

(PD)

Planificació i Avaluació
Pla Director de Salut Mental i Addiccions



Programa d'atenció als adolescents amb conductes de consum de substàncies del Pla director de salut mental i addiccions



(PD)

Planificació i Avaluació
Pla Director de Salut Mental i Addiccions

Programa d'atenció als
adolescents amb
conductes de consum
de substàncies del Pla
director de salut mental
i addiccions



Biblioteca de Catalunya. Dades CIP:

Programa d'atenció als adolescents amb conductes de consum de substàncies del Pla Director de Salut Mental i Addiccions

Programa d'atenció als adolescents amb conductes de consum de substàncies del Pla Director de Salut Mental i Addiccions. - (Planificació i avaluació ; 23)

Bibliografia

ISBN 978-84-393-7691-0

I. Catalunya. Departament de Salut II. Pla Director de Salut Mental i Addiccions (Catalunya) III. Col·lecció: Planificació i avaluació ; 23

1. Adolescents - Consum de drogues - Catalunya 2. Adolescents - Consum de substàncies - Catalunya 3. Adolescents - Assistència mèdica - Catalunya 613.83-053.6(467.1)

© Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

Edita: Direcció General de Planificació i Avaluació.

Programa d'atenció als adolescents amb conductes de consum de substàncies del Pla director de salut mental i addiccions

Primera edició: Barcelona, febrer de 2008

Tiratge: 500 exemplars

ISBN 978-84-393-7691-0

Dipòsit legal: B-11163-2008

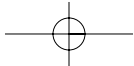
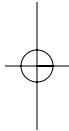
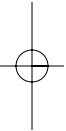
Assessorament lingüístic: Traduccions Manners

Maquetació: Industrias Gráficas Galileo S.A.

Impressió: Industrias Gráficas Galileo S.A.

Índex

1. Introducció	5
2. El Pla director de salut mental i addiccions amb referència a les conductes de consum, addictives i de risc en la població adolescent	9
2.1. Aspectes conceptuals del Pla director relacionats amb les conductes de consum, addictives i de risc	
2.2. Objectius del Pla de salut relacionats amb les conductes de consum, addictives i de risc	
2.3. Aspectes clau de les dades epidemiològiques disponibles	
2.4. Projectes definits específicament pel Pla director amb relació a les conductes de consum, addictives i de risc en l'adolescència	
3. El Mapa sanitari: criteris generals de planificació de serveis i població adolescent	15
4. El programa d'atenció als adolescents amb conductes de consum addictives i de risc	19
4.1. Objectius	
4.2. Població diana	
5. Àmbits de la intervenció: prevenció selectiva i indicada des dels serveis sanitaris	23
5.1. Recomanacions per a la prevenció selectiva i indicada	
5.2. Les actuacions preventives	
5.3. Primers indicadors de problemes amb l'alcohol i altres drogues	
5.4. Agents per a la detecció precoç	
6. Model assistencial d'integració CAS-CSMIJ: la unitat funcional	27
6.1. El circuit assistencial i el paper de l'atenció primària	
6.2. Característiques del servei i el tractament	
6.3. Aspectes ètics i legals	
6.4. Característiques dels professionals	
7. Indicadors del Pla director de salut mental i addiccions	33
8. Bibliografia	35
9. Annexos	39
10. Composició grup de treball	43



1. Introducció

1. Introducció

L'adolescència és una fase del desenvolupament especialment vulnerable segons els canvis maduratiu/genètics, neurohormonals, corporals, cognitius/emocionals i psicosocials. Es mantenen molts trastorns infantils i constitueix l'edat d'inici preferent d'altres trastorns propis de l'adult.

La majoria d'estudis observen que aproximadament el 14 % dels nens i els adolescents (de quatre a disset anys) pateixen algun trastorn mental important en algun moment, uns trastorns que causen malestar i incapacitats en la família, l'escola i/o la comunitat. El 6 % dels nens i els adolescents pateixen depressió major.¹ Quan es tenen en compte els trastorns mentals menors, la proporció és superior: el 20 % o més.² Els trastorns comòrbids agreugen el problema. Al voltant del 50 % de menors amb un trastorn presenten dos trastorns o més al mateix temps.³

Els diversos observatoris de consum de drogues mostren una incidència elevada de l'ús de substàncies entre els adolescents, amb precocitat en l'edat d'inici, i associació a conductes de risc. També s'observa que la majoria dels qui inicien l'ús de substàncies no continuen ni presenten problemes associats.

Els factors de risc per trastorns mentals inclouen característiques individuals (predisposicions genètiques, temperament, etc.), familiars (psicopatologia dels pares, vinculació insegura, etc.) i comunitàries (pobresa, violència de barri, etc.). Aquests factors tendeixen a agrupar-se, interactuar i associar-se amb més d'un problema de salut. Passa alguna cosa semblant amb els factors protectors. El nombre d'adolescents que consumeixen alcohol i drogues fa que s'incrementi la prevalença de patologia dual (trastorns que es desenvolupen a la vegada),⁴ particularment en aquells que presenten vulnerabilitat alta i factors de risc.⁵ També fa que empitjorin els pronòstics i que es distorsionin els quadres clínics, tal com s'observa als serveis de psiquiatria infantojuvenil.

Es calcula que només reben atenció psiquiàtrica especialitzada menys del 25 % dels menors amb trastorns greus. Els CSMIJ són el dispositiu que té els professionals amb expertesa en el tractament de la patologia psiquiàtrica infantojuvenil, i que actualment manté la vinculació amb pacients amb TM i trastorn per ús de substàncies (TUS), i el CAS disposa de programes i professionals amb experiència per al tractament dels trastorns per ús de substàncies. La bibliografia indica la no-adequació dels tractaments dels individus amb trastorns coexistents (patologia dual) i la focalització del treball terapèutic en només un dels trastorns.⁶ Això fa que, seguint el pla director, convingui dur a terme aliances estratègiques en els territoris que incloguin protocols de tractament compartit, consultories i distribució del flux de pacients amb desplaçament de professionals a fi de tractar tots els trastorns que el pacient presenta i, d'aquesta manera, optimitzar l'atenció.

1. *Recomendaciones sobre salud sexual y reproductiva, consumo de alcohol y salud mental*, 2002.

2. *The National Survey on Drug Use and Health*, 2005.

3. <http://www.oas.samsha.gov>.

4. SIMKIN, DR. *The pediatric clinic of North America*, 2002.

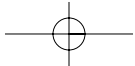
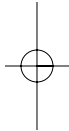
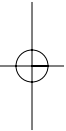
5. FRANCO, C; ARANGO, C. *Prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes*, 2004.

6. ZIMBERG, S; SOLOMON, J; SCHOLLAR, E; O'NEILL, M. *Desarrollo de servicios terapéuticos de diagnóstico dual incluidos en programas ambulatorios psiquiátricos y en programas de drogodependencias*, 1996.

Tot i això, sabem que un grup important d'usuaris en diferents nivells de consum no han contactat amb aquests dispositius.⁷ Destaquem, doncs, la importància de la intervenció en diferents nivells, amb diverses estratègies i amb diferents objectius parcials.⁸

7. Agència de Salut Pública de Barcelona. *Factors de risc en estudiants de secundària de Barcelona. Resultats principals de l'informe FRESC*, 2004.

8. CASADO, V; ARAUZO, D. «Intervención en drogas desde atención primaria: revisión de guías clínicas». *Adicciones*, 2004.



2. El Pla director de salut mental i addiccions amb referència a les conductes de consum, addictives i de risc en la població adolescent

2. El Pla director de salut mental i addiccions amb referència a les condutes de consum, addictives i de risc en la població adolescent

2.1. Aspectes conceptuals del Pla director relacionats amb les condutes de consum, addictives i de risc

- Model funcional de salut mental (paper clau dels factors precipitants).
- Identificació dels grups de risc i actuacions en etapes incipients.
- Consideració de les condutes de consum, addictives i de risc com un problema de salut pública i assistencial, que requerirà intervencions integrals i interdepartamentals de tota mena i una cartera de serveis sanitaris que ha d'afectar l'APS, els serveis de salut mental i els serveis especialitzats d'atenció a les addiccions.
- Nou model no jeràrquic d'interacció entre assistència primària i especialitzada, basat en la cooperació.
- Nou model de relació entre les xarxes de salut mental i addiccions, tendents a la integració funcional, amb projectes i propostes concretes de canvi.
- Model que ha de tendir a la creació d'equips polivalents i integrats, més que no pas a crear estructures o nous serveis.
- Evidència científica.

Són valors del Pla director l'èmfasi en l'accessibilitat, l'atenció en el territori, l'acció coordinada/integrada i els models de gestió més eficients.

2.2. Objectius del Pla de salut⁹ relacionats amb les condutes de consum, addictives i de risc per al 2010

1. D'aquí a l'any 2010, cal reduir la prevalença de consumidors excessius d'alcohol en el 10 % en la població més gran de quinze anys.
2. D'aquí a l'any 2010, cal reduir la prevalença de consumidors excessius d'alcohol en la població de quinze a vint-i-nou anys en el 10 %.
3. D'aquí a l'any 2010, cal reduir la mortalitat per reacció adversa a drogues en el 30 %.
4. D'aquí a l'any 2010, cal reduir en el 20 % la prevalença de consumidors de drogues no institucionalitzades en la població de quinze a seixanta-quatre anys.
5. D'aquí a l'any 2010, cal reduir en el 20 % la prevalença de consumidors de drogues no institucionalitzades en la població de quinze a vint-i-nou anys.

2.3. Aspectes clau de les dades epidemiològiques disponibles

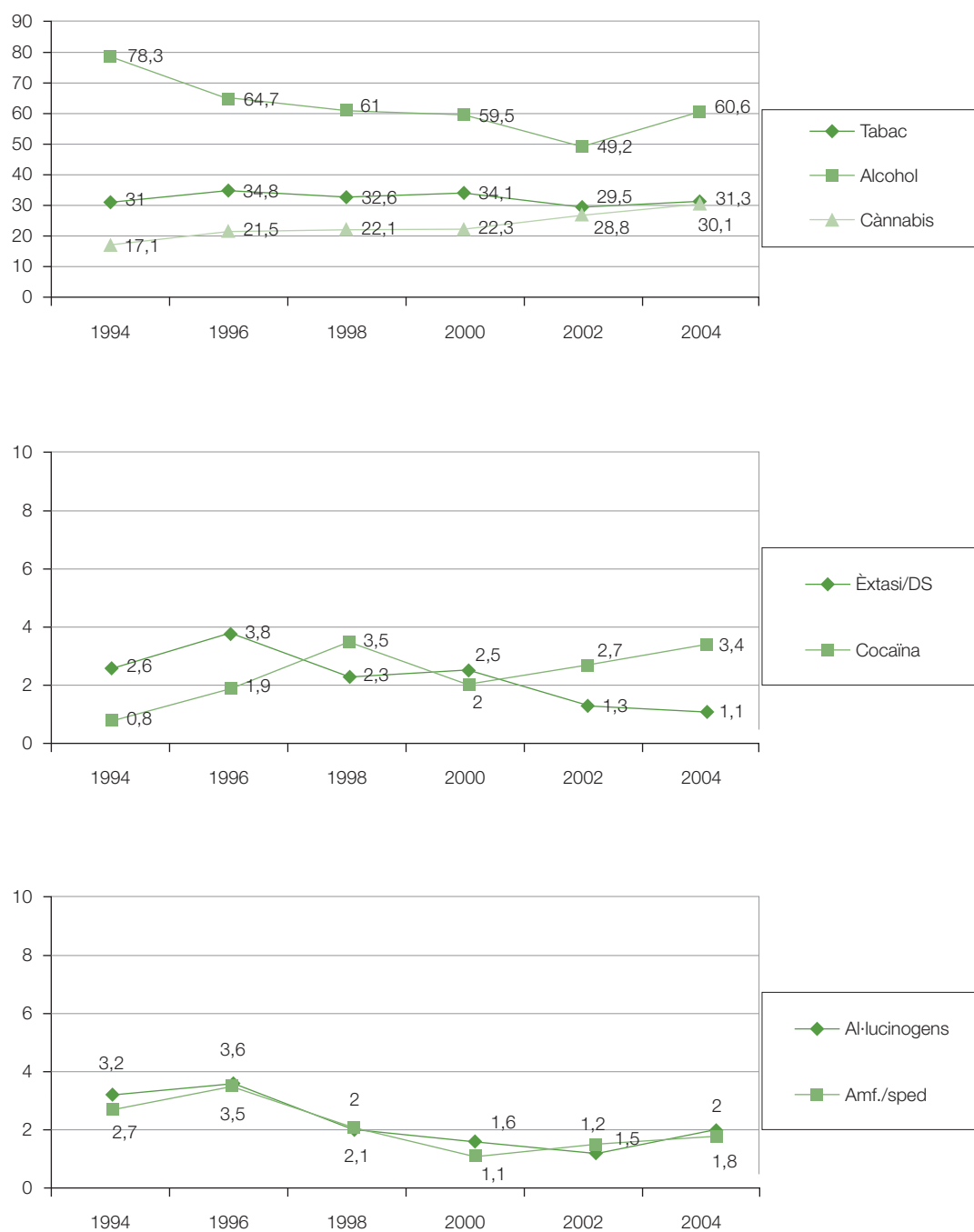
L'evolució de la prevalença de consum de substàncies addictives entre la població escolar de catorze a divuit anys a Catalunya mostra que l'alcohol és la substància que es consumeix més, seguida del tabac, el cànnabis i la cocaïna.¹⁰ Segons la mateixa font, en aquest període (1994-2004) s'observa un increment del consum habitual de cànnabis que se situa en un nivell similar al consum de tabac. El consum esporàdic i habitual de cocaïna continua en línia ascendent i el consum d'èxtasi decreix.

9. Pla de salut 2007-2010.

10. Enquesta escolar. Departament de Salut.

Programa d'atenció als adolescents amb conductes de consum de substàncies del Pla director de salut mental i addiccions

Gràfic 1. Evolució de la prevalença de consum de substàncies addictives els darrers trenta dies



Pel que fa a l'evolució del consum de substàncies entre la població general (15-64 anys), s'observa que l'alcohol i el tabac són les substàncies més consumides, seguides del cànnabis. El consum de cocaïna continua creixent i, pel que fa a la franja d'edat entre quinze i vint-i-nou anys, s'observa un patró de consum similar a l'obtingut en la població escolar.

2. El Pla director de salut mental i addiccions amb referència a les conductes de consum, addictives i de risc en la població adolescent

El darrer informe de l'Observatori Català de Nous Consums en l'Àmbit Juvenil¹¹ constata alguns canvis socials que poden estar influïnt en els patrons de consum de substàncies com ara la competitivitat com a valor, l'augment de l'etapa de joventut, l'allargament del cap de setmana, la importància del consumisme en la societat occidental i la recerca de l'èxit immediat.

Segons l'informe:

- El consum de substàncies legals i il·legals es concentra en els caps de setmana.
- Les substàncies que estan mostrant un augment del consum són l'alcohol, el tabac, el cànnabis i la cocaïna.
- Disminueix l'èxtasi i la ketamina.
- L'edat d'inici del consum és similar, com també el tipus de substància inicial.
- Els consums posteriors entre les dones són més prudents i controlats que entre els homes, excepte pel que fa al consum de tabac.
- L'alcohol, el tabac i el cànnabis són les substàncies més consumides i utilitzades en tots els espais i situacions.
- Augmenta el consum diari de cànnabis i el nombre de persones que el cultiva.
- La cocaïna continua el seu procés de difusió i popularització.
- El consum d'èxtasi en pastilles decreix.

L'enquesta «Els adolescents i la salut»,¹² duta a terme pel Programa «Salut i Escola» del Departament de Salut entre els alumnes de 3r i 4t d'ESO durant el curs escolar 2005-2006, ens aporta dades complementàries a les que s'han esmentat més amunt:

- L'alcohol, el tabac i el cànnabis són les substàncies més consumides.
- El consum d'alcohol ja està força estès entre aquests alumnes; en general, amb una baixa freqüència de consum, però en un alt percentatge amb consum de quantitats considerables alguna vegada.
- El patró de consum d'alcohol és majoritàriament de cap de setmana.
- La percepció de risc és molt variable segons la substància. Es considera de baix risc el consum d'alcohol, tabac, cànnabis i tranquil·litzants. En canvi, el risc d'heroïna, cocaïna, amfetamines i èxtasi es percep com a més perillós.
- Hi ha una dissociació marcada entre la percepció dels joves de l'extensió del consum d'alguna substància entre els seus amics i companys (creuen que gairebé tots en consumeixen) i el consum real que els alumnes refereixen, molt més baix.
- La percepció de l'extensió del consum pel que fa a l'alcohol és molt més real.

2.4. Projectes definits específicament pel Pla director amb relació a les conductes de consum, addictives i de risc en l'adolescència

Objectiu operatiu: elaborar estratègies de prevenció dels trastorns mentals, les addiccions i altres conductes de risc relacionades amb el consum de drogues, adreçades a la població adolescent.

Projectes:

- Detectar de manera precoç a l'atenció primària de psicopatologia de l'adolescent símptomes d'alarma i antecedents individuals i familiars. (Aplicació de la *Guia d'activitats preventives a l'adolescència*.)

11. Observatori Català de Nous Consums en l'Àmbit Juvenil, 2006.

12. Enquesta «Els adolescents i la salut». Programa «Salut i Escola». Pendent de publicació.

- Incorporar els aspectes de prevenció en salut mental i addiccions a les consultes de joves i les del Programa «Salut i Escola».
- Prosseguir el desplegament de programes comunitaris per a la prevenció dels problemes relacionats amb el consum d'alcohol i altres drogues adreçat a la població adolescent i dur a terme l'avaluació d'aquests programes.

Objectiu operatiu: prevenció en poblacions més vulnerables.

- Prioritzar els projectes de prevenció de salut mental i addiccions en els fills de pares amb malalties mentals i drogodependències i nens immigrants i fills d'immigrants en situació de risc psicosocial.

Objectiu operatiu: millorar la cartera de serveis per atendre els problemes de salut prioritzats.

⇒ *Consum de drogues en adolescents*

Amb relació als serveis d'atenció ambulatoria (CSMIJ, CSM, CAS)

Projectes:

- Disposar d'un programa d'intervenció conjunta CSMIJ-CAS. Al final de l'any 2007 es disposarà d'un programa d'intervenció conjunta com a mínim en el 50 % del territori.

Amb relació als serveis d'hospitalització parcial:

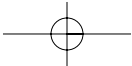
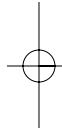
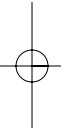
- Ampliar l'oferta d'atenció especialitzada a: TCA, TLP, trastorns psicòtics, trastorns de conducta i addiccions en adolescents.

Objectiu estratègic: Impulsar l'organització funcional integrada de les xarxes i els serveis d'atenció de salut mental i addiccions. Promoure l'organització funcional integrada de les xarxes i els serveis d'atenció de salut mental i addiccions.

Objectiu operatiu: integrar les xarxes de salut mental i drogodependències.

Projectes:

- Projectes en el territori per afavorir la gestió compartida i/o la proximitat física dels equipaments.
- Projectes conjunts d'activitats de suport a l'atenció primària de salut.
- Programa comú en el territori per a l'atenció als adolescents amb problemes de consum.
- Creació d'espais territorials de cooperació CSM-CSMIJ-CAS.



3. El Mapa sanitari: criteris generals de planificació de serveis i població adolescent

3. El Mapa sanitari: criteris generals de planificació de serveis i població adolescent

El Mapa sanitari mostra els criteris de planificació de serveis amb relació a les necessitats d'atenció a la salut mental i a les drogodependències, en el marc del Pla director de salut mental i addiccions i el mapa sociosanitari i de salut pública.

Aquest mapa sanitari es presenta com a instrument principal de planificació de serveis a Catalunya, tenint en compte quines són les intervencions que cal considerar, en quins serveis s'han de dur a terme, quins són els requeriments principals de recursos i quines relacions s'han de produir entre els diferents tipus de serveis.

El segon punt del capítol del mapa sanitari del PDSM i Ad relaciona els dèficits detectats en les prestacions actuals, com també el model d'atenció i les necessitats prioritzades. «El sistema genera dèficits en la continuïtat assistencial perquè està poc integrat, tant si ho analitzem des de l'interior de cada xarxa (d'adults, d'infantojuvenil, d'addiccions) com en les relacions entre si, amb l'atenció primària i l'hospitalària i, encara més, en les relacions intersectorials. Tot plegat disminueix l'efectivitat i desincentiva l'eficiència.»

Entre els dèficits detectats assenyala que «el diagnòstic de dependència a substàncies actua com a impediment per a l'accés de persones amb trastorn mental a alguns serveis de psiquiatria», i també que «l'atenció a adolescents amb problemàtica addicció és molt baixa».

El pla director es posiciona en una perspectiva de salut pública que implica l'ampliació del compromís sanitari als àmbits de la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia, com també un increment dels elements d'integració i coordinació entre els diferents dispositius i serveis d'atenció a les persones.

El nou model de serveis s'organitza en tres grans àmbits d'intervenció, diferenciats per problemes de salut, tipologia o complexitat de les intervencions, i entorn de serveis on aquestes intervencions poden resultar més eficients. La cartera de serveis de l'àmbit de l'atenció primària de salut (complexitat baixa) inclou les qüestions vinculades a l'activitat de promoció i prevenció, la detecció precoç, els senyals d'alarma en població infantil i adolescent i la salut integral per a les persones amb trastorn mental greu. Es tractaria de tasques que han d'acomplir els dispositius d'atenció primària i l'equip integral de suport especialitzat.

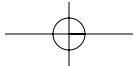
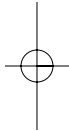
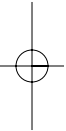
El segon àmbit, el de la intervenció especialitzada de complexitat mitjana, inclou la necessitat de la integració funcional i en l'activitat clínica de les xarxes de salut mental i addiccions.

L'apartat 4 del mapa sanitari recull els criteris de planificació per a l'etapa infantil i juvenil i per a l'edat adulta i la vellesa. S'inclouen programes de suport des de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències als CSMIJ amb 13,5 hores de professional del CAS per 100.000 habitants adults per tal de millorar l'accessibilitat de la població adolescent, transferir expertesa de l'àmbit de les addiccions al de la salut mental i treballar amb un model d'integració de xarxes.

El Pla de Serveis Individualitzats planteja la inclusió dels adolescents.

Els serveis d'atenció comunitària presenten la transformació dels centres de dia en serveis d'atenció comunitària i la seva ampliació en grups d'adolescents entre setze i divuit anys.

Pel que fa als processos assistencials, proposa aconseguir una organització assistencial integrada de base territorial amb l'objectiu de millorar l'eficiència i garantir la continuïtat assistencial mitjançant aliances estratègiques entre proveïdors per aconseguir una oferta de serveis integrada, basada en la complementarietat de les intervencions.



4. El programa d'atenció als adolescents amb conductes de consum addictives i de risc

4. El programa d'atenció als adolescents amb conductes de consum addictives i de risc

El desenvolupament maduratiu en l'adolescència pot comportar l'exploració, l'experimentació, l'adopció de riscos i el qüestionament de regles i fonts d'autoritat. De fet, el procés evolutiu en l'ús de drogues ha de determinar els nivells de les intervencions, i cal aplicar estratègies de prevenció universal, selectiva i indicada, o programes de tractament segons els usos experimentals, recreacionals, regulars, d'abús o en patró de dependència que es presentin. En el cas que ens ocupa, cal tenir en compte especialment la presència de patologia dual com a element que determina el tractament dins de la unitat funcional CSMIJ-CAS, i la presa en càrrec del pacient.

Hi ha una bibliografia àmplia que discuteix el contínuum en la gravetat des de l'ús de drogues fins a l'abús o la dependència. Alguns autors entenen que qualsevol consum en aquesta franja d'edat es pot considerar abús. Així mateix, els criteris DSM presenten limitacions quan han de ser usats en adolescents.¹³ En aquest document entenem que l'abús es refereix a l'ús de drogues que augmenta la probabilitat de presentar conductes arriscades o conseqüències nocives, i la dependència es refereix a l'existència d'un patró continuat de recerca i ús de droga amb més compulsivitat, i en presència de perjudici biopsicosocial.

Les intervencions que cal dur a terme es refereixen d'una manera àmplia a totes les respostes orientades a minvar els problemes relacionats, o a millorar o eliminar les conductes d'ús de substàncies. Pel que fa al tractament, cal destacar com a fonamentals l'avaluació inicial que sovint han de dur a terme serveis no especialitzats (triaje/screening) i l'avaluació diagnòstica (primera visita, exploració) que es fa en un servei o fa un professional especialitzat. Aquestes activitats i les relacionades amb la prevenció selectiva i indicada es descriuen més endavant.

Per tots aquests motius, el Pla director de salut mental i addiccions del Departament de Salut ha incorporat una referència especial a la detecció i el tractament precoç d'aquesta problemàtica i, també, propostes operatives que hi estan orientades, a fi i efecte de millorar-ne l'abordatge, el pronòstic i la qualitat de vida resultant de les poblacions afectades.

4.1. Objectius

Objectius generals

1. Afavorir l'atenció precoç als adolescents amb problemes de consum de substàncies.
2. Millorar el pronòstic i l'evolució dels pacients i evitar l'aparició de més patologia addictiva o mental.
3. Incrementar la consciència de risc i les conductes saludables entre els adolescents.
4. Disminuir el patiment individual, familiar i social generat per aquesta problemàtica.
5. Promoure el treball integrat entre els professionals sanitaris dels diferents serveis i nivells assistencials.

Objectius específics

1. Incrementar la detecció de les conductes de risc per consum entre la població adolescent per part de tots els serveis sanitaris, especialment de l'APS i de la xarxa de salut mental infantil i juvenil.
2. Desenvolupar estratègies d'intervenció precoç.
3. Oferir un programa de tractament especialitzat, intensiu, immediat i eficaç per als individus amb problemes de dependència o patologia dual.

13. FAYNE, Michael; HIEN, Dense. «Diagnóstico dual en adolescentes». A: SOLOMON; ZIMBERG; SHOLLAR [eds.]. *Diagnóstico dual*, 1996.

4. Oferir suport a les activitats que el Programa «Salut i Escola» duu a terme en l'àmbit de la promoció de la salut (programes d'educació per a la salut a l'escola).
5. Portar a terme activitats d'informació i suport específic adreçades a familiars, educadors i altres.
6. Incrementar la capacitat de detecció en l'entorn social (família, joves, etc.), les organitzacions juvenils i els professionals en contacte. Aconseguir un bon sistema de coordinació dels diversos dispositius implicats en la detecció i l'atenció d'aquests casos (recursos educatius, recursos sanitaris, recursos socials i recursos públics o privats en general).
7. Integrar i transformar els diferents dispositius assistencials en l'atenció als adolescents i els joves amb una orientació més preventiva i proactiva, en especial en el grup de «menors vulnerables».
8. Promoure la col·laboració interserveis necessària per dur a terme els programes preventius per a poblacions vulnerables assenyalades en el Pla director i, especialment, entre la xarxa d'addiccions i la de salut mental.

4.2. Població diana

A la pràctica, el pla terapèutic dependrà de la gravetat de patologia que es presenti, que a la vegada estarà determinada per la intensitat, la durada i la via d'administració de la substància, la presència de patologia psiquiàtrica, el grau d'adhesió i compliment de les pautes psicoterapèutiques i farmacològiques, la patologia sociofamiliar i altres factors com ara el grau de consciència de malaltia, els trets de caràcter de base i la presència de factors de risc afegits que emmascarin el pronòstic. A més a més, la concreció i l'execució del pla terapèutic dependrà de la capacitat dels professionals per detectar el problema, explorar i valorar la situació global, comunicar-se i treballar coordinats i determinar els tractaments més adequats i possibles.

D'aquesta manera, podem perfilar les tipologies següents:

1. Adolescents amb inici de consum de drogues, interferència en el seu funcionament però cap consciència de dany per drogues.
 - a. Només els pares acudeixen al professional.
 - b. Els adolescents tenen antecedents de problemes psiquiàtrics comòrbids previs a l'inici de consum de drogues: poden estar ja en tractament o ho han estat en el passat a causa de trastorns psiquiàtrics que precedeixen el consum de drogues (TDAH, trastorn negativista desafiant, trastorn de conducta dissocial, etc.).
 - c. El trastorn psiquiàtric comòrbid apareix de bell nou: la consulta es pot referir als problemes psiquiàtrics i no pas a l'ús de drogues.
 - d. La consulta de l'adolescent està relacionada amb un impediment funcional relacionat amb el consum (empitjorament del rendiment escolar i de les relacions familiars o socials, problemes amb la policia, problemes emocionals, etc.); no apareix patologia comòrbida, si més no identificada inicialment.
2. Adolescents amb consum persistent de drogues o amb dependència que tenen algun concepte de dany amb relació a l'ús de drogues i demanen informació/tractament. Poden presentar o no patologia psiquiàtrica comòrbida.
3. Adolescents que acudeixen a tractament per mitjà d'urgències de psiquiatria per problemes psiquiàtrics drogoinduïts. El pacient pot presentar, o no, consciència de dany amb relació al consum de drogues.

4. El programa d'atenció als adolescents amb conductes de consum addictives i de risc

4. Adolescents que acudeixen al CSMIJ enviats per pediatres o metges de família amb quadres psiquiàtrics no urgents que apareixen amb relació al consum de drogues. El pacient pot presentar, o no, consciència de dany amb relació al consum de drogues.
5. Adolescents amb tractaments psiquiàtrics previs, relacionats amb el consum de drogues i amb recaigudes continuades.
6. Adolescents amb presència de factors de risc i que mantenen o és possible que mantinguin una certa vinculació amb un servei de drogodependències o de psiquiatria infantojuvenil, fills de pares toxicòmans (vinculació CAS), pacients en tractament en equips d'atenció a la infància, fills de pares amb TMS (vinculació CSM), menors en acolliment i tutela de la DGAIA, i menors vinculats al sistema judicial i penitenciari.
7. Adolescents en qualsevol fase anterior procedents d'altres cultures, en què, a més de l'abordatge terapèutic, cal obtenir, per part del terapeuta, la competència cultural adequada.

Grups i situacions de risc

Els principals grups de risc són:

- Joves amb familiars amb problemes d'alcohol o altres drogues.
- Joves amb patologia psiquiàtrica o importants factors de risc personals (impulsivitat, inestabilitat emocional, problemes de conducta, dificultats cognitives, etc.)
- Joves amb risc social (absentisme escolar, barri conflictiu, ambient desestructurat, negligència familiar, immigrants, joves «del carrer», etc.).

També cal considerar, entre les situacions de risc, els aspectes següents:

- Intoxicació aguda puntual (serveis d'urgències).
- Patró de consum de risc (inici precoç, intoxicacions repetides, tolerància augmentada, despesa econòmica elevada, «tripijocs», canvis rellevants en el comportament, etc.).
- Si hi ha abús i/o dependència, cal derivació a tractament.

5. Àmbits de la intervenció: prevenció selectiva i indicada des dels serveis sanitaris

5. Àmbits de la intervenció: prevenció selectiva i indicada des dels serveis sanitaris

En les fases de consum experimental, recreacional i, en alguns casos, de consum regular s'aplica la **prevenció selectiva** adreçada a grups de risc, que encara no presenten problemes específics relacionats amb el consum de drogues. La **prevenció indicada** està adreçada a grups de consumidors de drogues que poden començar a presentar problemes, però que no compleixen criteris per a derivació a un tractament per abús-dependència.¹⁴ En general, serien intervencions que cal aplicar en l'àmbit de primària i en col·lectius especials. Això no obstant, els pacients actualment en tractament als CSMIJ i amb ús concomitant de drogues poden ser beneficiaris d'aquest enfocament terapèutic i de les intervencions preventives que es detallen.

5.1. Recomanacions per a la prevenció selectiva i indicada¹⁵

- Fer èmfasi en la detecció i la intervenció precoç.
- Actuar des de múltiples focus (en cooperació): família, escola, xarxes comunitàries.
- Intervenir sobre la família com a actuació crucial (informació sobre drogues, pautes educatives: límits, normes, comunicació afectiva, habilitats de negociació, etc.).
- Dur a terme activitats adreçades al desenvolupament de competència personal (cognitiva, emocional i social), sense deixar de banda la informació sobre drogues.
- Detectar i reforçar els factors de protecció del jove i del seu ambient.
- Procurar intervencions en entorns «normatius» per evitar l'etiquetatge i l'estigma del jove com a «drogodependent o problemàtic».
- Impulsar la flexibilitat, la tolerància, l'actitud neutra, la paciència, l'optimisme, el sentit de l'humor i l'èmfasi en aspectes lúdics.
- Utilitzar tècniques motivacionals (per a pares, joves i mediadors socials).
- Promoure la cooperació entre equips tècnics i «agents de prevenció» en contacte amb la població diana (suport, motivació i formació continuada).
- Fomentar la col·laboració entre equips de treball en els àmbits local, nacional i internacional.
- Donar continuïtat a les experiències preventives (contractes i subvencions, selecció de personal, etc.).
- Avaluar els programes i implantar els que tinguin evidència científica d'efectivitat.
- Elaborar protocols i manuals de detecció precoç i tècniques d'intervenció útils.
- Avaluar, optimitzar i unificar materials preventius selectius i indicats.

5.2. Les actuacions preventives

En l'àmbit sanitari són:

1. Detecció precoç: instruments de screening i d'avaluació del risc.¹⁶
2. Acollida: facilitar una relació càlida i de confiança «perquè torni».

14. NIDA. *Preventing drug use among children and adolescents. A research -based guide*, 1997.

15. NIDA. *Op. cit.*, 1997.

16. Els instruments de triatge i avaluació del risc (*en desenvolupament al nostre país*) es poden consultar a a pàgina web «Drug Strategies» (esmentada a la bibliografia):

- **CRAFFT** (J. Knight), 6 ítems: conduir sota els efectes d'aquestes substàncies, prendre drogues per relaxarse, prendre alcohol/drogues sol, oblidar-se de coses d'haver consumit, amonestacions d'amics o família, ficar-se en problemes després d'haver consumit.
- **PESQ**, Personal Experience Screening Questionnaire (K. Winters): 40 ítems
- **FRIDA** (Secades *et al.*, 2006): avaluació de factors de risc per problemes amb drogues, disponible a TEA Ediciones.
- **Teen-Addiction Severity Index** (Y. Kaminer): adaptació i validació al Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantojuvenil de l'Hospital Clínic (7 àrees: ús de drogues, escola, feina, família, legal, amics, símptomes psiquiàtrics).

3. Motivació al canvi: Intervencions breus.

4. Derivacions a:

- Programes preventius (atenció individual, sessions familiars, grups psicoeducatius, grups de pares, etc.; *necessitat d'unificació i selecció de programes amb evidència científica*)
- Programes de tractament (desintoxicació, deshabitució, rehabilitació i reinserció social; *dèficit de recursos especialitzats en adolescents i necessitat de guies clíniques unificades*)

5. Seguiment dels casos «per evitar que es perdin».

5.3. Primers indicadors de problemes amb l'alcohol i altres drogues

- «Jo aguanto molt» (tolerància augmentada).
- Beure ràpid, d'un glop, en solitari, a primera hora, per oblidar els problemes, per relaxar-se, per superar la timidesa, etc.
- Ocultació, negació (mentides), justificació del consum, etc.
- Absentisme i disminució del rendiment escolar/laboral.
- Problemes de relació i amonestacions d'amics i familiars.
- Canvis sobtats d'actitud, humor i personalitat.
- Absències de casa, incompliment d'horaris.
- Intoxicacions sistemàtiques, accidents, baralles, conduir intoxicat, problemes amb la policia, etc.
- Queixes orgàniques inespecífiques, habitualment lleus.
- Més interès per beure o consumir que per anar amb els amics de sempre, relacions de parella, entreteniments, estudis o feina, etc.
- Fetor enòlica freqüent o durant el dia.
- Canvis en l'aspecte físic (ulls vermells, ulleres, miosi o midriasi, pal·lidesa, aprima ment, etc.).
- Síntomes de malaltia: cansament, somnolència, mal de cap, mareigs, nàusees, vòmits, canvis en hàbits alimentaris, etc., i resistència a anar al metge.
- Canvis persistents en els ritmes son-vigília.
- Passivitat i indiferència davant d'esdeveniments importants, desinterès per activitats habituals, etc. («passotisme»).
- Estratègies per «dissimular» consums: ulleres de sol, colònia, xiclets, elixir bucal, etc.
- Increment de les necessitats econòmiques, deutes, préstecs, robatoris, etc.
- Nous amics («males companyies»).
- Trobar drogues a l'habitació del jove (que diu que són «dels amics»).
- Trobar-li més diners del normal.

5.4. Agents per a la detecció precoç

Els diversos agents per a la detecció precoç necessiten una formació i una sensibilització adequades. Els agents principals són:

- Pares i familiars

• DUSI, Drug Use Screening Inventory (R. Tarter): 125 ítems (10 escales: trastorn de la conducta, salut, trastorns afectius, escola, feina, amics disfuncionals, ús inadequat del temps lliure, gravetat de l'ús de l'alcohol o les drogues).

• POSIT: Problem Oriented Screening for Teenagers.

5. Àmbits de la intervenció: prevenció selectiva i indicada des dels serveis sanitaris

- Escola: tutors, mestres, psicòleg escolar, EAP, Programa «Salut i Escola», iguals («com es pot ajudar un amic», garantint confidencialitat, etc.).
- Atenció primària: pediatres, metge de capçalera, serveis socials, infermeria, etc.
- Altres agents socio-sanitaris: policia, justícia, educadors de carrer i temps de lleure, serveis per a joves, serveis d'urgències (accidents, intoxicacions, etc.).
- CAS i CSMIJ.

6. Model assistencial d'integració CAS-CSMIJ: la unitat funcional

6. Model assistencial d'integració CAS-CSMIJ: la unitat funcional

L'objectiu d'una unitat funcional d'atenció als menors amb problemes relacionats amb l'ús de substàncies és dotar el sistema sanitari amb un dispositiu únic capaç de rebre totes les derivacions i avaluar, valorar i donar la resposta més adequada i basada en l'evidència científica als familiars i/o menors que consultin.

Segons les característiques, la cultura i la tradició del centre i de cada territori, la implantació de les intervencions pot ser diferent en la forma, però en tots els casos el nen o l'adolescent ha de tenir com a referència una unitat funcional territorial integrada on pugui ser valorat tant en l'àrea psicopatològica com en l'àrea d'ús de substàncies. Segons les característiques del pacient i la formació i l'experiència dels professionals, l'exploració podrà fer-la un sol professional o bé caldrà la sinergia entre professionals amb expertesa en l'àmbit addictiu i en l'àmbit de la psicopatologia infanto-juvenil.¹⁷

En el Sistema Sanitari Català, el CSMIJ és la porta d'entrada per als adolescents que presenten algun tipus de trastorn mental. Es tracta d'aprofitar el mateix circuit i constituir dins del CSMIJ un equip especialitzat per avaluar, diagnosticar i tractar els joves amb trastorns per ús de substàncies. Per a aquest programa, operativament, el Pla director destina 13,5 hores de psicòleg expert en addiccions de la plantilla del CAS per cada 100.000 habitants totals, a fi de configurar juntament amb els professionals del CSMIJ una unitat per a l'avaluació i el tractament posterior, si cal, dels menors.

En l'entrevista o entrevistes d'avaluació diagnòstica caldria valorar la gravetat de l'ús de drogues i els riscos que comporten, els factors predisponents i aquells presents que perpetuen la continuïtat del consum de substàncies, i els trastorns psiquiàtrics coexistents, i considerar la disponibilitat de les màximes fonts d'informació possibles.

L'avaluació ha de constar almenys dels àmbits següents: *a)* anamnesi i exploració mèdica i psiquiàtrica; *b)* història d'ús de substàncies: inici, freqüència, intensitat, patrons de consum, vies d'administració, tractaments; *c)* punts forts i factors de protecció; *d)* història i problemes en el desenvolupament; *e)* història i antecedents de TM i/o TUS familiars; *f)* desenvolupament escolar, laboral; xarxa social, i *g)* contacte amb institucions judicials i policials.

L'equip especialitzat d'aquesta unitat, que estarà vinculada al CSMIJ, serà el responsable de l'avaluació, el diagnòstic i el disseny del pla terapèutic individualitzat, el qual es desenvoluparà en el CAS i/o en el CSMIJ segons l'edat i les necessitats de cada pacient. Aquest equip estarà integrat per un psicòleg del CAS i un psiquiatre del CSMIJ.

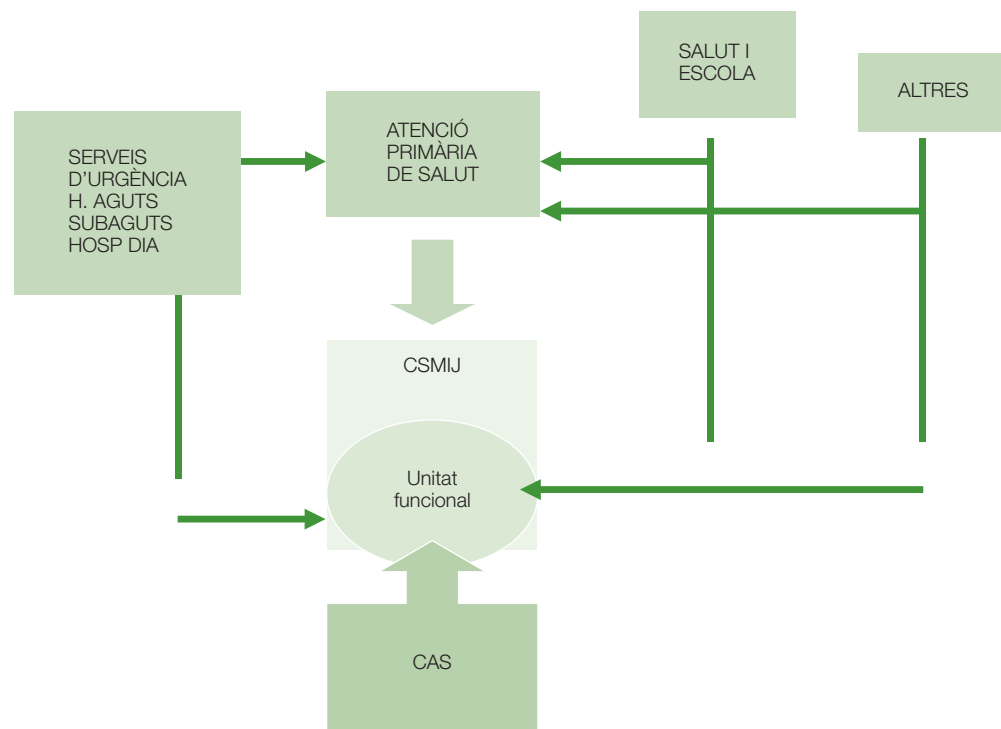
6.1. El circuit assistencial i el paper de l'atenció primària

Cada territori ha de dissenyar els seus circuits per aplicar les intervencions assistencials i les de coordinació entre serveis, detecció precoç, prevenció i promoció de la salut. És molt recomanable dur a terme un mapa de recursos amb l'assignació de professionals referents i circuits d'interacció entre els dispositius, sense oblidar el paper clau de l'atenció primària.

17. OMS. *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas: resumen*. Ginebra, 2004.

Els pacients han de sol·licitar ser visitats al CSMIJ, hi han d'acudir directament o bé derivats dels pediatres, els metges de família o l'equip de suport a la primària, directament des d'urgències, hospitals d'aguts, hospitals de subaguts o hospitals de dia, del Programa «Salut i Escola» i des d'altres dispositius socio-sanitaris, segons el mapa de serveis i les relacions entre els dispositius de la zona, tal com es mostra en la figura següent.

Figura 1. Model d'integració funcional CAS-CSMIJ



Els adolescents amb problemes de consum han de ser derivats a la unitat funcional des de l'atenció primària de salut, després d'una valoració prèvia i amb l'assessorament, si convé, dels equips de suport de salut mental i addiccions.

Amb el suport de l'equip especialitzat de SM i Ad, per mitjà de la Unitat Funcional d'Atenció als Problemes de Consum en l'Adolescència, la cartera de serveis de l'atenció primària ha d'anar incorporant les activitats previstes en aquest àmbit i reforçant el paper de la consulta del Programa «Salut i Escola» i d'alternatives com ara les «Tardes joves» i altres. Dins d'aquest desenvolupament, cada territori pot decidir, segons les possibilitats dels equips i el comportament de la demanda, el grau d'implicació dels equips d'atenció primària en les activitats de promoció i prevenció, i en el tractament precoç dels adolescents que presentin aquestes conductes.

1. Mètode

6.2.

Característiques del servei i del tractament

1. Accessibilitat i obertura a la comunitat.
2. Història clínica. Valorar el disseny d'una història clínica consensuada que inclogui tots els aspectes per avaluar. Pensar en la informatització i en la HC unificada. Cal tenir present la coincidència possible entre professionals que pertanyen a diferents empreses o institucions amb els aspectes que puguin comportar respecte a la competència.
3. Registre i notificació de casos. Amb els diagnòstics en l'àmbit d'ús de substàncies es podrà determinar el volum de casos i, per tant, la repercussió en càrregues de treball que signifiquin, com també mesurar la progressió en la incidència, la prevalença i l'evolució de la psicopatologia.
4. Guies clíniques, instruments de triatge i avaluació diagnòstica. A causa de la manca d'instruments validats i de l'absència de guies clíniques adaptades al nostre medi, caldria un treball dels experts sobre els processos i la metodologia d'intervenció, a fi de progressar i evolucionar en els tractaments tant de tipus psicològic com farmacològic. En els annexos 1 i 2 mostrem alguns aspectes tècnics de la metodologia d'intervenció, com també un recull dels principals programes existents en aquest àmbit (als Estats Units, Europa, Espanya i Catalunya).
5. Característiques de la cartera de serveis:
 - Atenció immediata (pla de contingència davant de les llistes d'espera).
 - Intervenció en episodis crítics.
 - Tractament individual, grupal, amb les famílies, els tutors, els educadors o altres persones de referència; treball en xarxa.
 - L'equip de tractament ha de tenir el suport de dispositius hospitalaris, centres de dia i comunitat terapèutica en règim parcial o total. Els equipaments actuals no han d'excloure l'ingrés dels pacients a causa de la toxicomania. Però cal dur a terme programes diferenciats segons les patologies.
 - Analítiques d'orina. Quan calgui per al diagnòstic o el pla terapèutic que s'inclogui el monitoratge de drogues en orina, caldrà tenir present que alguns CSMIJ no disposen d'aquest servei ni del professional adequat. Caldrà dotar els serveis o establir un circuit amb el CAS que en possibiliti l'acompliment.
6. Sessions de formació. Considerar un programa de formació sobre psicopatologia infantojuvenil per als professionals del CAS, i de trastorns per ús de substàncies per als professionals del CSMIJ. Formació per a l'APS al si del Programa de suport de SM i Ad.
7. Sistemes que assegurin la qualitat dels serveis.
8. Fer un mapa de recursos en cada territori i un pla de vinculació entre tots els dispositius.
9. Recursos suficients.

6.3. Aspectes ètics i legals

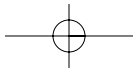
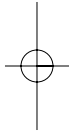
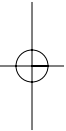
- a) Consentiment informat per a intervencions farmacològiques i coordinació amb altres serveis.
- b) Confidencialitat. Hi ha diversos aspectes relacionats amb la confidencialitat: des d'aquells vinculats a la integració dels serveis, tractament compartit de casos, etc., fins als drets dels pares i els drets propis dels pacients menors d'edat. La legalitat estricta i la practicitat de les intervencions sovint tampoc no van del bracet. És important respectar el dret del consentiment informat del menor i atendre la seva demanda amb confidencialitat, en alguns casos de trastorns moderats o lleus; això pot ser clau per a la vinculació o l'adherència del pacient, i una bona eina per al treball motivacional per arribar al punt que ell mateix consenteixi la intervenció de la família. Però, en altres casos, caldrà deixar clara des de l'inici la necessitat de la intervenció familiar o de l'entorn del pacient, si es que es vol progressar terapèuticament. En espais oberts informatius per a individus precontemplatius o contemplatius, el recurs pot girar entorn de l'anonimat. En el cas que ens ocupa com a Unitat Especialitzada de Tractament

d'Adolescents amb Problemes Coexistents de Salut Mental i Addiccions, i, per tant, majoritàriament de trastorns greus, la intervenció —i, per tant, el consentiment familiar— ha de ser majoritàriament la norma. La figura del menor madur genera certs dubtes i interpretacions diferents segons la font. Seria important un informe jurídic als equips sobre quina actitud cal prendre i quins riscos professionals es corren, ja que, al cap i a la fi, és la decisió del professional la que seria jutjada.

c) Ingress involuntari. Si bé pel que fa a la praxi quotidiana dels TUS no és freqüent la figura de l'ingrés involuntari, en els serveis de psiquiatria no és tan ocasional. Davant dels trastorns mentals greus amb addicció greu coexistent, es pot plantejar la figura de l'ingrés involuntari, que en el cas dels menors requereix no solament l'autorització dels pares, o de qui exerceixi la tutela legal o pàtria potestat, sinó també l'autorització judicial i un informe dels serveis que presten assistència al menor.

6.4. **Característiques dels professionals**

1. Formació universitària específica, expertesa en adolescència, treball de gènere, diversitat cultural, intervenció no formal i habilitats educatives.
2. Equips multidisciplinaris: psicòleg/oga, psiquiatre/a infantojuvenil, infermer/a, treballador/a social, altres professionals per al treball en xarxa (educador/a, mestre/a, integrador/a social, pediatre/a, etc.).
3. Condicions laborals i del desenvolupament del treball: història clínica informatitzada i compartida per als recursos, espais de coordinació i formació, rotacions de personal, dosificació i planificació de les vacances. Incentius econòmics i avaluació de les càrregues assistencials.
4. Expertesa en l'àmbit infantojuvenil i en l'àmbit addictiu.



7. Indicadors del Pla director de salut mental i addiccions

7. Indicadors del Pla director de salut mental i addiccions

Caldria dur a terme un estudi basal de la situació del CSMIJ abans de la introducció del programa i controlar els indicadors següents:

- Percentatge de pacients assistits = o > de tretze anys respecte del total (pacients amb aquestes característiques: N1).
- Percentatge de pacients = o > de tretze anys amb diagnòstic principal de TUS (pacients assistits amb aquestes característiques: N2) respecte de N1.
- Percentatge de pacients = o > de tretze anys amb diagnòstic de TM i diagnòstic secundari de TUS (pacients assistits amb aquestes característiques: N2) respecte de N1.
- Percentatge de pacients = o > de tretze anys amb diagnòstic de TMG i diagnòstic secundari de TUS.
- Percentatge de pacients = o > de tretze anys amb diagnòstic de TUS (N2) amb activitat de grup en el centre.
- Percentatge de pacients = o > de tretze anys amb diagnòstic de TUS (N2) amb visites familiars en el centre.

Aquests mateixos indicadors s'hauran de mesurar després d'un any d'implantació del programa. A partir dels estudis comparatius que es duguin a terme, s'hauran d'establir els estàndards adequats per a cada cas. Durant la fase d'implantació, caldrà mesurar l'activitat assistencial generada:

- Nombre de primeres visites amb diagnòstic de TUS
 - Nombre de primeres visites amb diagnòstic principal de TUS
 - Nombre de primeres visites amb diagnòstic secundari de TUS
- Nombre de visites successives amb diagnòstic de TUS
 - Nombre de visites successives amb diagnòstic principal de TUS
 - Nombre de visites successives amb diagnòstic secundari de TUS
- Nombre de sessions de grup amb pacients diagnosticats de TUS
- Nombre de sessions familiars amb pacients diagnosticats de TUS
- Percentatge de procedències (APS, Programa «Salut i Escola», hospitals/altres) de les persones amb diagnòstic de TUS
- Nombre d'altres de les persones diagnosticades de TUS
 - Nombre d'altres amb diagnòstic principal de TUS
 - Nombre d'altres amb diagnòstic secundari de TUS

A més a més, caldria que al llarg del primer any de funcionament estiguessin definits:

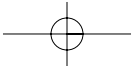
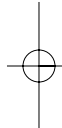
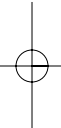
- El mapa de recursos en cada territori i un pla de vinculació entre tots els dispositius (Pla funcional del territori), que inclogui institucions educatives i socials (model que ha d'elaborar el PDSM i Ad), com també la relació entre la unitat funcional i els tractaments especialitzats (CAS).
- Un pla d'activitat de formació. Considerar un programa de formació sobre psicopatologia infantojuvenil per als professionals del CAS, i de trastorns per ús de substàncies per als professionals del CSMIJ.

8. Bibliografia

8. Bibliografia

- Arbex, C. *Guía de intervención: Menores y consumos de drogas*. ADES: Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales – DGPND, 2002.
- Díaz, R. *Programa ALFIL: Grupos psicoeducativos para jóvenes con antecedentes familiares de alcoholismo. Manual para educadores y terapeutas*. Barcelona: Socidrogalcohol – Pla nacional sobre drogues, 2000.
- Casado Vicente, V; Araúzo Palacios, D. «Intervención en drogas desde atención primaria: revisión de guías clínicas». *Adicciones*, 2004. Vol. 16, núm. 3, 225-234.
- Center for Substance Abuse Treatment. «Substance Abuse treatment for persons with co-occurring Disorders». *Treatment Improvement Protocol (TIP)*. Series 42. DHHS Publication N° (SMA) 05-3992. Rockville, MD. Substance Abuse and Mental Health Series Administration, 2005.
- *Drug Strategies*, <http://www.drugstrategies.org/teens> (instruments de triatge i avaluació).
- *DSM-IV-TR, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Text revisat. Barcelona: Masson, 2002.
- Enquesta «Els adolescents i la salut». Programa «Salut i Escola». Pendent de publicació.
- Enquesta escolar 2003. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- Eurocare & Coface. *Alcohol problems in the family. A report to the European Union*. European Commission Directorate General V. England, 1998 (versió en castellà publicada el 1999).
- Fayne, M; Hien, D. «Diagnóstico dual en adolescentes». A: Solomon, J; Zim Berg, S; Shollar, E [eds.]. *Diagnóstico dual*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, 1996.
- Franco, C; Arango, C. *Prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes*. Col·lecció «Monografías de Psiquiatría». ISSN 0214-4220. Vol. XVI núm. 3 (juliol-setembre 2004), p. 19-27.
- Funes, J. *Nosotros, los adolescentes y las drogas*. Madrid: Ministeri de Sanitat i Consum, 1990.
- Funes, J. *Drogas y adolescentes*. Madrid: Aguilar, 1996.
- Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. «Ganar Salud con la Juventud. Recomendaciones sobre Salud Sexual y Reproductiva, consumo de Alcohol y Salud Mental».
- Hallfors, DD; Walter, MW; Bauer, D; Ford, CA; Halpern, CT. «Wich comes first in adolescence – sex and drugs or depression?». *American Journal of Preventive Medicine*, 2005; 29, 163-170.
- McCambridge, J; Strang, J. «Development of a structured generic drug intervention model for public health purposes: a brief application of motivational interviewing with young people». *Drug and Alcohol Review*, 2003; 2: 391-399.
- Miller, WR; Rollnick, S. *Motivational Interviewing. Preparing people for change*. Nova York: The Guilford Press, 2002.
- NIDA (National Institute of Drug Abuse). *Preventing drug use among children and adolescents: a research-based guide for parents, educators, and community leaders*, 1997 (<http://www.nida.nih.gov/>).
- Nebot, M et al. Factors de risc en estudiants de secundària de Barcelona. *Resultats principals de l'informe FRESC 2004*. Agència de Salut Pública de Barcelona, 2006. Disponible a: http://www.aspb.es/quefem/docs/Taules_FRESC_04.pdf.
- Observatori Català de Nous Consums en l'Àmbit Juvenil. *Informe 2006*.
- Observatori Europeu de les Drogues i Toxicomanies. *Informe anual 2005*. Luxemburg, Oficina de Publicacions Oficials de la Unió Europea. <http://www.emcdda.eu.int>

- OMS. *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas: resumen*. ISBN 92 4 359124X. (Classificació: NLM:WM 270). Ginebra, 2004.
- Pla director de salut mental i addiccions, 2006.
- Pla de salut de Catalunya 2007-2010. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- Programa ALFIL. *Idea – Prevención*, 2001; 23 (2), 33-34.
- Programa ALFIL. *Base de datos EDDRA*. Observatori Europeu sobre Drogues i Toxicomanies (OEDT), 2002. <http://www.reitox.emcdda.org:8008/eddra>.
- Prochaska, JO; Diclemente, CC; Norcross, JC. «In search of how people change: applications to addictive behaviors». *American Psychologist*, 1992; 47: 1102-1114.
- The National Survey on Drug Use and Health. Depression among adolescents, núm. 30 (desembre de 2005).
- Secades, R; Carballo, JL; Fernández, JR; García, O; García, E. *Frida: Factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones, 2006.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <http://www.oas.samhsa.gov>.
- Simkin, DR. «Adolescent substance use disorders and comorbidity». *The pediatric clinics of North America*, 2002; 49: 463-477.
- *Idea Prevención*. http://www.idea-prevencion.org/boletin_pre.htm (programes de prevenció).
- EMCDDA (European Monitoring Center for Drugs Addiction). www.emcdda.europa.eu/ (programes de prevenció).
- Zimberg, S; Solomon, J; Shollar, E; O'Neill, M. «Desarrollo de servicios terapéuticos de diagnóstico dual incluidos en programas ambulatorios psiquiátricos y en programas de drogodependencias». A: Solomon, J; Zimberg, S; Shollar, E [eds.]. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, 1996.



9. Annexos

9. Annex

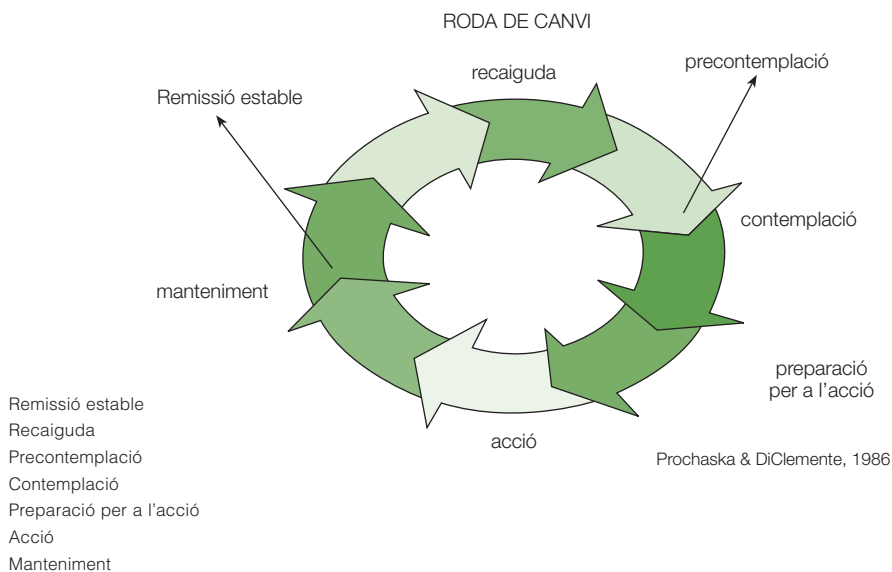
9. Annex 1. Habilitats i aspectes tècnics en la relació amb el pacient

Recomanacions per «connectar» amb els joves de risc (Funes, 2003; Arbex, 2002)

- No començar parlant de drogues, sinó de coses que interessin el jove.
- No fer un discurs ni un sermó moralista, sinó dialogar, escoltar activament, plantejar preguntes obertes i neutres, suscitar dubtes, promoure la reflexió i facilitar l'expressió de sentiments.
- Crear un ambient agradable i de confiança. Aclarir el tema de la confidencialitat.
- Reflectir comprensió i empatia, interès sincer i respecte pel món del jove.
- Comunicació «en clau adolescent» sense caure en el «col·leguisme».
- Mostrar més preocupació pel seu benestar que per la conducta de consum per si mateixa.
- Tenir paciència i saber esperar: sovint, el consum de drogues és una conducta transgressora pròpia del desenvolupament normal de l'adolescent i pot desaparèixer per si sola.
- Analitzar l'ambivalència (pros i contres del consum).
- No confrontar directament, evitar la discussió i esquivar les resistències.
- No pretendre un compromís total, sinó conformar-se amb un primer contacte o l'assistència a la primera sessió de grup.
- Deixar sempre la «porta oberta» a contactes futurs.
- Potenciar l'autoeficàcia (reforçar el que fan bé, mostrar confiança que sabran escollir el millor per a ells, etc.).
- Flexibilitat i dinamisme, però límits clars per tal d'evitar la manipulació.
- «Perseguir-los suaument», mostrant interès per ells (telefonar si no vénen, preguntar als familiars, als amics, etc.).
- Fer servir alguns reforços, fins i tot materials: activitats de lleure, menjar, petits obsequis, etc.

RODA DEL CANVI:

Figura 2. Model transteorètic del canvi (Prochaska i DiClemente, 1986)
Disseny: Antoni Gual



Principis de l'entrevista motivacional (Miller i Rollnick, 1991, 2002)

Feedback: informar dels resultats de l'avaluació.

Responsability: emfasitzar la responsabilitat individual per canviar.

Advice: donar consells i informació, sempre amb permís.

Menú: oferir diverses opcions de tractament (flexibilitat).

Empathy: expressar comprensió, acceptació, calidesa, autenticitat, disposició per ajudar.

Self-Efficacy: reforçar l'autoeficàcia i l'esperança en el canvi.

Estratègies motivacionals (fases P – C – P)

- Crear discrepància entre el que el jove fa i els seus objectius de futur (dissonància cognitiva).
- Aplanar les resistències («ball» motivacional).
- Evitar la discussió i la confrontació.
- Facilitar expressions automotivadores (compromís amb si mateix per fer canvis, encara que siguin petits).
- Reforçar els aspectes positius i l'autoeficàcia del jove.

Un model d'intervenció breu (1 h) per motivar els joves a reduir o abandonar les drogues (McCambridge i Strang, 2003)

Programa PEEDRO: PND – Hospital Clínic

Figura 3

Tema	Tècniques
Conèixer el jove (presa de contacte)	Preguntes obertes sobre estudis, amics, temps lliure, estil de vida, etc., i, al final, sobre drogues
Retornar els resultats de l'avaluació	Descripció neutral, no moralista, fomentant la discrepància personal i la llibertat de decisió
Un episodi recent/típic de consum	Preguntes obertes sobre fets i sentiments abans, durant i després
Coses bones i no tan bones del consum	Preguntes obertes per a la reflexió, destacant les dissonàncies (resum)
Valors i metes personals	Preguntes obertes sobre les coses importants de la vida, del present al futur
Riscos i problemes de les drogues	Aclarir conceptes. Preguntes obertes sobre exemples propis
Hipotètics (problemes en el futur)	«Què passaria si...?», «Com sabries que l'ús de... se t'ha escapat de les mans?»

9. Annex

9. Annex 2. Exemples de programes de prevenció selectiva i indicada

Estats Units (Fonts: NIDA, 1997b. Drug abuse prevention fir at risk individuals...)	Europa (Fonts: «Problemas por el alcohol en la familia». 1999 i altres)	Espanya i Catalunya (Font: IDEA Prevenció, EMCCDA, 1997-2006)
<p>Programes adreçats a la família</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strenghtening Families Program (Kumpfer et al., 1996; nens 6-10 anys, fills de pacients amb problemes de drogues) - Focus on Families (Catalano et al., 1997; drogodependents i els seus fills) <p>Programes adreçats a l'escola</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adolescent Transition Program (Dishion et al., 1996; detecció precoç de joves amb risc de problemes de drogues i/o conducta) - Reconnecting Youth (Eggert et al., 1994, 1995; adolescents amb fracàs escolar, problemes de conducta, idees suïcides, consum, etc.) - Project toward no drug ause (Sussman, 1996; joves en educació postobligatòria, escoles taller, etc., que prenen drogues) - Programa ESCAPE (Nastasi i DeZold, 1994; currículum escolar per a fills d'alcohòlics) 	<ul style="list-style-type: none"> - A Fragile Childhood (A-Clinic Foundation. Finlàndia. 1986; fills d'alcohòlics) - Help for children (Ersta Vandpunkten. Suècia; grups per a fills d'alcohòlics) - Care and therapy for addicts and their children (assoc. Drogenhilfe Tannenhof. Horst Bromer. Berlín. Alemanya; nens amb dèficit d'atenció, fills de drogoaddictes) - Atenció a famílies (associació italiana de clubs per a alcohòlics en tractament; fills d'alcohòlics a partir de sis anys) - Alcohol i teratogènesi (Fundació Egmont – Consell Nacional de Salut. Dinamarca; alcohòliques embarassades) - «Drink less» (WHO – Alcohol Action Plan; intervenció breu en abús d'alcohol en atenció primària) 	<ul style="list-style-type: none"> - Programa ALFIL (Socidrogalcohol – Pla nacional sobre drogues; grups psicoeducatius per a fills d'alcohòlics, www.socidrogalcohol.org) - Energy Control (Acción Bienestar y Salud – Pla nacional sobre drogues; reducció de riscos en joves consumidors de drogues recreatives) - Pla de prevenció de la drogodependència en l'exclusió (Cáritas Espanyola; grups marginals) - Programa de detecció precoç i prevenció en fills d'alcohòlics (AEPA – Comunitat Valenciana; atenció individual a fills d'alcohòlics a partir de sis anys) - Programa de prevenció per a infants i joves (àmbit esport; activitats esportives per a fills de drogodependents en tractament) - Programa Preinfant (Associació Benestar Social) - Nombrosos materials psicoeducatius per a escoles, APA, serveis sociosanitaris, etc. (PDS, Energy Control, EDEX, etc., Agència de Salut Pública de Barcelona, Generalitat, etc.) - Servei d'Orientació sobre Drogues: SOD (CEPS – Agència de Salut Pública de Barcelona; joves consumidors i pares preocupats) - Programa experimental PEEDRO (Pla nacional sobre drogues – Hospital Clínic; intervenció motivacional per a joves consumidors amb trastorns psiquiàtrics) - Unitat de Conductes Addictives per a Adolescents (UNICA-A), Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantojuvenil. Hospital Clínic (prevenció i tractament de problemes amb les drogues en adolescents) - Programa d'atenció a adolescents consumidors de cànnabis (Hospital Vall d'Hebron) - Programa «Bebeu Menys» (aplicació a joves bevadors de risc?) - Programa preventiu «Entre Tots» adaptat per Projecte Jove (és universal —Botvin—, però aplicat a població de risc?) - Programa CANTABRIA de reducció de danys per alcohol - Programa d'atenció als adolescents CAS FONSA

10. Composició grup de treball

10. Composició grup de treball

PLA DIRECTOR DE SALUT MENTAL I ADDICIONS

Cristina Molina

Directora Pla director salut mental i addiccions. DGPA
Departament de Salut.

Joan Colom

Subdirector General de Drogodependències. DGSP Departament de Salut.
Subdirector Pla director de salut mental i addiccions. DGPA
Departament de Salut

Miquel Casas

President del Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions.
Servei de Psiquiatria Vall d'Hebron. ICS

Josep Ramos

Vicepresident del Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions.
Sant Joan de Déu – Serveis de Salut Mental.

Esther Jordà

Tècnic Pla director salut mental i addiccions. DGPA. Departament de Salut

COORDINACIÓ

Joan Alvarós

Sant Joan de Déu – Serveis de Salut Mental

MEMBRES DEL GRUP DE TREBALL

Joan Alvarós

Sant Joan de Déu – Serveis de Salut Mental

Josefina Castro

Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantojuvenil. Institut Clínic de Neurociències. Hospital Clínic

Begoña de Irala

PASSL – Mancomunitat Font Santa

Rosa Díaz

Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantojuvenil. Institut Clínic de Neurociències. Hospital Clínic

Pilar Duro

Subdirecció General de Drogodependències. Pla director de salut mental i addiccions.
Departament de Salut

Oriol Esculies

Projecte Home

Amaia Hervás

Salut Mental Infantojuvenil. Hospital Mútua de Terrassa

Víctor Martí

CAS Rubí (Ajuntament de Rubí).
Coordinadora de CAS

Josep Lluís Matalí

Servei de Psiquiatria. Hospital Vall d'Hebron

Carmen Sánchez

CSMIJ Maresme – Hospital de Mataró