

Violeta Quiroga
Carmen Guasch

La afectación de salud mental en la población infantil y adolescente en situación de riesgo en Cataluña

Resumen

Este estudio se encuadra dentro de la asignatura de Investigación Aplicada a la Intervención, del Grado de Trabajo Social de la Universidad de Barcelona, en el marco del aprendizaje de servicios en colaboración con la Federación de Entidades de Atención y de Educación a la Infancia y la Adolescencia (FEDAIA). El objetivo general del estudio es identificar el grado de afectación de la salud mental en el colectivo de infancia y adolescencia en riesgo a nivel psicosocial en Cataluña partiendo de la mirada de los profesionales del ámbito social. La investigación puede ofrecer unos conocimientos de utilidad dentro del ámbito de la atención a la infancia y la adolescencia en salud mental, especialmente para aquellas personas que intervienen desde las diferentes especialidades del campo social, con la esperanza de enriquecer la práctica profesional y mejorar la calidad de vida de este colectivo.

Palabras clave:

Atención a la infancia, Atención a la adolescencia, Salud mental, Trabajo social, Situación de riesgo

L'afectació de salut mental en la població infantil i adolescent en situació de risc a Catalunya

Aquesta recerca s'enquadra dins l'assignatura d'Investigació Aplicada a la Intervenció, del Grau de Treball Social de la Universitat de Barcelona, en el marc de l'aprenentatge de serveis en col·laboració amb la Federació d'Entitats d'Atenció i d'Educació a la Infància i l'Adolescència (FEDAIA). L'objectiu general de l'estudi és identificar el grau d'afectació de la salut mental en el col·lectiu d'infància i adolescència en risc a nivell psicosocial a Catalunya partint de la mirada dels professionals de l'àmbit social. La recerca pot oferir uns coneixements d'utilitat dins l'àmbit de l'atenció a la infància i l'adolescència en salut mental, especialment per aquelles persones que hi intervenen des de les diferents especialitats del camp social, amb l'esperança d'enriquir la pràctica professional i millorar la qualitat de vida d'aquest col·lectiu.

Paraules clau: Atenció a la infància, Atenció a l'adolescència, Salut mental, Treball social, Situació de risc

The presence of mental health issues in children and adolescents at risk in Catalonia

This study belongs within the context of the course in Research Applied to Intervention, as part of the degree in Social Work at the University of Barcelona, in the context of service training in partnership with the FEDAIA federation of entities involved in the care and education of children and adolescents. The overall objective of the study is to identify the degree of impact on mental health in the group of children and adolescents at psychosocial risk in Catalonia, on the basis of the perceptions of social work professionals. The research promises to provide useful knowledge in the field of attention to the mental health of children and adolescents, especially for those involved from the different branches of social care, with a view to enhancing professional practice and improving the quality of life of the target group.

Keywords: Care of children, Care of adolescents, Mental health, Social work, Risk situation

Cómo citar este artículo:

Quiroga, Violeta; Guasch, Carmen (2014).

"La afectación de salud mental en la población infantil y adolescente en situación de riesgo en Cataluña".

Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa, 57, p. 137-155



▲ Presentación

Cada vez es más frecuente el aumento de casos de personas que sufren alguna enfermedad mental, y cada vez lo es más en la edad infantil y adolescente. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) ya alertaba que en España una de cada cuatro personas pueden sufrir una enfermedad mental a lo largo de su vida, que las enfermedades mentales suponen un 40% de las enfermedades crónicas y que un 9% de la población española sufre una enfermedad mental. En relación con la población menor de quince años, un 12,8% tiene un riesgo más elevado de sufrir trastornos mentales. De los casos visitados en Cataluña el 2011 (33.729 niños/as y jóvenes), un 10,03% estaban diagnosticados con trastorno mental grave (Generalitat de Catalunya, 2012).

Para los profesionales que intervienen en esta población estos datos son muy cercanos. Cada vez denuncian más las dificultades que tienen para prevenir y minimizar el aumento de las patologías mentales en los niños/as y adolescentes. Y entre los diferentes actores sociales preocupados está la Federación de Entidades de Atención y Educación a la Infancia y la Adolescencia (FE-DAIA), responsable de la demanda de esta investigación.

Esta investigación se encuadra dentro de la asignatura de Investigación Aplicada a la Intervención, en el Grado de Trabajo Social de la Universidad de Barcelona, en el marco del aprendizaje de servicios, en colaboración de la FEDAIA.

El objetivo general del estudio ha sido identificar el grado de afectación de la salud mental en el colectivo de infancia y adolescencia en riesgo a nivel psico-social en Cataluña a partir de la mirada de los profesionales del ámbito social.

Creemos que esta investigación puede ofrecer unos conocimientos de utilidad dentro del ámbito de atención a la infancia y adolescencia en salud mental, especialmente, para aquellas personas que intervienen desde diferentes especialidades del campo social, con la esperanza de enriquecer la práctica profesional y de los propios servicios, y mejorar la calidad de vida de este colectivo.

Metodología

El diseño de la investigación ha sido básicamente de carácter cualitativo. Este informe se define como una investigación social con finalidad básica y aplicada, y su alcance es temporal, diacrónico y de tipo retrospectivo dado

En este trabajo han participado, además de las dos autoras del artículo, once investigadores/as más (estudiantes de tercero de la asignatura Investigación Aplicada a la Intervención): Cristina López, Meritxell Puig, Marina Castillo, Cristina Chalá, Melania Estaire, Javier Hernando, Ana Isabel Ibáñez, Jennifer Lemos, Andrea Martí, Anna Rius y Jennifer Ruiz. Y como equipo asesor de la FEDAIA: David Ruiz, Marta Garcia y Jordi Boza.

que en ella se intenta recoger datos en diferentes momentos de los últimos cinco años. En cuanto a la profundidad de la investigación podemos argumentar que se basa en un enfoque descriptivo y explicativo. Las fuentes utilizadas han sido mixtas y su naturaleza ha sido documental y empírica.

Cabe decir que una de las características de esta investigación es que ha sido participativa en todo el proceso. Entre el mes de julio y diciembre de 2012, hay reuniones entre la dirección de la FEDAIA, su comisión de salud mental y el equipo del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de Barcelona, para enmarcar el tema de investigación, preparar su ejecución y realizar el trabajo de campo en las cuatro demarcaciones. Una vez terminado el análisis y el informe de la investigación, se hace un retorno de los resultados a la comisión de salud mental (febrero del 2013) y se enmienda el documento. En los meses de abril y mayo de 2013, se hacen dos reuniones de trabajo (equipo UB y comisión) para reelaborar las conclusiones y recomendaciones. A la vez, se planifica y se ejecuta la difusión de la investigación, entre ellas el documento que tienen en las manos.

La población diana son los profesionales que trabajan con niños/as y adolescentes que presentan alguna patología relacionada con salud mental en el territorio catalán. El tipo de muestreo ha sido de carácter no probabilístico intencional.

Las técnicas utilizadas han sido la entrevista grupal exploratoria, dirigida a la comisión de salud mental de la FEDAIA, y los grupos de discusión, como herramienta principal. Lo que se intentaba era profundizar en el análisis de datos subjetivos. En total, se realizaron cuatro talleres con seis grupos de discusión en las cuatro demarcaciones catalanas; dos en Barcelona (28 profesionales), dos en Girona (26 profesionales), uno en Tarragona (14 profesionales) y uno en Lleida (10 profesionales). En conjunto participaron 78 profesionales del territorio catalán.

Estos dos grupos estaban formados por profesionales de diferentes disciplinas (pediatras, psiquiatras, psicólogos, educadores sociales, maestros y trabajadores sociales) que debían tener más de cinco años de experiencia profesional en este ámbito.

Resultados de la investigación

Algunos datos estadísticos

Para conocer la evolución del perfil y características de los niños/as y adolescentes en el ámbito de la salud mental en los últimos cinco años, haremos referencia a datos cuantitativos del colectivo.

En Cataluña, en el año 2007, hubo 459 contactos hospitalarios relacionados con la salud mental, un 45,3% de los cuales eran chicos y un 54,6%, chicas (Generalitat de Catalunya y Departament d'Acció i Ciutadania, 2009). El mismo año hay un total de 4.067 menores tratados por los diferentes Centros de Salud Mental para Infancia y Jóvenes (CSMIJ); concretamente, un 7,8% de los pacientes tenían entre 0 y 5 años, un 47,1% se situaban entre 6 y 11 años y un 45,2% estaban entre los 12 y 17 años (Generalitat de Catalunya y Departament d'Acció i Ciutadania, 2009).

Según datos del Plan Integral de Atención a las Personas con Trastornos Mentales y Adicciones de la Generalitat de Catalunya (2010), la demanda de atención en los centros especializados en salud mental muestra una clara y constante tendencia al aumento. En los centros de salud mental se percibió un aumento de casos de trastornos de salud mental durante el periodo 2003-2008; los casos de los adultos aumentaron un 35%. Pero durante el mismo tiempo, el número de niños y adolescentes con trastornos mentales graves (TMG) atendidos se cuadruplicó (380%).

Para acabar este apartado, la Generalitat de Catalunya (2012) indicaba que el número de niños/as y jóvenes atendidos era de 54.028, cuyo promedio de edad ha sido entre 11 y 12 años, dato que nos habla de edades muy tempranas. Por otro lado, en la demarcación de Barcelona, los profesionales entrevistados alertan de un aumento de problemas de salud mental en niños/as de entre 3 y 8 años.

Pobreza y exclusión social en salud mental

La pobreza, entendida como concepto material, se define por la falta de bienes o servicios materiales, es decir, como el conjunto de privaciones sufridas durante un periodo de tiempo. La pobreza, para Spicker (2009), no se limita a una única dimensión de la vida sino que se manifiesta en otros aspectos como la vivienda, la educación o la salud. Así, las necesidades concretas siguen siendo claramente indicadores primordiales de pobreza. La perpetuación de estas en el tiempo se puede considerar como situación de pobreza. La pobreza tiene algo multidimensional dado que existe un amplio abanico de definiciones de este concepto y hacen referencia a ella a través de diez dimensiones interrelacionadas: estilo de vida precario, áreas excluidas, problemas físicos, relaciones de género, problemas en las relaciones sociales, falta de seguridad, abuso de poder, instituciones desempoderadoras, organizaciones comunitarias débiles y limitaciones en las capacidades de los pobres. Al final de la década de los ochenta, aparece un nuevo concepto que quiere marcar algunas diferencias con los términos de pobreza y privación. La exclusión social quiere poner énfasis en los aspectos dinámicos que encontra-

mos en la base de la pobreza y construir un concepto menos unidimensional en relación con la pobreza económica (Berghman, 1996). Subirats (2004: 19), sin embargo, sitúa el nacimiento del concepto mucho antes, a mediados de los setenta, con las primeras aproximaciones porcentuales que la administración francesa llevó a cabo sobre la población excluida y de donde proceden las primeras políticas específicas para su reinserción. Varias instituciones y autores señalan que la exclusión social es un concepto superior al de pobreza, ya que no tan solo se refiere a un término económico, sino que agrupa un conjunto más amplio de participación de la sociedad. Las causas de la exclusión social son multidimensionales y están agrupadas en un proceso donde el individuo sufre una pérdida de integración o participación en la sociedad en la que vive. Una de las más completas es la que nos aporta Subirats, señalando que es “una situación concreta fruto de un proceso dinámico de acumulación, superposición y/o combinación de varios factores de desventajas o vulnerabilidad social que pueden afectar a personas o grupos, generando una situación de imposibilidad o dificultad intensa de acceder a los mecanismos de desarrollo personal, de inserción sociocomunitaria y a los sistemas preestablecidos de protección social”.

Según Renés, Lorenzo y Chahín, de la Fundación Luís Vives (2007), tres son los ámbitos más destacables a la hora de hablar de exclusión: el económico (estructura la sociedad mediante la riqueza, y de su mala distribución derivarán el racismo, la discriminación, los entornos degradados, etc.); el político-legal (garante de una participación igualitaria en derechos: vivienda, educación, etc.) y el socio-relacional (vinculado a la pérdida o inexistencia de relaciones sociales que desembocan en una condición de vulnerabilidad y que, a la vez, pueden derivar en situaciones de violencia, maltrato o abuso).

Antes de la crisis, se situaba la tasa de pobreza infantil en Cataluña en un 17,6% (Pineda y Tarrés, 2011: 7). En estos momentos, según el informe de la FEDAIA (mayo 2012) existe un 23,7% de niños/as que viven bajo el umbral de la pobreza. Actualmente, sufrir pobreza infantil no significa que estos menores no accedan a tener cobertura de las necesidades básicas (como la educación o la sanidad) sino que, al no hacerlo de forma plena y en buenas condiciones, existe más posibilidades de que sufran problemas de salud o de que fracasen en el itinerario escolar.

Así, podemos observar cómo la pobreza infantil está muy condicionada por el fenómeno de la ocupación de los progenitores, que en estos momentos se ve afectado por las altas tasas de desempleo. De ahí que la situación en términos de salud mental haya empeorado ya que queda demostrada la influencia que tiene las situaciones de pobreza y exclusión social en la salud mental de los colectivos más jóvenes. En este sentido, es destacable que, en Cataluña, los niños/as que pertenecen a grupos sociales menos favorecidos tengan seis veces más de probabilidad de tener problemas de salud mental (11,1%) que los de grupos más favorecidos (1,8%), según datos del Síndic de Greuges (2012).

La pobreza infantil está muy condicionada por el fenómeno de la ocupación de los progenitores

Este proceso de desatención y empobrecimiento puede derivar en problemas de salud y psicológicos

La actualidad, y de rebote de la crisis económica y de sus efectos sobre muchos sectores de la sociedad, hace que las familias más vulnerables, aquellas que no pueden satisfacer todas las necesidades por falta de recursos, acaben extrapolando la situación a sus niños/as, que pueden acabar sufriendo riesgo, desatención y empobrecimiento en la atención que se les da. Y este proceso de desatención y empobrecimiento puede derivar en problemas de salud y psicológicos. La pobreza afecta a la salud mental ya que una situación de este tipo comporta una mayor prevalencia a sufrir trastornos de salud, que afecten especialmente a los colectivos más vulnerables: niños/as y adolescentes, y también mujeres en núcleos monoparentales. Según la FEDAIA (2012), los trastornos que más sufre este colectivo de niños/as y jóvenes son los de tipo emocional, derivados del estrés que vive la familia, y los de conducta o de hiperactividad. Y hay que tener muy presente que ese estado de salud condiciona negativamente las capacidades y oportunidades que tiene como niño/a (Sindic de Greuges, 2012), y puede tener más tendencia a padecer más patologías que un niño/a que no ha sufrido ningún tipo de pobreza.

Este año, los profesionales ponen sobre la mesa un nuevo sesgo; la clase media se ve, también, afectada por la crisis. Señalan que, en estos momentos, llegan a los servicios sociales familias que nunca habían estado en contacto con este tipo de recurso, ya que el perfil atendido durante años anteriores era, básicamente, el de menores de familias desestructuradas, con pocos o con ningún recurso económico, sin formación y muchos otros factores que les acercaban a la exclusión social. Actualmente el perfil ha hecho un giro: son familias que se encuentran en situación de riesgo por primera vez y terminan por priorizar la subsistencia, dejando a un lado otros aspectos que antes habían sido atendidos, como por ejemplo el cuidado emocional de sus hijos. Son negligencias inconscientes de los padres, desbordados por otras situaciones, y que acaban comportando mucha ansia y mucha rabia en los niños/as porque no entienden qué está sucediendo, además de generarles sentimientos de frustración y de culpabilidad.

Si hasta ahora el número más importante de población atendida era de origen inmigrante, en estos momentos el perfil ha virado hacia la población autóctona, a menudo vinculada al consumo de estupefacientes. Las familias de los menores que desarrollan enfermedades relacionadas con salud mental no tan solo son familias de escasos recursos económicos, sino que también son familias con un nivel alto de poder económico. La actual crisis ha trastocado muchas familias que, ante una mengua económica, han visto cómo su situación adquisitiva y social ha cambiado. Esta situación afecta directamente a los hijos, que acaban desarrollando problemas psicológicos y de dependencia a tóxicos en respuesta al estrés vivido. Así, podemos decir que la actual situación económica ha hecho emerger enfermedades mentales que se detectan a través de un aumento de los trastornos de ansiedad, pero también un consumo de cannabis en edades cada vez más jóvenes y otros tipos de sustancias en la adolescencia (disolventes, drogas sintéticas, cocaína...), datos que hacen que los profesionales hablen, también, de patologías mentales

vinculadas a malos comportamientos fruto de posicionamientos parentales pasivos o con pocas herramientas para actuar sobre sus hijos.

A pesar de la estabilización del número de casos, los profesionales señalan el incremento producido en los últimos tiempos. Varias razones confluyen en explicar este aumento. Destacan que, a pesar de la actual coyuntura económica, venimos de una época de bonanza en el campo de la salud; se han invertido muchos recursos en la creación de servicios, ya sea para mejorarlos o para crear nuevos servicios. Así, la situación económica ha actuado de revulsivo a la hora de detectar casos de enfermedad mental. Con la pérdida de recursos se ha producido un efecto estabilizador. Por otro lado, se señalan los últimos progresos en este campo, sobre todo en cuanto a categorías de trastorno mental y a una especificidad en la medicación. La eficacia de algunos medicamentos en los casos más graves se ha extrapolado a casos más leves, convirtiendo el tratamiento con estimulantes en un atajo al alcance de todo el mundo, un camino para mejorar el comportamiento del niño, dejando de lado los riesgos que comporta, a la larga, para la salud. Verdaderamente, existe una publicidad positiva de los medicamentos por parte de las farmacéuticas, pero también una presión a la hora de tener un diagnóstico.

El afán por establecer un diagnóstico hace que los niños lleguen con “etiquetas” a los servicios. Son etiquetas que tranquilizan a los profesionales que conviven con el menor (maestros, educadores...), pero sobre todo a los padres (en algunos casos, un diagnóstico significa el acceso a una prestación económica). Existe una necesidad de explicar qué le sucede al menor, de saber cómo hay que actuar. Cabe recordar que un diagnóstico no es, únicamente, una serie de reconocimientos médicos. Para una correcta valoración y diagnosis, es necesario conocer la historia familiar y social del menor y hacer un seguimiento puntual para observar la evolución antes de dar una diagnóstico definitivo. Lo que sucede es que, a menudo, tras la diagnosis médica se olvida el resto, dado que existe una presión a la hora de diagnosticar por lo que se ve y no por lo que envuelve al menor. Los profesionales señalan la necesidad de no presionar para tener un diagnóstico ya que, para que este sea correcto, se necesita un trabajo largo que ayudará a articular, de forma correcta, sintomatología e historia personal, dado que frecuentemente la clave está en tener en cuenta que el menor convive en un entorno concreto.

El afán por establecer un diagnóstico hace que los niños lleguen con “etiquetas” a los servicios

Es preciso pensar en actuaciones de carácter integral, a pesar de que en estos momentos no se están dando. El trato psiquiátrico debe ir de la mano de un tratamiento psicológico, pero no tan solo al menor, también un trabajo a todo el entorno. A pesar de estas observaciones, en estos momentos, las actuaciones no se hacen efectivas hasta llegar a circunstancias límite.

Algunos profesionales señalan que, en el caso de los menores tutelados, estos llegan muy medicados y con poco seguimiento psicológico, hecho que se añade al desconocimiento de la temática por parte de los profesionales que conviven con ellos. No obstante, concluyen que, a la hora de atender a este

colectivo, los servicios están más pendientes y se detectan antes las necesidades emocionales que tienen los menores. Los profesionales ponen sobre la mesa la necesidad de hacer un trabajo preventivo en relación con la atención de este colectivo, para no atender a los niños en el último momento.

Perfiles de los niños/as y adolescentes

La etapa infantil es fundamental para el desarrollo de los niños ya que les permite construir su propia personalidad, adquiriendo experiencias y favoreciendo su socialización. Es un momento clave a la hora de construir su desarrollo emocional que, junto con las características personales, su entorno inmediato, comunitario y social, constituirán, o no, un riesgo de déficit o de distorsión de las condiciones adecuadas para desarrollar los recursos que necesitará en su etapa adulta.

El perfil más predominante abarca de los 3 o 4 años hasta los 18 años. Predomina, entre los más pequeños, la falta de estimulación, los problemas de aprendizaje y aquellos que derivan de la desatención. Es destacable reseñar que los menores cada vez llegan con problemas más serios, muy vinculados a situaciones de violencia en el núcleo familiar. Esta desatención puede venir provocada, entre otras razones, por la falta de apoyo social: el no disponer de red social que dé soporte puede desembocar en situaciones de riesgo social para el menor. De los 7 a los 12 años, se habla de TDA/H (Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad), conductas desafiantes y problemas de tóxicos, sin dejar de lado la desatención. Preocupa mucho el aumento del diagnóstico de TDA/H, que hace que los profesionales se replanteen si realmente se hace un buen trabajo desde los servicios.

Para minimizar los riesgos de los que hemos hablado, se necesita apoyo emocional adecuado, con vínculos fuertes, que ayuden a crear buenas condiciones para que el menor pueda enfrentarse al mundo. La estabilidad y la previsibilidad en el vínculo con los referentes adultos le permitirán construir una relación de afección segura. Si estas bases se rompen puede ser que, en un futuro, pueda aparecer algún problema de salud mental.

En todas las demarcaciones se destaca la pobreza emocional como uno de los problemas más tratados en las consultas y la dificultad de abordaje cuando las dificultades emocionales son tan grandes. Los profesionales se encuentran ante unos menores que reclaman mucha atención, con necesidades específicas de atención mental, con problemas emocionales serios que no saben cómo enfocar ya que, hasta ahora, las problemáticas tratadas eran “previsibles” (malos tratos, consumo de tóxicos por parte de los progenitores o de los hijos, violencia doméstica), pero ahora se enfrentan a problemas nuevos, resultado de los procesos migratorios, de la crisis económica y social, de la falta de valores, etc. Podemos coincidir en que las situaciones familiares son más complejas que en épocas anteriores dado que existen muchos más problemas de salud mental a nivel familiar, junto con los de la pobreza social y socioeconómica.

Otro aspecto coincidente que cabe destacar es la falta de pautas familiares. En términos generales, debemos decir que el rol que desarrollan los padres hacia los hijos es de vital importancia. El establecimiento de normas y límites en el contexto familiar supone uno de los factores de protección más significativos para reducir la probabilidad de aparición de conductas de riesgo, tanto en la infancia como en la adolescencia. Los límites ofrecen seguridad y protección.

A nivel general en Cataluña los grupos de discusión han coincidido en destacar las nuevas estructuras familiares; los jóvenes y adolescentes no se sienten seguros en el núcleo familiar. Además de la diversidad de núcleos familiares, existe una falta de pautas por parte de los padres que repercute negativamente sobre los hijos y que empeora a medida que los menores crecen. Todos los profesionales coinciden en la necesidad de trabajar con todo el núcleo familiar; la mayoría de los problemas de estos adolescentes y jóvenes están vinculados a la familia; las nuevas estructuras familiares tienden a estresarles. De ahí parte la necesidad de las escuelas de padres. A menudo, los progenitores no saben cómo abordar determinadas patologías y/o necesidades de los hijos, por lo que se precisan procesos de acompañamiento a la familia.

Los progenitores no saben cómo abordar determinadas patologías y/o necesidades de los hijos, por lo que se precisan procesos de acompañamiento a la familia

Necesidades y dificultades

En relación con las necesidades de esta población, y en el marco de la salud mental, se observa que existe una división a la hora de detectar las carencias, ya sean propias de los niños/as y adolescentes, de las familias o de las instituciones y los recursos que tiene cada uno. Los diferentes profesionales destacan:

1. La necesidad de una detección y prevención precoz, asociada a las necesidades y recursos de estas familias. Fomentar la prevención precoz entre los niños/as más pequeños evitaría o ayudaría a paliar el aumento de enfermedades mentales. Se pone el acento en la necesidad de romper con recursos intermedios que, en este momento, no existen, y que ayudaría a cubrir todas las necesidades de todas las franjas de edad. Como ejemplo de esta carencia podemos citar el problema de menores que pasan de la UCA (Unidad de Crisis de Adolescente) directamente al Centro de Día, sin un recurso intermedio que ayude a prepararles para hacer una vida normal. O, en el caso de los más pequeños, el escaso o nulo seguimiento de los menores (0-5) que, una vez salen del CDIAP (Centro de Desarrollo infantil y Atención Precoz), pasan a manos del CSMIJ (Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil).
2. La necesidad de un referente claro, así como de un acompañamiento emocional por parte de su familia. Cuando hablamos de referente claro, nos referimos a una, o unas personas adultas, con herramientas para sostener, acompañar, vincular y saber establecer límites. Ya hemos seña-

lado en páginas anteriores la importancia de los referentes en momentos vitales de crecimiento del menor. Esta necesidad aumenta, según València (2007), cuando este sufre algún tipo de trastorno mental, por eso las familias necesitan herramientas concretas para afrontar situaciones de crisis y poder resolver problemas.

3. Una tercera necesidad fundamental que se expone es el trabajo con las familias. Se considera que debería ser de obligado cumplimiento la intervención en las familias, y de forma simultánea, con los menores que sufren algún tipo de trastorno. A pesar de la dificultad de esta tarea, que choca con las resistencias familiares, no debe dejarse de lado y es preciso trabajar de forma específica en esta dirección ya que la familia es un elemento clave a la hora de enfocar una recuperación. En esta misma línea, Bardón (2004) afirma que, en la intervención específica con los familiares de niños/as y adolescentes con trastornos mentales graves, es fundamental sostener, apoyar y ayudar en todo momento, sobre todo si hay separación del hijo.
4. Otra necesidad que se detecta está relacionada con las anteriores: la atención especializada, individualizada y a diferentes niveles (nivel de salud, educación y aprendizaje, socioemocional y psicológico). Hay que trabajar en la línea de una atención personalizada, teniendo en cuenta las necesidades y características individuales de cada menor; teniendo en cuenta edad, género, etnia, pertenencia familiar y el tipo de trastorno mental, sin olvidar que una parte de este colectivo necesita añadir a estas necesidades básicas la seguridad y la estabilidad que, en este momento de su vida, les falta.
5. Por último, destacar la importancia de la coordinación entre profesionales para ofrecer un acompañamiento, una vinculación y un soporte tanto en recursos materiales como emocionales en la familia y al menor, para favorecer que las familias aprendan a vivir las reacciones de sus hijos y poder facilitar el proceso de tratamiento de estos, además de trabajar en una única línea hacia un diagnóstico claro.

En relación con las dificultades con las que se encuentran los profesionales a la hora de llevar a cabo su trabajo, se observa, de forma subyacente, una preocupación especial y unos posicionamientos muy cuidadosos a la hora de hablar de los niños/as y adolescentes con conflictos y problemáticas mentales. Todos muestran una especial sensibilidad a la hora del abordaje. Entre las dificultades con las que se encuentran en su día a día, destacan las siguientes:

1. El exceso de diagnóstico y medicación. Un exceso se traducen en una “marca” de la sociedad hacia el menor que, a menudo, degenera en una estigmatización que les perjudica en el funcionamiento cotidiano y social. Ciertamente, los diagnósticos son necesarios para poder trabajar en

Hay que trabajar
en la línea de una
atención
personalizada

una dirección concreta y para buscar una mejora, pero los profesionales no acaban de definir cuál es el límite entre el exceso de diagnóstico y el diagnóstico adecuado. Como ya se ha dicho, el incremento de la medicación para tratar los síntomas de las enfermedades contribuye a la aparición de nuevos trastornos o conductas que antes no existían, perjudicando gravemente el comportamiento de niños/as o adolescentes (esto se ve muy fácilmente en niños diagnosticados con TDAH y medicados que, en realidad, no lo son sino que sufren un problema causado por una cuestión psicológica o emocional). A la vez, en algunas ocasiones se acaba dando un nombre de enfermedad, a diagnosticar, para tranquilizar a familiares y profesionales, y se medica para reducir las conductas disruptivas de los menores. Justificando este hecho, García y Domínguez (2012) afirman que, en el Estado español, en los últimos veinticinco años, se ha pasado de un infradiagnóstico del TDAH a un sobrediagnóstico, lo que acabará por causar problemas potencialmente graves. Este problema llega a unas dimensiones muy elevadas, como corrobora la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el Fondo de Naciones Unidas por la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

2. Detectar un trastorno mental si este no está asociado a un trastorno del aprendizaje o a un comportamiento exterior, ya que, a veces, si el trastorno mental no lleva asociado un trastorno de aprendizaje es difícil de detectar; se necesitan síntomas visibles: para diagnosticar a un niño/a con dificultades de aprendizaje, se necesita una discrepancia entre su nivel de inteligencia y sus resultados. Es muy complicado detectar algunos trastornos mentales, ya que muchos de ellos no vienen derivados de una dificultad de aprendizaje, sino del funcionamiento cerebral y cognitivo.
3. Afrontar y concienciar de la enfermedad, hecho que se agrava con la disponibilidad de recursos y no en las dificultades que se observan en sí mismas. Hay colectivos para los que la enfermedad mental todavía sigue siendo tabú. Muchas de estas experiencias suelen darse a causa de una falta de conocimiento o por miedo a lo desconocido, o porque no saben cómo salir adelante ante este tipo de enfermedad. Contrariamente, también encontramos familias que presionan para tener diagnóstico y otras que, sencillamente, aceptan la situación de los hijos, que recibirán un trato adecuado. La sociedad tiene una idea estigmatizada de las personas con enfermedades mentales, lo que provoca miedo y rechazo a los tratamientos; evitando el rechazo social se consigue que la persona afectada pueda tener un equilibrio en su funcionamiento cotidiano. La dificultad a la que se enfrenta el profesional ante estos casos de reticencia por parte del referente o de los menores es doble. El hecho de no pedir ayuda y de no reconocer la enfermedad de un hijo provoca consecuencias directas con unos efectos negativos a la hora de acceder a recursos y de ejercer sus derechos y desarrollarse como persona.

Los profesionales muestran su preocupación ante el abordaje de la situación. La escasez actual de recursos, a pesar de venir de épocas más prósperas, impide que se pueda llevar a cabo una asistencia continuada y completa para cubrir las necesidades integrales de los menores y de sus familias. Como se ha dicho, existe un tratamiento psiquiátrico y farmacológico, pero ambos deben ir necesariamente acompañados de un apoyo terapéutico y psicológico periódico.

Servicios y recursos

El Plan Director de Salud Mental y Adicciones (PDSMiA) del 2010 identificó que en la Atención Primaria de Salud (APS) de Cataluña existen más casos de problemas de salud mental, más derivaciones a especialistas con patologías que precisan una atención especializada y menos atención psicológica, tanto en la APS como en la especializada, respecto a Europa. Por tanto, tiene como objetivo el incremento de la atención a los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), pero también el aumento de la participación de los CSMIJ porque afecta especialmente la detección y atención avanzada de los trastornos autistas y de los TDAH, dado el importante incremento que han experimentado los CDIAP (Generalitat de Catalunya, 2010:11).

Existe una falta de red asistencial y de recursos que afecta a los niños/as y adolescentes con trastornos mentales

Para Jiménez (2004), en la actualidad nos encontramos ante una falta de recursos, sobre todo de dispositivos intermedios de asistencia infanto-juvenil, y con jóvenes en una situación cronificada a pesar de su edad. Por este motivo, pone énfasis en una actuación preventiva tanto en el ámbito de la salud como en la detección y atención precoz de los problemas mentales, relacionando este aspecto con los riesgos psicosociales que sufren los niños/as y adolescentes y corroborando que existe una falta de red asistencial y de recursos que afecta a los niños/as y adolescentes con trastornos mentales y esto impide su recuperación.

En esta investigación se ha realizado una representación gráfica de las cuatro demarcaciones catalanas, donde se observa el gran número de servicios con los que cuenta la ciudad de Barcelona y su área metropolitana en comparación con el resto. Girona y Tarragona son las demarcaciones con menos servicios.

Todos los profesionales estuvieron de acuerdo con que, dependiendo del territorio, podrán acceder a unos recursos u otros. Los servicios de Barcelona triplican los servicios en las otras demarcaciones. No obstante, cabe remarcar que la asignación de servicios se hace según los cánones de población. Con los mapas también se puede ver de forma clara y entendedora la distancia que hay entre los diferentes servicios en algunas demarcaciones. En Lleida, por ejemplo, vemos que los servicios están muy lejos unos de otros.

El recurso más utilizado es el CSMIJ, donde la distribución de los centros es heterogénea. Es decir, que están distribuidos por todo el territorio catalán, por lo que el paciente acudirá al más cercano, ya que el acceso está garantizado con equipos de consultas periféricas (Servei Català de Salut, Generalitat de Catalunya, 2012). La región de Barcelona cuenta con un CSMIJ para cada distrito de Barcelona, y diecisiete en cercanías. Tarragona tiene dos (en Tarragona y Tortosa). Y Lleida y Girona tienen uno, respectivamente.

Los CSMIJ están desbordados ante la gran cantidad de demanda y las pocas plazas existentes. Todos coinciden en que la frecuencia y el tratamiento de la población no se adecua a las necesidades. No obstante, algunos profesionales alertaban de que esta progresión en el aumento de demanda y de visitas programadas no repercute en el aumento de trabajadores para atender al colectivo, llegando incluso a disminuir el número de profesionales.

En el caso de las Unidades de Referencia Psiquiátrica Infantil y Juvenil (URPI), se demanda que se aumenten las plazas en cada demarcación, dado que hay un número muy reducido, especialmente en aquellas demarcaciones que no es Barcelona.

Los profesionales también alertan del aumento de la demanda de los servicios de salud mental de la pequeña infancia, lo que ha supuesto mejoras en el CDIAP, que realizan un proceso de valoración y prevención tanto con niños/as (de 0-3 años) como con las familias.

En los CRAE, donde conviven menores en situación de riesgo social que no están con sus familias, ha aumentado la demanda de valoraciones en casos de salud mental. Algunas demarcaciones se están encontrando con muchos diagnósticos difusos por parte del CSMIJ de chicos/as multiproblemáticos, por diferentes causas y con problemas de salud mental. No tienen ningún recurso y el CSMIJ no ofrece una asistencia integral, dado que no existe seguimiento psicológico.

Para terminar, en relación con la cartera de servicios, llegada la mayoría de edad, en Girona hay cuatro pisos tutelados y en Tarragona y Lleida no hay ninguno, mientras que en Barcelona hay catorce. En cuanto a la atención a jóvenes mayores de edad, en Girona Lleida y Tarragona no hay pisos terapéuticos ni asistidos para chicos/as que necesiten trabajar la autonomía, en cambio, en el caso de Barcelona hay once (*Guia de serveis per a persones amb malaltia mental*, 2008).

En todos los grupos de discusión, se ha puesto de relieve una serie de carencias en los recursos:

1. Involución en recursos especializados y un aumento en las listas de espera, además de una dificultad de acceso a los servicios.

2. Aumento de niños/as con dificultades de salud mental de entre 3 y 8 años atendidos por el CSMIJ en la demarcación de Barcelona, a pesar de que estos niños/as necesiten otro tipo de recurso (CDIAP), lo que provoca que el servicio se desborde.
3. Diagnósticos tardíos, dado el colapso de los servicios especializados, traducidos en un agravio de los casos.
4. Una falta de tiempo y recursos por parte de los profesionales, junto con la burocratización de los protocolos, hace aumentar el estrés de estos por no poder atender adecuadamente, ni por cantidad ni calidad.
5. Una diferencia significativa con los CRAE, sobre todo en la demarcación de Barcelona, que cada vez reciben una atención más terapéutica.
6. Falta de tratamiento psicológico en los diferentes servicios.
7. Apoyo a las familias a la hora de trabajar la prevención para que no empeore el trastorno.
8. La falta de plazas en la URPI obliga a tratamientos ambulatorios.
9. No hay servicios específicos para jóvenes mayores de 18 años, o son insuficientes, como en el caso de Barcelona.

Se está fomentando la coordinación y el trabajo en red entre los profesionales

Los recortes económicos han afectado a este colectivo en cuanto a programas, convenios y recursos; los profesionales han tenido que utilizar la creatividad y, en muchos casos, la buena voluntad. Para minimizar estos déficits se está fomentando la coordinación y el trabajo en red entre los profesionales, realizando, en la medida de lo posible, un trabajo preventivo desde los servicios.

Conclusiones

El concepto de pobreza ha evolucionado a raíz de la crisis económica. Se ha podido comprobar que, en toda Cataluña, aparecen diferentes tipos de pobreza, como la económica, que pueden condicionar la presencia de problemas de salud mental a uno de los colectivos más vulnerables, el de niños/as y adolescentes, que, si no se detectan a tiempo, pueden agravarse de forma irreversible.

La situación de crisis ha provocado un incremento de los niños/as y adolescentes atendidos en los servicios de salud mental de las cuatro demarcaciones catalanas. Este hecho ha sacado a la luz muchas situaciones precarias, que en la época de bonanza económica quedaban invisibilizadas, como podían ser las enfermedades mentales de los progenitores de estos menores y las situaciones de riesgo en las que estos menores se encontraban.

La crisis, sin embargo, no tan solo ha hecho que el número de usuarios fuera mayor, sino que ha potenciado el recorte de servicios y profesionales que trabajaban en ellos. Es por ello, también, que los profesionales no disponen de recursos para poder cubrir las necesidades de los usuarios/as, por lo que demandan la implantación de servicios específicos e intermedios en todas las demarcaciones.

Durante toda la investigación, se ha constatado una evolución en cuanto al número de casos y en el perfil de niños/as y adolescentes. El número de casos atendidos en los últimos cinco años se ha visto aumentado considerablemente por la situación de crisis en la que se ve inmersa la sociedad catalana. La atención dirigida al colectivo de infancia y adolescencia ha evolucionado hacia una especialización de los servicios por el crecimiento de la demanda y las particularidades de los trastornos que han aparecido.

En cuanto al perfil de niños/as y adolescentes hay varios aspectos a destacar. El primero, la edad de los niños/as que llegan a los servicios: lo hacen cada vez más pronto y con diagnósticos más graves. Otro aspecto a destacar es el consumo de tóxicos; los profesionales señalan que este consumo se da en cantidades cada vez más elevadas, sobre todo el consumo de cannabis, y cada vez en edades más jóvenes. Este abuso de sustancias repercute proporcionalmente en la gravedad de las enfermedades que presentan.

Por otro lado, en cuanto a la pequeña infancia, existe un exceso de medicalización de los menores, sobre todo en los casos de TDAH. Los profesionales, que reconocen parte de culpa en esta diagnosis, creen que hay que acabar con esta mala praxis y que hay que tomar medidas alternativas y explorar más cada caso para poder ofrecer otro tipo de tratamientos como el seguimiento psicológico.

Las personas de referencia son un pilar fundamental para el desarrollo psicosocial de los niños/as, pero sobre todo de los adolescentes, ya que si no existe este pilar se corre el riesgo de desarrollar un trastorno mental. A su vez, cuando un niño/a o adolescente ya está diagnosticado, es de vital importancia su figura, ya que marcará el acompañamiento, seguimiento y recuperación del menor dentro, siempre, de las posibilidades de mejora del trastorno.

En relación con las necesidades y las dificultades, hemos constatado que hay que fundamentar la prevención precoz sobre todo en el colectivo de pequeña infancia, ya que permitirá reducir la aparición y evitar que se agraven posibles trastornos que se puedan desarrollar.

Para que la tarea sea eficaz y eficiente, hay que trabajar de forma integral, realizando un acompañamiento en las familias, dando seguimiento y continuidad en su entorno familiar. Trabajando con la familia también se conseguirá detectar situaciones de riesgo que permitan encontrar las posibles causas del malestar del menor realizando una atención especializada, individualizada y a diferentes niveles.

Si nos fijamos, ahora, en las dificultades que presenta este colectivo, podemos señalar que en todas las demarcaciones catalanas se está produciendo un exceso de diagnóstico y una sobremedicalización de los niños/as y adolescentes. Esto se debe, en la mayoría de casos, a una necesidad por parte de la familia de poder poner nombre a los síntomas que presenta su hijo/a y de

esta forma poder calmar sus angustias. A la vez, los profesionales tienden a diagnosticar, sin tener en cuenta las repercusiones que puede suponer a nivel psicológico para el niño/a o adolescente. Una repercusión muy clara es el etiquetaje, que supone un estigma para toda la vida, de cara a la sociedad y para los propios niños/as o adolescentes.

Otra dificultad con la que se encuentra este colectivo es el poder detectar un trastorno mental cuando no está asociado a un trastorno del aprendizaje o a una comportamiento exterior. Este hecho comporta que tenemos diferentes trastornos invisibilizados, con el consiguiente crecimiento de riesgo social.

Otro aspecto a destacar, tras el análisis exhaustivo realizado sobre el mapa de servicios en el territorio de Cataluña, es que se observa que cada uno de los servicios catalanes ha evolucionado de diferente modo. En primer lugar, hay que fijarse en el aumento de demandas que reciben los CSMIJ en número y perfil de usuarios y en cómo se ha agravado la situación por el recorte de profesionales. En cuanto a los CDIAP, se observa una mejora y una especialización en el trabajo realizado, sobre todo referente a la detección de trastornos en salud mental desde los primeros años de vida y que se traduce en tareas de prevención y contención. El fracaso escolar ha provocado un aumento de los usuarios de las UEC, saturándose el servicio.

La crisis también ha producido la extinción de algunos servicios especializados que podrían cubrir las necesidades específicas de este colectivo. Servicios que existen en la cartera de servicios y que no son implementados de igual modo en todo el territorio. Las grandes carencias, sin embargo, que presenta el mapa de servicios varían según las demarcaciones, ya que, dependiendo del territorio, existe un mejor acceso a unos recursos u otros.

El trabajo en red se ha convertido en una herramienta primordial ante los recortes sociales

Finalmente, cabe destacar que en este contexto de crisis, los profesionales han tenido que hacer resurgir prácticas sociales alternativas como respuesta a estas necesidades, recuperando formas de intervención ajenas a lo que se estaba realizando hasta ahora. El trabajo en red se ha convertido en una herramienta primordial ante los recortes sociales. Es en este punto en el que el trabajo en red sí es efectivo. Los profesionales pueden recurrir a la ayuda y al apoyo de otros profesionales y conseguir una mejora en su bienestar. No obstante, reclaman que este trabajo en red se impulse desde los entes con poder, para llevarlo a cabo de forma general e igualitaria en las cuatro demarcaciones.

Recomendaciones

Estas son algunas de las propuestas para paliar las necesidades y dificultades de los niños/as y adolescentes con problemas de salud mental.

1. Abordar una intervención basada en un enfoque familiar y del entorno del niño/a y/o adolescente, dando herramientas y fomentando habilidades a las familias para poder afrontar la problemática.
2. Dar más voz y participación al individuo afectado para paliar su situación: un compromiso, una implicación y una motivación mayor por parte del afectado es sinónimo de una intervención más eficaz.
3. Combinar la medicación adecuada a la enfermedad mental, junto con un seguimiento terapéutico, seguido y cuidadoso. Esto implica una coordinación exhaustiva entre profesionales de diferentes ámbitos, un uso de estrategias prácticas y de acompañamiento para llevar a cabo el seguimiento del menor, enfatizando en los aspectos positivos tanto del menor como de la familia.
4. Diagnosticar con el tiempo y recursos necesarios cada caso. La atención integral y de calidad necesita un estudio más amplio de cada caso, teniendo en cuenta sus particularidades.
5. Realizar una atención integral y de calidad trabajando desde la horizontalidad y la transversalidad.
6. Formar a los profesionales del ámbito social y sanitario para conseguir un reciclaje continuo, para poder dar una respuesta más ajustada a las necesidades de cada caso y a los nuevos perfiles que vayan surgiendo.
7. Incentivar el trabajo en red para estipular protocolos de intervención y programas que ayuden a mejorarlos, trabajando de forma integral cada caso, desde los diferentes criterios profesionales.
8. Mantener un papel igualitario entre las diferentes disciplinas profesionales, para tratar al individuo desde una perspectiva bio-psico-social y no desde un marco tan solo médico.
9. Restituir la imagen del enfermo mental evitando los estereotipos. El etiquetaje puede ser útil, pero también contraproducente.
10. Valorar si la cartera de servicios está ofreciendo servicios que responden a las necesidades con las que se encuentran los profesionales o si, simplemente, se ofrecen los servicios según las necesidades de cada momento.
11. Aumentar los recursos económicos en los servicios de atención a la salud mental infantil-juvenil para poder ofrecer una atención más personalizada, sobre todo en centros educativos y familias.

En lo que concierne a la cartera de servicios, se propone:

1. Invertir más recursos económicos en la prevención y en el trabajo con familias para evitar llegar a situaciones irreversibles.
2. Crear un recurso informativo por demarcaciones, donde aparezcan todos los recursos existentes y sus especificidades.
3. Crear URPI con más plazas en todas las demarcaciones.
4. Aumentar plazas de CSMIJ en todas las demarcaciones para cubrir las necesidades de la población.

5. Aumentar los recursos preventivos destinados a la pequeña infancia, ya que el único servicio que da respuesta es el CDIAP, completamente insuficiente.
6. Crear recursos para mayores de dieciocho años, que hagan el acompañamiento en la transición hacia la etapa adulta y en la adquisición de autonomía.
7. Aumentar la ratio de profesionales para evitar que el aumento de la demanda colapse los servicios.

Violeta Quiroga
 Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales
 Universidad de Barcelona
 violetaquiroga@ub.edu

Carmen Guasch
 Departamento de Educación Social
 Universitat Oberta de Catalunya
 cguaschvalls@gmail.com

Bibliografía

Bardón, C. (2004). “Los trastornos mentales graves en la infancia y en la adolescencia”. En: *L’interrogant: Revista de la Fundació Nou Barris per a la Salut mental*, II. http://www.revistainterrogant.org/?page_id=118

Berghman, J. (1996). “Conceptualising Social Exclusion”. Ponencia presentada en la Conferencia de *European Science Foundation sobre Social Exclusion and Social Integration in Europe: Theoretical and Policy Perspectives on Poverty and Inequality*. Blarney, Irlanda, 26-31 de marzo.

FEDAIA, (2012). <http://www.social.cat/documents/pobresainfantilfedaiainforme.pdf>

García, J. J.; Domínguez Carral, J. (2012). “¿Existe un sobrediagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)?”. En: *Evidencias en Pediatría*: Vol. 8 núm. 3. http://www.evidenciasenpediatria.es/DetalleArticulo/_LLP3k9qgzlh7aNQBiadwmaMOISQgCOX0QRdJF5oH_8qV_RztPGwSo8LU28cFLXPyt899BQG7qYAii0KRQyDQ0w

Generalitat de Catalunya (2010). *Pla Integral d’atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions*. Barcelona: Departament de Salut. http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Salut_mental/pdf/plaintegsmental.pdf

Generalitat de Catalunya (2008) *Guia de serveis per a persones amb malaltia mental*. Departament de Benestar i Ciutadania.

http://www20.gencat.cat/docs/dasc/03Ambits%20tematics/13MalaltiaMental/Serveis_socials/Guia_serveis/GuiaServeisPersonesMalaltiaMental.pdf

Generalitat de Catalunya (2009). *Oferta i utilització de serveis i recursos per a la infància i l'adolescència de Catalunya: Pla Director d'infància i adolescència a Catalunya* (documento núm. 7). Departament d'Acció Social i Ciutadania. http://www20.gencat.cat/docs/dasc/03Ambits20tematics/07Infanciaiadolescencia/Politiques_i_plans_actuacio/PDIAC/06_documentacio_resultant/documentos/arxius_pdf/oferta_utilitzacio_serveis.pdf

Generalitat de Catalunya (2010). *Pla Integral d'Atenció a les Persones amb Trastorns Mentals i Addiccions*. Departament de Salut. http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Salut_mental/pdf/plaintegsmental.pdf

Generalitat de Catalunya (2012). *Barcelona Observatori de Tendències de Serveis de Salut. % de pacients atesos al CSMA i CSMIJ amb alguns dels diagnòstics compatibles TMS o TMG*.

http://www.gencat.cat/salut/botss/html/ca/dir6_176/doc35741.html

Generalitat de Catalunya. (2012). *Estadístiques de persones amb discapacitat*. Departament de Benestar i Família <http://www20.gencat.cat/portal/site/bsf/menuitem.6e02226e86d88424e42a63a7b0c0e1a0/?vgnnextoid=ea9b423aa06a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=ea9b423aa06a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD>

Jiménez, A M^a. (2004). “Dispositivos de internamiento terapéutico para patología mental grave de niños y adolescentes”. En: *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, núm. 89. Madrid. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021157352004000100011&script=sci_arttext

Pineda, L.; Tarrés, A. (2011). “La pobresa a Catalunya, un abans i un després de la crisi”. En: *Perspectiva escolar*, 360. *Crisi, pobresa i infància*. www.obdesigualtats.cat/intra/ob/documents/PobresaPERSPECTIVAESCOLAR.pdf

Renés, V.; Lorenzo, F.; Chahin, A. (2007). *Poniendo en práctica la Estrategia Europea para la inclusión social. Del plano europeo al plano local*. Fundación Lluís Vives.

http://www.fundacionluisvives.org/upload/16/16/cuaderno_europeo4.pdf

Síndic de Greuges. (2012). Informe sobre la pobresa infantil a Catalunya. <http://www.sindic.cat/site/unitFiles/3346/Informe%20sobre%20pobresa%20infantil%20setembre%202012.pdf>

Spicker, P. (2009). “Definiciones de pobreza. Doce grupos de significados”. En: Spicker, P.; Álvarez, S.; Gordon D. *Pobreza. Un glosario internacional*. Buenos Aires. Clasco Coleccion.

Subirats, J. (dir) (2004). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*. Barcelona. Fundació La caixa. Colección Estudios Sociales, 15.

http://obrasocial.lacaixa.es/StaticFiles/StaticFiles/a84f7102892ef010VgnVCM1000000e8cf10aRCRD/es/es16_esp.pdf

València, M. (2007). “Trastornos mentales y problemas de salud mental”. En: *Salud Mental*. Vol. 30, Núm. 2. <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3002/sm300274.pdf>