals per pacient va ser de 6,3 (6,2 en nenes i 6,4 en nens), i s'ha mantingut estable en els darrers anys.

⁴ Bosch, R. et al. «Neurodevelopmental disorders among Spanish school-age children: prevalence and sociodemographic correlates». A: *Psychological Medicine*, 2021. Disponible a: www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/neurodevelopmental-disorders-among-spanish-schoolage-children-prevalence-and-sociodemographic-correlates/94B6354DC160E09F62385EAD7E4D008A.

⁵ observatorisalut.gencat.cat/web/contenut/minisite/observatorisalut/osscc_central_resultats/informes/fitxers_estatics/Central_resultats_salut_mental_dades_2017.pdf.

Segons les dades de la Central de Resultats de l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya de l'any 2017 –les més recents disponibles–, els serveis d'atenció ambulatoria infantil i juvenil disposen de 58 centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ), que durant l'any 2017 van atendre 66.501 persones. La mitjana de visites anuals per pacient va ser de 6,3 (6,2 en nenes i 6,4 en nens), i s'ha mantingut estable en els darrers anys.

6 de cada 10 persones ateses als CSMIJ van ser infants (63,6%) i 1 de cada 11 persones tenia un nivell socioeconòmic molt baix (9%).

En relació amb el perfil clínic, el 22,2% dels casos corresponien a pacients crònics de salut mental i el 5,3%, a pacients crònics complexos. Els trastorns d'adaptació, seguits del trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH), van ser els diagnòstics més habituals entre les nenes, amb una presència del 25,8% i el 18,2% dels casos, respectivament. Entre els nens, el diagnòstic més freqüent va ser el TDAH, present en el 32,3% dels casos, seguit del trastorn de l'espectre autista (TEA), en un 16,5%.

Els diagnòstics que més creixement van registrar en els darrers dos anys van ser el TEA (var. 24,5%) i els trastorns de la conducta (var. 12%).

El 9% dels infants i adolescents atesos en un CSMIJ presentaven un nivell socioeconòmic molt baix.

Algunes dades més recents⁶ (2018-2020) mostren una distribució similar de les problemàtiques de salut mental amb més prevalença i una capacitat de resposta del sistema de salut similar (taula 3).

TAULA 3

Any	Casos atesos	Visites totals	TMG	TDAH	Trastorn conducta	TCA	TEA	Trastorn ansietat	Trastorn adaptació
2018	68.074	460.407	11.151	18.628	5.909	1.769	9.844	7.333	11.708
2019	68.365	490.449	12.539	19.535	6.278	1.856	11.631	7.505	11.391
2020	68.370	540.176	12.646	17.830	5.898	2.104	11.938	7.377	10.243

Font: Departament de Salut.

Les dades indiquen que els centres de salut mental infantil i juvenil atenen un 4,9% de la població infantil i juvenil. Si comparem aquesta dada amb les dades de prevalença dels trastorns mentals consignades anteriorment, entre el 10% i el 20% per a la mateixa població, hem de concloure que el sistema sanitari públic no està atenent bona part dels infants i adolescents amb problemes de salut mental.

Pel que fa a la petita infància, a Catalunya la gran majoria de consultes en aquestes edats s'ubiquen al Servei d'Atenció Precoç a través del dispositiu públic, el Centre de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç (CDIAP).

Aquesta xarxa no utilitza el concepte de trastorn mental com a constructe, ja que considera la petita i primera infància com un temps de construcció de la relació amb els altres i de maduració del sistema nerviós central. En canvi, fa servir el concepte de trastorn en el desenvolupament.

Aquest concepte és específic d'aquesta franja d'edat i la infància que presenta un trastorn en el desenvolupament poden tenir un alt risc, sobretot si no s'atenen adequadament en el moment precís, de convertir-se més endavant en l'avantguarda d'un trastorn lligat a la salut mental i/o a les addiccions.

⁶ Dades del Servei Català de la Salut, CMBD-SMA. Disponibles a: www.sindic.cat/site/unitFiles/8326/Informe%20Infancia%202021_def.pdf.

Les principals dificultats o problemes en el desenvolupament que són motiu de consulta en aquestes franges d'edat són:⁷

- 1. Les dificultats en l'adquisició del llenguatge,**
amb un 36%, sobretot entre els 25 i els 48 mesos d'edat.
- 2. Els retards en les adquisicions motrius,**
amb un 18%, bàsicament entre els 0 i els 18 mesos de vida.
- 3. Les dificultats al voltant de l'atenció i la conducta,**
amb un 13%, també entre els 25 i els 48 mesos d'edat.
- 4. Les situacions de risc biològic,**
amb un 12%, durant el primer any de vida.

Una vegada dut a terme el procés diagnòstic, aquests motius passen a considerar-se trastorns en el desenvolupament, distribuïts de la manera següent:

- 1. Trastorns en el desenvolupament del llenguatge i la parla: 26%.**
- 2. Trastorns en el desenvolupament motor: 15%.**
- 3. Trastorns de la relació i la comunicació: 14%.**
- 4. Trastorns de la regulació i del comportament: 11%.**

Segons les dades comparatives dels anys 2020 i 2021, es detecta un augment de la prevalença dels trastorns de regulació i del comportament, que han incrementat d'un 8,4% a un 11%, i dels trastorns emocionals i relacionals, del 6,5% al 7%.

Finalment, cal fer referència a l'augment dramàtic dels problemes de salut mental i/o addiccions vinculats especialment al context epidemiològic de la COVID-19, que s'ha abordat específicament en un informe del Grup de Treball sobre l'Afectació de la COVID-19 en la Infància de l'Observatori dels Drets dels Infants.⁸ No obstant això, val la pena esmentar en aquest document que el fort increment d'aquestes problemàtiques i el consegüent augment de la demanda als dispositius d'atenció a la salut mental, d'entre un 20 i un 30%, ha desbordat completament la capacitat de resposta d'un sistema ja molt tensat abans de l'epidèmia. Els diferents dispositius s'han vist obligats a disminuir la freqüència de visites per poder atendre un nombre més alt de persones i a prioritzar l'atenció de la casuística més greu, en detriment d'altres problemàtiques menys urgents que, amb tot, és previsible que generin un impacte en moments posteriors, tenint en compte que molts dels problemes no atesos precoçment tendeixen a empitjorar i cronificar-se.

⁷ DEPARTAMENT DE TREBALL, AFERS SOCIAL I FAMÍLIES. GENERALITAT CATALUNYA. *Memòria 2020 d'actuacions als CDIAP Catalunya, maig 2021*. UNIÓ CATALANA DE CENTRES ATENCIÓ PRECOÇ (UCCAP). *Informe d'anàlisi situació: l'atenció precoç 2020-21, gener 2022*.

⁸ Informe que recull bones pràctiques, propostes de noves i els principals aspectes que s'han de millorar en relació amb l'atenció social, mediàtica i econòmica envers la infància i l'adolescència durant la COVID-19 i en cas d'una nova situació de confinament. Grup de Treball de la COVID-19, setembre de 2020.

2. MANCANCES I DISFUNCIONS:

factors o situacions principals que donen lloc o que poden donar lloc a les problemàtiques de salut mental apuntades a l'apartat anterior, o bé que en dificulten l'abordatge.

2.1. Eix sanitari

1. Els diferents dispositius que atenen les problemàtiques de salut mental en la infància i l'adolescència es troben desbordats per la demanda, des de fa anys i en tots els nivells assistencials (CDIAP, CSMIJ, HDIJ, UCA, URPI, etc.).

La saturació dels centres redueix substancialment la freqüència assistencial, que és molt baixa. L'augment del nombre d'infants que cal atendre fa disminuir la capacitat dels serveis per garantir la periodicitat d'intervenció necessària de cada cas particular i sovint les intervencions acaben estant per sota del llindar terapèutic.

Als centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ) la mitjana de visites anuals per pacient és de 7,9,⁹ el que representa una visita cada mes i mig. A l'atenció precoç, l'increment de la demanda ha reduït la freqüència assistencial en els darrers anys de manera significativa, i ha passat d'una mitjana d'1 hora setmanal el 2005 a Catalunya a 0,65 hores a la setmana el 2021.¹⁰ Es considera adient que la mitjana de sessions que ha d'oferir la xarxa dels CDIAP se situï en una freqüència assistencial d'entre 1 h i 1,2 h setmanals.

Durant el procés assistencial no es pot garantir la fluïdesa en l'atenció a causa de la manca de recursos, la qual cosa augmenta els períodes d'espera, ja sigui per a la primera visita, per completar el procés diagnòstic, per iniciar el tractament indicat o per a les visites successives.

La pressió assistencial condiona, en la majoria dels dispositius, el temps d'estada al centre i obliga a aplicar criteris de prioritització i a avançar la finalització de l'atenció.¹¹

Per tant, l'atenció acaba centrant-se més en l'emergència que en la prevenció, sovint esdevé tardana i amb menys intensitat de la necessària, cosa que disminueix la capacitat terapèutica.

La pressió assistencial excessiva repercuteix no només en els usuaris i les seves famílies, sinó també en els professionals, els equips i la xarxa, i genera malestar, desmotivació i esgotament professional (*burnout*).

⁹ Dades del Servei Català de la Salut, CMBD-SMA. Disponibles a: www.sindic.cat/site/unitFiles/8326/Informe%20Infancia%202021_def.pdf.

¹⁰ UNIÓ CATALANA DE CENTRES D'ATENCIÓ PRECOÇ (UCCAP). *Informe d'anàlisi de situació: l'atenció precoç 2020-21, gener 2022*

¹¹ La majoria dels CDIAP han d'avançar l'alta o la derivació del cas molt abans dels 6 anys. En ocasions, no atenen infants a partir dels 3 anys.

Finalment, la impossibilitat d'oferir recursos psicoterapèutics o psicosocials basats en la paraula, la relació i la comunitat fa que es tendeixi a fer un abordatge psicofarmacològic excessiu del malestar, cosa que contribueix a situar el nostre país en els primers llocs en consum de psicofàrmacs al món.

2. Bona part dels nens, nenes i adolescents (NNA) que necessiten atenció en salut mental i/o addiccions queden fora del sistema d'atenció públic.

Als CDIAP, l'any 2020 es van atendre 40.025 infants, aproximadament un 10% de la població entre els 0 i els 6 anys. Els estudis epidemiològics indiquen que les dificultats i problemàtiques en aquesta etapa del desenvolupament estarien molt per sobre d'aquest nombre, i fins i tot es podria arribar al voltant d'un 20%.

Els CSMIJ atenen aproximadament un 5% de la població infantil i juvenil;¹² mentre que la major part d'estudis epidemiològics indiquen que les problemàtiques de salut mental afecten entre el 10% i el 20% d'aquesta població.

Aquestes dades impliquen que estem molt lluny d'atendre tots els NNA que tenen un problema de salut mental, d'addiccions o de desenvolupament. Així, hem de concloure que bona part d'aquest col·lectiu o bé no està rebent atenció o bé rep atenció privada, amb l'esforç econòmic i la desigualtat social que això comporta.

3. Manca de professionals en salut mental a la sanitat pública.

Les ràtios de psicòlogues clíniques, psiquiatres i infermeres especialistes en salut mental a l'Estat espanyol estan molt per sota de les de la Unió Europea. Es calcula que hi ha entre 5 i 6 psicòlegs clínics¹³ i uns 10 psiquiatres¹⁴ per cada 100.000 habitants; mentre que la mitjana de la Unió Europea, en tots dos casos, era de més de 18 professionals per cada 100.000 habitants el 2010. A Catalunya, tot i que la ràtio és significativament superior –al voltant de 9 psicòlegs clínics per 100.000 habitants–, encara no arriba a la meitat de la mitjana europea de fa més d'una dècada.

La manca d'aquests/es professionals dificulta o, en molts casos, impedeix no només l'ampliació d'equips i de dispositius, sinó també la substitució de professionals que estan de baixa per diversos motius o la cobertura de professionals que han acabat la seva vida laboral.

En el cas de la psicologia clínica i la psiquiatria, ni tan sols està garantit que es puguin cobrir les jubilacions de professionals, amb el consegüent risc de pèrdua de massa professional.

La psicologia clínica, en el seu conjunt, ha perdut gairebé el 35% de professionals des de la creació de l'especialitat l'any 1998 fins a l'actualitat, i es preveu que la pèrdua continuï augmentant, llevat que el nombre de places de formació sanitària especialitzada incrementi dràsticament.

A més, no és possible contractar psicòlegs clínics estrangers, com es fa amb altres especialitats, per cobrir la manca de professionals nacionals, ja que en el cas de la psicologia clínica l'absència de programes de formació especialitzada en la majoria de països estrangers dificulta molt l'homologació del títol.

¹² Dades del Servei Català de la Salut. CMBD-SMA. Disponibles a: www.sindic.cat/site/unitFiles/8326/Informe%20Infancia%202021_def.pdf.

¹³ Estudi *European Profile of Prevention and Promotion of Mental Health (2013)*. Disponible a: ec.europa.eu/health/system/files/2016-11/europopp_full_en_0.pdf. Dades del Defensor del Pueblo, 2018. Disponibles a: www.defensordelpueblo.es/resoluciones/estudio-de-necesidades-e-incremento-de-la-atencion-psicologica-en-el-sistema-nacional-de-salud/.

¹⁴ Dades de l'Eurostat 2019. Disponibles a: appsso.eurostat.ec.europa.eu/hui/submitViewTableAction.do.

¹⁵ BALLESCÀ, R. *La psicología clínica en España. ¿Una profesión menguante? Estudio demográfico y prospectivo de la especialidad en psicología clínica, 2019*. Disponible a: www.infocoponline.es/pdf/PSICOLOGIA-CLINICA-ESPA%C3%91A.pdf.

4. Places de Psicologia Clínica que no es poden cobrir per manca de professionals especialistes.

S'han detectat dificultats en múltiples proveïdors de serveis sanitaris per poder contractar especialistes en psicologia clínica. Moltes d'aquestes places, que es compten per desenes, no es poden cobrir i, per tant, no es pot donar el servei corresponent a la ciutadania.

5. Manca d'especialitats sanitàries reconegudes oficialment.

Hi ha una mancança d'especialitats sanitàries de l'àmbit de la infància i l'adolescència. Cal fer constar que l'abordatge de la salut mental infantil i juvenil requereix coneixements, habilitats i procediments específics, l'adquisició dels quals no queda prou garantida en els programes actuals de formació sanitària especialitzada, corresponents fonamentalment a les especialitats de psiquiatria i psicologia clínica.

La recent creació de l'especialitat en Psiquiatria de la Infància i l'Adolescència, aprovada pel Govern central l'any 2021, tot i suposar un moviment en la direcció adequada, pateix un retard important en la seva posada en marxa efectiva i, alhora, no està acompanyada de la dotació pressupostària necessària que garanteix un nombre de places suficients.

En l'àmbit de la psicologia, únicament hi ha una especialitat, la Psicologia Clínica. Això no s'ajusta ni a la complexitat del psiquisme humà ni a les necessitats assistencials de la població infantil i juvenil, ni a l'alt desenvolupament i nivell d'especialització que, amb els anys, ha adquirit la psicologia com a professió.

En particular, les especialitats d'aprovació més urgent en aquest àmbit són:

- L'especialitat en Psicologia Clínica Infantil i de l'Adolescència.
- L'especialitat en Neuropsicologia Clínica.

Així mateix, cal fer constar la manca d'una especialitat oficial en Neuropediatria.

6. Manca de reconeixement dels professionals de la psicologia en atenció precoç com un disciplina de la Psicologia Clínica.

Bona part dels professionals de la psicologia que en l'àmbit de l'atenció precoç exerceixen tasques de diagnòstic i tractament psicològic, pròpies de la Psicologia Clínica, no van poder obtenir el reconeixement de l'especialitat a través de les vies transitòries previstes en el Reial decret que creava l'especialitat. En molts casos això es va deure al fet que els CDIAP oficialment no formen part del Sistema Nacional de Salut, malgrat que, a la pràctica, bona part de l'activitat que es duu a terme és clarament sanitària.

Això fa témer que aquest col·lectiu tingui dificultats per accedir a una homologació d'una eventual especialitat en Psicologia Clínica de la Infància i l'Adolescència i dificultaria, també, que els residents d'aquesta nova especialitat poguessin fer rotacions als CDIAP per poder treballar els aspectes relatius a la psicologia perinatal i de la primera infància.

7. Manca de perfils professionals en els equips i dispositius d'atenció a la salut mental

Els equips assistencials en salut mental també tenen mancances en els perfils professionals que els conformen, cosa que impossibilita un veritable abordatge multidisciplinari coordinat.

En particular, s'observa la manca dels perfils professionals següents:



Logopèdia

Tant als equips de salut mental, als CSMIJ com a l'atenció primària (AP). El logopeda té un paper valuós a l'hora d'avaluar, diagnosticar i tractar les dificultats de comunicació i deglució en infants i adolescents amb trastorns mentals. Les dificultats de comunicació i deglució en aquests casos es poden deure al diagnòstic de salut mental, a un trastorn del llenguatge o de la comunicació preexistent, a comorbiditats o a factors associats al trastorn mental, com la institucionalització o els efectes iatrogènics dels medicaments.

Actualment, encara no hi ha logopedes als CSMIJ i la seva presència a l'AP és anecdòtica. Això fa que les persones amb trastorns mentals i dificultats de comunicació i deglució no rebin l'atenció que necessiten.

Així mateix, hi ha una manca d'atenció als trastorns del llenguatge dins de la salut mental, ja que el dèficit comunicatiu, juntament amb les dificultats per a les relacions socials, no només afecten la infància, sinó que també alteren la vida familiar i social dels cuidadors de persones amb trastorns del llenguatge.

Es necessita, per tant, que en el traspàs dels nens amb trastorns del llenguatge del CDIAP al CSMIJ no es perdi l'atenció logopèdica.



Teràpia ocupacional

Especialment als CSMIJ i CDIAP i en l'àmbit escolar.

El terapeuta ocupacional ajuda les persones a retrobar interessos i motivacions, i a recuperar els seus rols i hàbits. S'encarrega d'adaptar o facilitar l'entorn per millorar l'autonomia dels joves i adolescents en el seu dia a dia. Per tant, el terapeuta ocupacional ajuda la persona a replantejar el seu projecte de vida.

La manca d'hàbits, de rutines i d'oci i la inactivitat física fan que es vegi afectada la salut mental de les persones i, durant l'epidèmia de la COVID-19, aquest fet s'ha agreujat encara més. Un augment de l'ús de les pantalles, la falta d'activitat i la manca d'hàbits i rutines fan que la població infantojuvenil tingui un risc elevat de patir un desequilibri ocupacional i d'aïllament. Per això és necessari tenir als recursos del CSMIJ, per exemple, aquesta figura, per detectar aquest risc i començar a treballar conjuntament amb la família.

D'altra banda, la figura del terapeuta ocupacional és necessària en l'àmbit escolar per valorar i adaptar les tasques als nens i nenes amb necessitats educatives especials (NEE) o amb alguna problemàtica de salut mental, així com per facilitar i modificar entorns que proporcionin l'autonomia de la infància dins de l'aula.¹⁶

Alhora, el terapeuta ocupacional és l'únic professional sanitari especialitzat en integració sensorial, cosa especialment rellevant pel que fa a l'alumnat amb problemes del neurodesenvolupament com TEA i TDAH, així com a l'alumnat amb NEE. Els desordres en el processament sensorial n'afecten la conducta i la funcionalitat al seu dia a dia. Per tant, és necessari detectar i abordar tots aquests problemes començant per les escoles –aula i pati– i poder assessorar el professorat i la família sobre quin és el perfil sensorial de la nena o el nen i què és el que necessita per assolir un nivell òptim d'aprenentatge, relacions socials i benestar.

¹⁶ SPEECH PATHOLOGY ASSOCIATION OF AUSTRALIA, 2018.

¹⁷ SEGUÍ, ORTIZ-TALLO I DE DIEGO, 2008.

¹⁸ COL·LEGI DE TERAPEUTES OCUPACIONALS DE CATALUNYA (COTOC). *Teràpia ocupacional i ensenyament, 2017*. Disponible a: txellgimeno.com/wp-content/uploads/2018/06/document-cotoc.pdf.

La figura del terapeuta ocupacional també en l'atenció precoç pot contribuir a enfortir el funcionament de l'equip professional especialitzat en desenvolupament infantil a l'hora d'abordar tots aquests problemes del processament sensorial (conducta, problemes d'alimentació, etc.).



Neuropsicologia clínica

La neuropsicologia és una branca de la psicologia que estudia les relacions entre el cervell i la conducta. En el seu àmbit aplicat, s'encarrega d'avaluar i rehabilitar les funcions cerebrals superiors (memòria, atenció, llenguatge, visopercepció, visoconstrucció, funcions executives i atencionals i també alguns aspectes conductuals).

Els infants amb problemes de conducta que acudeixen als centres de salut mental sovint tenen problemes cognitius, d'aprenentatge o TDAH, que a vegades es troben a la base dels problemes de conducta o de l'estat emocional.

La valoració neuropsicològica consta d'una part clínica, complementada amb la utilització de diverses eines –entre elles els tests–, per tenir informació del perfil cognitiu i conductual. Aquest perfil, juntament amb la part clínica, permet arribar a un diagnòstic, que és la base per posar en marxa la intervenció específica, si escau, i assessorar sobre les mesures psicoeducatives i les adaptacions requerides a l'escola.

L'evolució del coneixement científic dels trastorns del neurodesenvolupament va orientada a la necessitat d'establir abordatges multidisciplinaris, i la neuropsicologia hi té un paper fonamental.

8. La Xarxa d'atenció a les drogodependències (XAD) no disposa dels recursos específics per a adolescents.

Els centres d'atenció i seguiment a les drogodependències (CAS) no estan destinats a atendre la població adolescent i únicament atenen casos a partir dels 18 anys.

La infància i l'adolescència amb problemes de consum de substàncies han de ser atesos als CSMIJ, que no compten amb professionals experts en addiccions que puguin fer una avaluació i un pla terapèutic específics per als joves amb trastorns per l'ús de substàncies.

Manca, doncs, un model d'integració funcional entre els Centres d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències (CAS) i els CSMIJ.

9. La divisió actual de l'atenció en salut mental infantojuvenil entre els CDIAP i els CSMIJ no respon a criteris assistencials, sinó administratius o polítics.

Hi ha un encavalcament en l'atenció de 0 a 6 anys, tot i que a la pràctica són els CDIAP els que porten el pes de l'atenció en aquestes edats.

La divisió no facilita la continuïtat assistencial ni la coordinació ni el seguiment de l'evolució dels casos amb finalitats epidemiològiques i clíniques.

Com s'ha dit, tampoc facilita la participació dels CDIAP en els plans de formació sanitària especialitzada i exclou els seus professionals en psicologia de l'accés a l'especialitat.

10. Manca d'estudis epidemiològics actualitzats i específics per a la infància i l'adolescència.

La informació epidemiològica sobre la prevalença dels trastorns mentals infantils i juvenils és escassa. Hi ha pocs estudis específics i, en moltes ocasions, s'extrapolen resultats d'investigacions fetes en la població adulta. És difícil tenir dades rigoroses i fiables perquè es disposa de més dades administratives que no pas epidemiològiques.

Fins i tot així, les dades administratives són qüestionables. S'observa, per exemple, un infradiagnòstic en els registres de l'Estació Clínica d'Atenció Primària (ECAP), a causa d'una manca de formació i sensibilització per recollir els diagnòstics de salut mental i codificar-los correctament.

Sense una informació epidemiològica ajustada és impossible planificar adequadament els recursos assistencials.

11. Problemàtiques específiques de la infància i l'adolescència amb discapacitat intel·lectual.

En aquest àmbit es detecten, en especial, les dificultats següents:

- a)** Ús inadequat dels fàrmacs com a estratègies de control conductual en persones amb discapacitat intel·lectual, davant la manca de recursos per dur a terme suport individualitzat i implementar estratègies no farmacològiques. Falta de revisió i seguiment de les pautes farmacològiques indicades anteriorment. Medicalització excessiva i ús inadequat dels fàrmacs com a conseqüències dels punts anteriors.
- b)** Manca de coneixements específics dels professionals sanitaris sobre les característiques pròpies de la salut mental de la infància i l'adolescència amb discapacitat intel·lectual, i sobre desenvolupament infantil i atenció precoç.
- c)** Falta de formació reglada i de reciclatge sobre continguts tècnics sanitaris en salut mental i discapacitat intel·lectual.

12. Manca d'inversió en accions preventives i de detecció en l'atenció precoç.

És necessari incrementar els recursos en atenció precoç per implementar el Decret 261/2003 i les accions preventives i de detecció que es descriuen en la petita infància, així com augmentar la capacitat de generar espais de suport en la criança.

13. Escassa visibilitat de la primera infància i les seves necessitats globals, i manca de polítiques específiques de cura dels infants menors de 6 anys.

Mirada reduccionista de les problemàtiques de desenvolupament i salut mental en l'etapa de la primera infància i desconeixement de les necessitats específiques d'aquest col·lectiu.

14. Mancances en l'abordatge de trastorns com el TDAH, TEA, TCA i trastorns de conducta greus

Les mancances de la Xarxa pública d'atenció en salut mental pel que fa a aquests trastorns han fet que moltes famílies es vegin obligades a recórrer a tractaments privats, de vegades molt costosos. En algunes ocasions, tot i que l'assegurança escolar en cobreix una part, les famílies han d'assumir un cost de tractament enorme.

Alhora, s'observen dificultats estructurals per abordar els problemes de conducta des d'altres estratègies no farmacològiques, que són igual o més efectives i no tenen efectes secundaris.

15. Manca de formació sobre atenció a les necessitats complexes de la comunicació (NCC).

Les NCC són les necessitats que presenten les persones amb discapacitat, no verbals o mínimament verbals, i amb capacitats limitades de comprensió, però capaces de beneficiar-se de mitjans de comunicació no verbals com els sistemes alternatius o augmentatius de la comunicació (SAAC).¹⁹

¹⁹ 1 de cada 100 infants nascuts compleixen amb els criteris TEA (Morales-Hidalgo, 2018) i el 30% dels casos dels infants amb TEA seran no verbals o mínimament no verbals 30% (Brignell, 2018). A més, la població infantil amb discapacitat intel·lectual veu afectat el seu desenvolupament comunicatiu i presenta un desenvolupament diferit o diferent de les habilitats comunicatives (Visser et al., 2017) i es converteix en un infant amb NCC.

16. Falta d'abordatges terapèutics familiars.

Amb freqüència, el pes de la intervenció en salut mental recau excessivament en la infància, de manera individualitzada, i no pas en el seu sistema familiar.

17. El nou perfil professional de referent de benestar emocional comunitari a l'atenció primària no té un perfil específic d'infància i té competències excessivament limitades.

Els referents de benestar emocional comunitari han d'atendre una diversitat enorme de problemàtiques en edats molt diverses, fet que dificulta portar a cap un abordatge específic i de qualitat de les problemàtiques infantojuvenils.

Ahora, no poden dur a terme una atenció individualitzada dins del seu àmbit de competència, quan seria necessària en molts casos de baixa complexitat per evitar que empitjorin o es cronifiquin.

2.2. Eix socioeconòmic

Hi ha un clar impacte dels factors socioeconòmics en la salut mental.²⁰ És conegut l'augment de la problemàtica de salut mental i addiccions en poblacions socioeconòmicament desfavorides, amb situacions de vulnerabilitat social i precarietat econòmica.

Segons l'Enquesta de salut de Catalunya 2020, la prevalença dels problemes de salut mental i addiccions en la infància de la classe social menys afavorida (13,5%) és més alta que en la infància de la classe social més afavorida (6%).

S'acaba generant un circuit que es retro/autoalimenta i perpetua, de generació en generació, la persistència dels factors de vulnerabilitat i desigualtat.

En particular, detectem els aspectes següents a tenir en compte:

1. Escasses perspectives professionals.

La taxa d'atur juvenil (<25 anys) és del 27,3% a Catalunya, molt per sobre del 15,5% de l'eurozona.²¹

2. Visió adultocentrista en les problemàtiques de la infància i l'adolescència i en la presa de decisions.

3. Entorn sociocultural generador de tensions en la infància i l'adolescència.

L'evolució de la nostra societat ha estat poc amable amb la infància i l'adolescència. En particular, s'observen:

- Canvis al voltant del concepte d'autoritat i lideratge en l'àmbit familiar i escolar, cosa que provoca que el lloc de la llei i de les referències simbòliques sigui precari.
- Una manca de conciliació familiar.
- Una alta competitivitat i pressió acadèmica.
- Models estètics inabastables.
- Una falta d'espais relacionals físics. Substitució d'entorns físics de relació per entorns digitals.
- Un entorn digital poc preservat per a la infància i l'adolescència.

²⁰ FUNDACIÓ SANITÀRIA SANT PERE CLAVER; FUNDACIÓ PERE TARRÉS; FETB; FUNDACIÓ VIDAL I BARRAQUER. *Impacte dels factors socials en l'atenció a la Salut Mental, 2019*. Disponible a: www.peretarres.org/arxius/fpt/informe-salut-mental-peretarres.pdf.

²¹ datosmacro.expansion.com/paro-epa/espana-comunidades-autonomas/cataluna.

4. Manca d'un abordatge integral des d'una mirada sociosanitària on s'integri el treball comunitari.

5. Alt risc d'exclusió social de la població amb necessitats complexes de la comunicació.

El llenguatge és una eina essencial per al desenvolupament social. Ens trobem amb un percentatge de la població amb NCC que presenta un alt risc de patir exclusió social i problemes de conducta. Una millora en la comunicació comporta una millora en el comportament i en la inclusió social.

6. La infància i l'adolescència amb problemes de salut mental o drogodependències estan, proporcionalment, més representats en el circuit de justícia juvenil que els que no els pateixen.

Aquestes problemàtiques són un factor de risc de comissió de fets delictius i de reincidència si no s'aborden i es tracten adequadament, i conflueixen amb altres factors de risc de caràcter social o personal.²²

Les alteracions del llenguatge també són un factor de risc de cometre fets delictius, ja que redueixen significativament les oportunitats laborals, personals i socials dels joves. El 66% dels joves entre 16 i 21 anys amb antecedents penals presenten alteracions del llenguatge (Fitzsimons i Clark, 2021).

La circumstància de patir un problema de salut mental i/o drogodependències no exonera al nen o la nena en cap cas, de la mesura penal si és major de 14 anys. La mateixa Llei orgànica 5/2000, de 12 de gener, reguladora de la responsabilitat dels menors, ha previst, entre les mesures que es poden imposar, l'internament terapèutic i el tractament ambulatori, destinades a la infància i l'adolescència que pateixen algun problema de salut mental o drogodependència. Tampoc no els exonera de les responsabilitats patrimonials pels danys causats, tant si són menors de 14 anys com si superen aquesta edat.

2.3. Eix educatiu

1. Taxes altes de fracàs escolar i d'abandonament prematur dels estudis.

Les xifres de fracàs escolar i d'abandonament prematur dels estudis són un 50% més altes que les del conjunt dels 27 països de la Unió Europea. En particular, segons les dades de l'Idescat, l'abandonament prematur dels estudis a Catalunya va ascendir l'any 2021 a gairebé un 15% de l'alumnat; mentre que la mitjana de la UE-27 no arriba al 10%.²³

Alhora, molts estudiants, tot i que no abandonen precoçment els estudis, no assoleixen les competències bàsiques en finalitzar l'ESO. En particular, un 11,6% dels estudiants obtenen un nivell baix en les competències –és a dir, no les assoleixen– i un 22,6% arriben únicament a un nivell mitjà-baix.²⁴ Cal tenir en compte, a més, el pes dels trastorns del neurodesenvolupament com a condicionant de l'èxit acadèmic. Es calcula que aquests trastorns, a Catalunya, afecten el 18% de l'alumnat.²⁵

En qualsevol cas, aquest grup de treball vol subratllar que el fracàs no és dels infants i les seves famílies, sinó del sistema, que no en fa una bona detecció ni dona l'ajuda necessària per a l'èxit acadèmic.

²² S'estima un augment de la prevalença de TDAH (26%) en adults residents en centres penitenciaris d'almenys 5 vegades respecte de la població general.

BAGGIO, S. et al. «Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Detention Settings». A: *Systematic Review and Meta-Analysis. Front Psychiatry*. 2018, núm. 9, pàg. 331.

²³ Font: Idescat www.idescat.cat/indicadors/?id=ue&n=10101.

²⁴ Dades del Consell Superior d'Avaluació del Sistema Educatiu. Disponibles a: csda.gencat.cat/web/contenut/home/arees-....actuacio/publicacions/quaderns-avaluacio/quaderns-avaluacio-49/quaderns-avaluacio-enllac-49.pdf.

²⁵ Estudi de BOSCH et al. de 2021.

2. Psicopatologització i medicalització de problemes d'aprenentatge que s'haurien d'abordar des de l'escola.

Si bé una part important de les dificultats recollides al punt anterior (fracàs escolar i abandonament precoç dels estudis) pot estar relacionada amb aspectes de la salut mental que s'han d'abordar des dels recursos especialitzats, també es detecta una tendència a derivar als CSMIJ els infants amb unes dificultats acadèmiques que no tenen a veure amb una patologia mental, sinó essencialment amb dificultats pedagògiques o d'ajust al sistema educatiu.

Les mancances per atendre aquestes dificultats des de l'escola fan que es tendeixi a derivar el cas a dispositius sanitaris innecessàriament.

3. Mancances en la detecció i diagnòstic dels trastorns de l'aprenentatge.

S'estima que a Catalunya els trastorns de l'aprenentatge tenen una prevalença d'un 10% en l'alumnat d'entre 5 i 17 anys. No obstant això, una proporció substancial d'aquests alumnes no ha estat mai diagnosticada.²⁶

Per tant, hi ha un buit assistencial dins del sistema públic respecte del diagnòstic i la intervenció d'aquests trastorns, que afecten una proporció molt significativa de l'alumnat. Sovint, els equips d'assessorament psicopedagògic (EAP) de les escoles no assumeixen el diagnòstic d'aquests trastorns, ni tampoc hi ha circuits a la vasta majoria del territori català per aprofundir en la valoració diagnòstica dins de l'àmbit de l'atenció primària o hospitalària. La majoria dels CSMIJ no disposen de la figura de l'especialista en psicopedagogia o neuropsicologia i, per tant, no poden assumir el diagnòstic d'una condició tan freqüent com la dislèxia, per donar-ne un exemple; per no parlar d'altres trastorns que requereixen un abordatge multidisciplinari des de la fase diagnòstica, com ara els trastorns del desenvolupament del llenguatge.

La infància amb trastorns de l'aprenentatge que no es diagnostiquen i que, per tant, no reben el tractament adequat, poden presentar un rendiment acadèmic baix, desànim, desmotivació, baixa autoestima i trastorns afectius i d'ansietat secundaris.

El fet que en la majoria dels casos només les famílies amb una situació socioeconòmica prou elevada per assumir les ingents despeses del diagnòstic i tractament en l'àmbit privat tinguin accés a una valoració diagnòstica adequada i al tractament d'aquests trastorns representa una greu mancança del sistema i vulnera els drets fonamentals.

4. Manca d'un espai preventiu i de suport emocional efectiu als centres educatius. Falta de suport per part dels centres en salut mental (per exemple, els CSMIJ).

5. Falta de formació i capacitació en els equips docents.

Hi ha una falta de formació bàsica en trastorns del neurodesenvolupament i de l'aprenentatge en els equips docents, així com de formació bàsica en la detecció o la sospita d'alguna psicopatologia en edats concretes. Alhora, les habilitats emocionals són fonamentals i s'observa una falta d'estratègies diferencials per abordar les dificultats en la gestió de les emocions i els problemes de conducta com a part de possibles trastorns o psicopatologies.

6. Falta de recursos de lleure educatiu per a la població infantil i juvenil.

Un 50% d'aquesta població no hi tenen accés i, per tant, no disposen d'activitats enriquidores que actuïn com a recursos preventius i pal·liatius. Aquest problema és molt més rellevant durant els tres mesos d'estiu.

²⁶ BOSCH, R. et al. (2021). «Neurodevelopmental disorders among Spanish school-age children: prevalence and sociodemographic correlates». A: *Psychological Medicine*, 2021.

7. Falta de reconeixement de l'etapa 0-3 en l'àmbit educatiu.

8. Traspàs a l'àmbit escolar d'una pressió «de la funció educativa» en contraposició d'aquesta funció en l'àmbit familiar.

9. Manca de formació i capacitació en llenguatge i comunicació als centres d'educació especial proveïdors de serveis i recursos (CEEPSIR) i als centres de recursos educatius per a alumnes amb trastorns del desenvolupament i la conducta (CRETDIC).

10. Falta d'aplicació d'estratègies per promoure la comunicació quan hi ha problemes de conducta.

11. Manca de coordinació àgil entre els departaments de Salut, Educació i Serveis Socials (p. ex. els EAP i els CSMIJ, els centres educatius, els serveis socials bàsics, etc.).

Manca d'una cultura de treball en xarxa; absència de la cultura de xarxa pel que fa al compliment dels objectius.

Dificultats vinculades a la protecció de dades i a aspectes burocràtics.

12. Mancances en l'abordatge dels trastorns del neurodesenvolupament (TEA, trastorns de la comunicació, TDAH, etc.).

a) Manca de recursos educatius (espais, professionals, suports, etc.) que facilitin l'aprenentatge a les aules d'alumnat amb aquestes característiques.

b) Falta de recursos públics que garanteixin un seguiment i tractament amb una bona continuïtat.

c) Manca d'espais dins de la comunitat que facilitin el dia a dia d'aquests nois i noies i que, per tant, n'afavoreixin la participació.

d) Falta d'espais d'oci i temps lliure que propiciïn activitats i les puguin adaptar a les necessitats de joves i adolescents amb alguna problemàtica de salut mental.

2.4. Eix familiar

Les famílies tenen un paper fonamental en la salut mental i/o drogodependències de la infància i l'adolescència. En particular, cal esmentar els condicionants següents que afecten de manera negativa el seu desenvolupament emocional:

1. Mancances en l'acompanyament familiar de la infància i l'adolescència.

a) Falta de conciliació familiar; és a dir, les famílies tenen poc temps disponible per als seus fills. Mesures de conciliació mínimes que garanteixin una cura del benestar de la infància i l'adolescència i la seva protecció global durant aquesta etapa.

b) Estressors familiars, laborals i econòmics que afecten negativament l'entorn de creixement de la infància, i que no garanteixen un entorn segur i curós per al seu benestar global.

c) Soledat dels i les adolescents i manca d'escolta afectiva davant els seus malestars als seus entorns relacionals (família, escola, centres, etc.).

d) Negligència en la cura de la infància i l'adolescència (manca d'empatia): manca de temps, de connexió, de comprensió de la seva realitat i necessitats.

e) Dificultats perquè el nucli familiar esdevingui un entorn educatiu «saludable».

f) Manca d'informació i formació dins de la família en aspectes de criança i de factors protectors de la salut mental.

2. Predomini dels models hiperprotectors i de manca de tolerància a la frustració.

- a)** Problemes per marcar límits a les demandes internes i externes.
- b)** Manca d'atribució de responsabilitats com a membres del grup familiar.
- c)** Predomini de la satisfacció immediata dels desitjos, cosa que incrementa la frustració i la irritabilitat.
- d)** Exposició a les xarxes socials digitals amb poc seguiment per part de les persones adultes, que comporta una desprotecció de la infància, una manca de filtres respecte al món l'adultesa que afavoreix la desorientació, la confusió i l'erotització de la infància.
- e)** Mancad'atenció de les persones adultes a les necessitats de la infància, en gran part per inseguretats i angixes pròpies en l'exercici de les seves funcions.

3. Psicopatologització i medicalització de dificultats associades a divorcis i separacions conflictives.

S'observa que, en el terreny de les separacions i divorcis conflictius, es tendeix a recórrer als serveis de salut mental com un nou terreny de batalla legal entre els progenitors, no tant per abordar les problemàtiques emocionals dels fills, sinó per buscar informes pericials de part que no corresponen a aquests serveis.

3. PROPOSTES:

eines o mesures que caldria impulsar per abordar els factors o les situacions anteriors.

De les mancances i problemàtiques detectades se'n desprenen un seguit de recomanacions, orientades a minimitzar-les, que exposarem a continuació. Tanmateix, cal entendre que tot i que les diferents mesures proposades estan organitzades per categories per facilitar-ne l'operativització, en realitat s'han d'abordar dins d'una estratègia conjunta que potencii la cultura de l'abordatge multidisciplinari i del treball en xarxa com a prerrequisit necessari en el desplegament de les mesures. Això es podria estructurar mitjançant un pacte nacional per a la salut mental i el benestar emocional que suposés un pla de xoc en salut mental.

3.1. Eix sanitari

1. Augmentar el nombre de recursos i serveis de salut mental i atenció precoç.

2. Incrementar la ràtio de professionals de la salut mental, en especial a l'atenció primària i als CSMIJ.

3. Incrementar dràsticament i urgentment les places de Formació Sanitària Especialitzada en Salut Mental (Psicologia Clínica, Psiquiatria i Infermeria en Salut Mental). En el cas de les places PIR, cal un augment de fins a un mínim de 400 places anuals a tot l'Estat.

4. Cal implementar mesures perquè les places de Psicologia Clínica que no es puguin cobrir per manca d'especialistes es puguin ocupar amb psicòlegs generals sanitaris que acreditin experiència i competències suficients per desenvolupar la tasca clínica i amb seguretat jurídica.

5. Implementar i consolidar la psicologia general sanitària a l'atenció primària, amb plenes competències en l'àmbit de la prevenció i la promoció de la salut mental i de manera coordinada amb els professionals especialistes i sense perjudici de les competències assignades als psicòlegs especialistes en psicologia clínica.

6. La referent de benestar emocional comunitari a l'atenció primària hauria de tenir un perfil específic d'infància i adolescència si ha de fer intervencions en aquest àmbit.

7. Crear noves especialitats sanitàries en l'àmbit de la salut mental:

- Psicologia Clínica Infantil i de l'Adolescència.
- Neuropsicologia Clínica.

8. Incorporar nous perfils professionals als serveis de salut mental, tant al CSMIJ com a atenció primària. En especial, logopedes, terapeutes ocupacionals i neuropsicòlegs.

9. Modernitzar i reforçar la cartera de serveis de salut mental, drogodependències i atenció precoç.

10. Augmentar les intervencions comunitàries en salut mental (escoles i instituts, serveis socials bàsics, comunitat, etc.). Implementar més programes de prevenció comunitària que intervinguin des dels recursos existents per al benestar emocional dels infants i joves.

11. Millorar i potenciar l'atenció a domicili en casos d'alta complexitat amb dificultats de vinculació als recursos ambulatoris. Aproximar el treball terapèutic als àmbits comunitaris de les persones ateses (escola, espais joves, centres cívics, etc.) i al domiciliari, des d'equips multidisciplinaris (psicòlegs, psiquiatres, infermers, educadores socials, pediatres, treballadors socials, etc.).

12. Reconèixer l'especialització clínica dels professionals d'atenció precoç.

13. Elaborar estudis epidemiològics sobre salut mental infantil i juvenil amb una mostra àmplia de població.

14. Fer formació i sensibilització perquè es codifiqui bé el diagnòstic de salut mental a l'atenció primària en el programa ECAP.

15. Augmentar els recursos necessaris per garantir la detecció precoç dels problemes de salut mental en la primera i segona infància.

L'atenció primària ja treballa en programes relacionats amb la salut mental de la infància i la seva família en la petita i primera infància, que poden ser considerats com a programes relacionats amb la salut socioemocional i que poden convertir-se, si no s'hi actua, en problemes de salut mental més endavant.

16. Impulsar amb urgència l'actualització del programa «Infància amb salut».

17. Millorar la coordinació i diferenciació per edats de les xarxes d'atenció a la salut mental infantil (CDIAP i CSMIJ) respectant la idiosincràsia de cada una de les xarxes.

18. Integrar xarxes de salut mental i addiccions.

Desplegament del Pla director en salut mental i addiccions, que estableix que un professional del CAS fa atenció al CSMIJ per a joves que consumeixen drogues.

Programa «Educador de carrer» del CAS i CAS jove: professionals del CAS fan treball al carrer amb els joves consumidors refractaris a anar a la consulta, es creen espais de cura tres tardes a la setmana amb un educador i un psiquiatre del CAS en què es fan dinàmiques d'intervenció grupals des d'un espai on s'ofereixen activitats de lleure i una atenció terapèutica individual.

19. Implantar sistemes de vigilància de pautes psicofarmacològiques en persones amb discapacitat intel·lectual.

20. Dur a terme formacions sobre discapacitat intel·lectual i sobre salut mental i drogodependències de persones amb discapacitat intel·lectual dins el col·lectiu de professionals sanitaris, amb una especial importància per a metges i psicòlegs amb un període de l'especialització de Psiquiatria o Psicologia Clínica en dispositius de la xarxa pública de salut mental i discapacitat intel·lectual.

²⁷ Vegeu l'experiència de l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS). Disponible a: www.ias.cat/ca/contingut/salutmental/474.

21. Fer activitats de sensibilització sobre discapacitat intel·lectual i salut mental de persones amb discapacitat intel·lectual dins el col·lectiu de professionals sanitaris.

22. Millorar l'atenció a la salut mental i les addiccions de la infància i l'adolescència i els joves que estan sotmesos a mesures de justícia juvenil al medi obert (viuen al seu entorn), tant en el cas que el contingut de la mesura sigui per tractar problemàtiques de salut mental o addiccions (tractament ambulatori o regles de conducta per participar en programes de salut mental), com en el cas que, en no ser específicament una mesura de caràcter terapèutic, el noi o noia manifesti una problemàtica de salut mental o toxicomanies que cal tractar.

23. Millorar l'atenció a la salut mental i a les addiccions de la infància i l'adolescència i els joves que estan sotmesos a mesures judicials d'internament en centres de justícia juvenil i que manifesten problemàtiques de salut mental o addiccions, així com la derivació i atenció posterior, un cop desinternats, a la xarxa de salut mental i addiccions del seu entorn de residència.

24. Potenciar la intervenció logopèdica amb implementacions de sistemes augmentatius i alternatius de comunicació (SAAC) per pal·liar les necessitats complexes de la comunicació d'aquests infants i adolescents com a mesura de suport per a la seva inclusió social (Reichle et al., 2019) i, així, millorar les relacions i el comportament de l'infant.

25. Potenciar la figura de l'infermer de salut i escola i augmentar el nombre d'aquests professionals.²⁸

Tant als instituts (etapa d'ESO), on ja és present, tot i que manca desplegar més personal, com a les escoles (etapa primària), on actualment aquesta figura no hi és; amb l'objectiu de reforçar el vincle entre el centre educatiu i els serveis sanitaris per activar els recursos de salut adients en funció de les necessitats particulars de cada cas i en coordinació amb el referent de benestar emocional. Actualment, la figura de l'infermer de salut i escola no està desplegada a tots els centres educatius, només a una part de l'etapa secundària i amb unes tasques específiques com és la consulta oberta. Per tant, falta que es desplegui en gran part dels instituts i a les escoles per a les etapes d'educació primària i d'educació infantil i que s'ampliïn les tasques que duu a terme perquè pugui donar resposta a les necessitats de l'alumnat amb complexitats de salut i que pugui derivar-los, si cal, a altres serveis de salut, com pot ser en casos de salut mental.

El plantejament actual per atendre l'alumnat amb necessitats de salut als centres educatius, fins que no s'hagi efectuat el desplegament del personal d'infermeria de salut i escola, consisteix en la coordinació de la direcció de cada centre educatiu amb el servei d'infermeria de referència del CAP per engegar cada actuació de manera personalitzada. El servei d'infermeria corresponent del CAP de referència és l'encarregat de determinar la necessitat i el grau de suport que requereix l'alumnat amb situacions complexes de salut. Aquest suport pot suposar l'atenció directa per part del referent en infermeria quan sigui necessari o la formació corresponent dels professionals del centre educatiu; per exemple, els monitors de suport. El centre de referència per als CEE són els hospitals.

Des del mateix centre, també s'haurien de poder incloure i registrar a l'ECAP les intervencions més rellevants que la infermeria fa en alguns casos.

26. Incorporar els professionals dels CDIAP en el Programa de suport a la primària (PSP) en l'àmbit de la petita infància.

²⁸ Alguns estudis exposen que la intervenció amb el SAAC és altament efectiva en tots els grups d'edat, categories de discapacitat i nivells d'habilitats comunicatives tant en la producció com en la comprensió (O'Neill et al., 2018). A més, la Constitució espanyola (Reial decret legislatiu 1/2013) també preveu el dret a la comunicació i, per consegüent, el dret a suports complementaris com els SAAC per garantir la comunicació de totes les persones.

27. Millorar la transició i vinculació dels infants del CSMIJ al CSMA.²⁹

28. Tenir en compte la dimensió cultural i la importància de la formació transcultural per dur a terme un abordatge més comprensiu davant les realitats de la infància i les famílies que s'atenen.³⁰

29. Augmentar la prescripció social com a mecanisme d'intervenció comunitària.³¹

30. Incrementar la participació dels infants i adolescents emprant estratègies per recollir-ne la percepció i opinió sobre la seva salut mental.³²

31. Impulsar programes per a infants i joves amb progenitors amb problemes de salut mental i/o addiccions.³³

32. Millorar les agendes assistencials dels centres sanitaris per fer-les més adequades als horaris de les famílies.

33. Preservar el seguiment de nens i nenes amb patologies complexes quan s'arriba a l'adolescència.

La darrera revisió pediàtrica dins del programa «Nen sa» és als 12/14 anys i als 15 ja passen a la medicina familiar. Cal preveure un traspàs formal dels casos amb trastorns ja diagnosticats o encara en procés diagnòstic.

Així mateix, cal que el traspàs sigui flexible i que es puguin atendre els adolescents que, per determinades circumstàncies o per les característiques de la seva família, l'equip pediàtric sempre ha atès més enllà dels 14 anys.

34. Millorar la coordinació entre l'atenció primària, la salut mental i l'atenció precoç.

Els equips de pediatria d'atenció primària han d'estar inclosos dins del circuit per afavorir el flux d'informació. Quan un infant es dona d'alta al CDIAP, el mateix centre ho ha de comunicar al pediatre. Des de pediatria s'ha d'orientar i acompanyar la família, que sovint arriba tard amb la informació.

També cal incloure l'equip pediàtric de l'infant a les sessions conjuntes que es fan al CSMIJ per plantejar algun cas concret amb l'equip d'atenció pedagògica de l'escola, entre d'altres.

²⁹ www.postermedic.com/parcdesalutmar/pparcdesalutmar1817006/pdfbaja/pparcdesalutmar1817006.pdf.

³⁰ www.fccsm.net/wp-content/uploads/2021/05/unitatdepsiquiatriatranscultural.pdf.

³¹ www.fccsm.net/wp-content/uploads/2021/05/prescripciosocialisalutmentalconegudaodesconeguda.pdf.

³² www.fccsm.net/wp-content/uploads/2021/05/percepciosobrelasalutdelsadolescentshdij.pdf.

³³ www.kidstimebarcelona.org/que-hacemos/.

3.2. Eix socioeconòmic

1. Promoure activitats formatives, de lleure, culturals, esportives i de noves oportunitats que prevegin els diferents aspectes constructius de la infància i l'adolescència segons les seves etapes evolutives.³⁴ Cal potenciar el temps de lleure regulat i augmentar les activitats de lleure.

2. Fomentar els espais de suport a la criança i l'acompanyament familiar.

S'han d'impulsar més serveis comunitaris d'atenció i prevenció, d'accés fàcil, perquè progenitors i adults amb infants a càrrec seu puguin consultar les situacions problemàtiques que visquin i perquè hi trobin acolliment emocional i orientació en la seva acció.

Així mateix, cal implementar programes d'intervenció per millorar la parentalitat, especialment en el context de la infància i l'adolescència en risc.

3. Desplegament del nou Pla de millora del sistema d'atenció a infants i joves, i les seves famílies, en situació de vulnerabilitat (Departament de Drets Socials).

En particular, cal prioritzar les mesures del Pla que inclouen aspectes relacionats amb la salut mental.³⁵

4. Enfortir la Xarxa d'atenció precoç i reconèixer-ne la tasca preventiva, de detecció i de suport a la criança en la petita infància.

5. Impulsar polítiques d'atenció als factors socials de risc que tenen incidència en la salut mental i les addiccions de la infància i adolescència; és a dir, la pobresa, l'exclusió social, els processos d'acolliment i adopció, les situacions de vulnerabilitat social, la discriminació, la xenofòbia, el fet d'haver viscut esdeveniments adversos, etc.

³⁴ Es pot prendre com a model el programa Planet Youth, projectat a Islàndia als anys 90 per un grup d'experts socials, i implementat en diversos països amb la finalitat de comprendre millor els factors socials que influeixen en el consum de drogues entre els adolescents. Tenint en compte els membres de l'equip d'experts i les xifres del problema detectat, la intervenció es fa a escala local per barris i poblacions. <https://planetyouth.org/es/portada/>.

³⁵

- Creació d'un suport terapèutic a infants que han perdut els seus pares, persones cuidadores o referents per situacions de violència masclista, femicidis i suïcidi.
- Elaboració d'un pla d'atenció comunitària en salut mental i addiccions i potencialment de la xarxa d'atenció comunitària
- Potenciació de la xarxa d'atenció precoç mitjançant l'augment de suport a les famílies i la coordinació amb Salut i Educació.
- Repensar el model de la llarga estada sociosanitària (d'atenció a les persones amb dependència, amb discapacitats i amb problemes de salut mental) i atenció de llarga durada. Elaboració d'un model català d'AISS a la primera infància amb discapacitat, trastorns mentals i malalties minoritàries.
- Ampliació dels recursos específics d'atenció a la salut mental, emocional i a les addiccions adreçats a infants, adolescents i joves.
- Elaboració d'un nou conveni entre els departaments competents en l'àmbit de la salut mental i les addiccions i en l'àmbit de la protecció a la infància i a l'adolescència per augmentar el suport i l'acompanyament.
- Impuls de les teràpies familiars en famílies en situació de risc greu per evitar la separació del nucli tant de forma ambulatoria com dins de la mateixa llar.
- Impuls de les teràpies per a la reparació del vincle en famílies que han estat separades a causa d'ingressos en centres de protecció a la infància, de justícia juvenil o presons per a persones adultes, per hospitalitzacions o malalties del llarga durada, per reagrupament familiar després de processos migratoris, etc., tant de forma ambulatoria com dins de la mateixa llar.
- Articulació de la xarxa territorial de proximitat dels serveis de suport i atenció a la família (SOAF), integrats com un servei de la xarxa d'atenció primària, reforçant la promoció en la criança positiva i articulant serveis per a la prevenció, la mediació i el suport, i l'atenció psicològica, pedagògica i terapèutica.
- Flexibilització dels horaris d'atenció dels serveis (CSMIJ, punts de trobada, etc.) que treballen amb infants i adolescents en situació de vulnerabilitat per evitar que es produeixin en horaris escolars.
- Elaboració d'un pla de formació continuada a les famílies acollidores en àmbits específics (salut emocional i mental, abusos sexuals, violència masclista, revinculació, etc.).
- Promoció d'espais de respir per a les famílies d'acollida amb perfils d'infants complexos.
- Reforç de l'acompanyament emocional de les famílies d'acollida i adoptives.

6. Establir mesures específiques en relació amb determinades problemàtiques associades a la salut mental i/o drogodependències durant la infància i l'adolescència, incorporant-hi la perspectiva de gènere: maltractament (negligència i violència), abús sexual, assetjament escolar, ciberassetjament, suïcidi, discriminació per motius d'orientació sexual i identitat de gènere, xenofòbia, addiccions a substàncies tòxiques, alcohol, tecnologia i ludopaties.

7. Desenvolupar el potencial comunitari de prevenció o derivació de recursos com ara l'escola, els centres oberts, els SIS i els centres de lleure on els infants participen habitualment.

8. Desplegar les taules locals, territorials i nacionals d'infància i joventut i donar-hi compliment, per desenvolupar estratègies per a la promoció, detecció, intervenció i protecció.

9. Potenciar la teràpia familiar com un servei de prestació garantida des dels serveis socials bàsics com a mesura preventiva i establir una cartera de serveis que en faciliti l'accés i la coordinació amb els serveis de salut mental.

10. Millorar la coordinació entre serveis i reactivar la Taula Interdepartamental (Salut, Educació i Afers socials) en l'atenció precoç.

11. Tenir en compte l'atenció de les necessitats psicològiques en la planificació i organització dels serveis dirigits a atendre persones en situació de fragilitat, dependència i vulnerabilitat.

Necessitat de donar atenció emocional des de dos vessants: a les famílies, als infants i als joves i als professionals que els atenen. Cal poder preparar els professionals amb formació i supervisió i incloure figures terapèutiques i de coordinació amb la xarxa. És necessari un desplegament del model de Serveis d'Intervenció Socioeducativa SIS (que ja ho preveu) als espais familiars i al SOAF.

12. Oferir una atenció integrada social i sanitària des d'un vessant de treball comunitari i domiciliari, incorporant el treball d'educadors de carrer.

S'ha de reforçar la mirada comunitària des dels dos àmbits; ens cal aproximar el treball terapèutic als àmbits comunitaris de les persones ateses i al domiciliari amb equips multidisciplinaris (psicòlegs, psiquiatres, infermers, educadors socials, etc.).

13. Dur a terme campanyes de sensibilització i conscienciació efectiva pel que fa a la salut mental i les addiccions.

14. Prioritzar temes de salut mental i addiccions a l'agenda política i incorporar la mirada de la infància en les polítiques de país.

15. Dotar de recursos econòmics les famílies vulnerables perquè minvi el seu patiment i estrès.

3.3 Eix educatiu

1. Desplegar el programa d'atenció domiciliària educativa tal com preveu la Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència (LDOIA) i coordinar-lo amb els equips d'atenció domiciliària en salut mental.

2. Prioritzar i continuar reforçant l'Acord marc de col·laboració entre el Departament d'Educació i el Departament de Salut per desenvolupar les intervencions vinculades a la salut de l'alumnat en l'àmbit escolar i l'atenció educativa domiciliària o en centres sanitaris.³⁷

3. Potenciar les activitats preventives en l'educació.

4. Dotar d'eines de gestió els mestres i altres professionals que atenen la infància i formar-los en gestió i detecció de situacions de patiment.

5. Augmentar el nombre d'orientadors educatius als centres, que es dedicaran més a atendre des del punt de vista emocional de manera eficient i eficaç.

6. Millorar la formació als professionals dels centres perquè desenvolupin tallers i donar eines als infants i adolescents per aprendre l'autogestió emocional.

7. Promoure la figura dels orientadors educatius als centres escolars.

La figura del professional de secundària amb l'especialització d'orientació educativa tant la poden assumir els psicòlegs, els pedagogs o els psicopedagogs.

8. Millorar la coordinació amb els serveis socials bàsics, ja que part d'aquests infants, a més d'anar a l'escola, estan en seguiment dels serveis socials, i garantir la capacitació mínima i les pautes d'actuació dels professionals socials que treballen amb aquests infants.

9. Millorar l'atenció especialitzada als centres educatius.

10. Tenir en compte el pes dels trastorns del neurodesenvolupament i dels trastorns d'aprenentatge com a condicionant de l'èxit acadèmic. Es calcula que, a Catalunya, aquests trastorns afecten el 18% de l'alumnat.³⁸ Si no tenim present la perspectiva del neurodesenvolupament i actuem en conseqüència, posant com a prioritat per als pròxims anys la detecció precoç, el diagnòstic i les adaptacions metodològiques des de l'àmbit públic, aquestes taxes de fracàs continuaran iguals.

³⁷ salutweb.gencat.cat/web/content/_departament/convenis/departament-de-salut/documents-2019/141_2019_-acord-marc.pdf.

³⁸ Estudi de Bosch et al. de 2021.



**LA SALUT MENTAL
DE LA INFÀNCIA
I L'ADOLESCÈNCIA
A CATALUNYA:
situació actual,
mancances
i propostes**



Generalitat
de Catalunya
**Departament
de Drets Socials**



**Observatori
dels drets
de la Infància**