

**Dra. Montse Pàmias Massana** 

Cap de Salut Mental Infantil i Juvenil, Corporació Sanitària Parc Taulí. CIBERSAM, Sabadell, España.

Correo: [mpamias@tauli.cat](mailto:mpamias@tauli.cat)

---

*Programa de atención a la crisis infantil y juvenil en Catalunya: Atendiendo a niños y adolescentes en su entorno natural*

Las líneas estratégicas del departamento de salud de Catalunya 2017-2020 fueron un impulso muy importante en el ámbito de la salud mental infantil y juvenil en Catalunya que dio frutos objetivables, tanto en la mejora de la dotación de los diferentes equipos en todo el territorio, como en la mejora del diagnóstico y homogeneización de prácticas asistenciales en patologías concretas como trastornos de la conducta alimentaria y trastorno del espectro del autismo.

La red de salud mental infantil y juvenil, creada en 1999 y diferenciada de la red de adultos, atiende los problemas de salud mental en los 52 centros de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ) en Catalunya, formados por equipos multidisciplinares. Estos CSMIJs, liderando la atención comunitaria, trabajan de forma coordinada con hospitales de día y plantas de hospitalización para poder dar la atención escalonada en función de la gravedad clínica del paciente.

En 2021 se atendieron a 74.152 personas y 26.333 se visitaban por primera vez los CSMIJs de Catalunya. Estos valores situaban la prevalencia en población ajustada de infantil y juvenil, en el 5,38% y la incidencia en el 1,91%, que había ido aumentando en los últimos años. Se observaba un incremento del 8,45% de las personas atendidas en el CSMIJs en 2021 respecto al año 2020. La relevancia del incremento se explica porque el número total de niños y jóvenes tratados en los CSMIJ era estable en los últimos tres años, alrededor de 68.000 atendidos entre 2018 y 2020.

El total de visitas que se realizaron fue de 605.033, lo que comportaba 8,2 visitas por persona atendida. Por lo que respecta a la condición clínica de

complejidad en salud mental representaba un 21,6% del total de casos atendidos

Además, a pesar de la disponibilidad de estos recursos, en algunos casos, como consecuencia de las condiciones de complejidad que presentan estos pacientes, ya sea por vulnerabilidad sociofamiliar, complejidad psicopatológica o ambas condiciones, tenían dificultades para acudir a su CSMIJ u hospital de día. El sistema de atención no daba una respuesta ajustada a las necesidades de estos pacientes y familias, cuando requerían una intervención de proximidad en el domicilio, con el objetivo de evitar un curso tórpido y cronificación.

Para poder dar respuesta a estas necesidades y atender la creciente demanda, en 2022, se inició el Programa de atención a la crisis infantil y juvenil en salud mental en Catalunya.

Este programa es una alternativa asistencial de ámbito comunitario para personas con sospecha o confirmación diagnóstica de trastorno mental y complejidad social asociada que presenten dificultades para ser atendidas en los servicios de salud mental ambulatorios. El programa de atención a la crisis debe facilitar la atención y el tratamiento especializados hasta que estas personas alcancen la estabilidad clínica suficiente para poder vincularlos a un recurso de atención comunitaria.

Este programa implicaba una ampliación de la cartera de servicios de los CSMIJ y para que los CSMIJ pudieran desempeñar este papel, era imprescindible reforzar los equipos y optimizar la coordinación con el resto de agentes comunitarios. En este contexto, se puso de manifiesto la necesidad de incorporar nuevos perfiles profesionales, terapeutas

8

ocupacionales, educadores sociales y mayor número de trabajadores sociales a los CSMIJ para poder atender conjuntamente el abordaje ambulatorio de las personas atendidas, y la intervención domiciliaria en la crisis infantil y juvenil, con los márgenes y la flexibilidad necesarios en función de las características de cada territorio.

Para cuidar la implementación del programa en todo el territorio, se creó un grupo motor, formado por profesionales de los primeros CSMIJs a implementar el programa. Este grupo, se reúne periódicamente y cuida de aspectos comunes como la necesidad de consentimiento informado para atender a domicilio, homogeneización en el plan terapéutico, aspectos de seguridad de los profesionales y pacientes, y desarrollo de indicadores que evalúen la eficacia de este programa. Otro aspecto prioritario de este grupo es la formación continuada de los profesionales, en especial atención a la integración de estos profesionales del ámbito social en el entorno sanitario.

Los indicadores que se recogen de forma periódica son indicadores de efectividad (tasa de ingresos en agudos, consultas a urgencias, coordinaciones con centro educativo, vinculación al CSMIJ después de la intervención) de accesibilidad (casos atendidos en 72 h, visitas a domicilio según el perfil profesional) de eficiencia (número de altas, ocupación, duración intervención), de seguridad y de satisfacción del paciente (encuesta ad hoc). Se recogen también indicadores de respuesta terapéutica en función de la patología del paciente.

Los datos de los 12 primeros programas de crisis en Cataluña, con un año ya de funcionamiento, muestran que, en función del territorio, entre el 40 y el 90% de las visitas del programa se realizan en el domicilio del paciente.

El programa tiene una duración estimada de 8 semanas, y la media de visitas por paciente son de entre 1,2 y 3,7 visitas por paciente/ semana. Y estas visitas son realizadas por entre 1-2,4 profesionales por visita.

Los perfiles profesionales que más visitas realizan en domicilio son educadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermería y trabajo social. Psiquiatría y psicología clínica realizan un pequeño porcentaje de actividad domiciliaria.

Los profesionales clínicos participan en el diseño del plan terapéutico, la firma del consentimiento informado, actuando como referentes en las decisiones que impliquen cuestiones clínicas.

La satisfacción de los usuarios es alta y muy alta en su gran mayoría, y el grado de adherencia posterior al recurso comunitario, sobre todo CSMIJ y en menor proporción al hospital de día es alta.

En noviembre de 2023, se integraron los últimos CSMIJs al programa de atención a la crisis infantil y juvenil, finalizando así la implementación del programa en todo nuestro territorio.

Más allá de los cambios a nivel del equipo de salud mental infantil y juvenil, con la integración de los nuevos roles profesionales, los valores de esta atención responden al modelo de atención en salud centrado en la persona, equitativo y universal, implicando una mayor participación del niño y adolescente y del entorno cercano de éste en el tratamiento que está llevando a cabo y en la recuperación, y mejorando el vínculo terapéutico con el respeto debido a los derechos de los pacientes.

[https://salutweb.gencat.cat/web/.content/\\_departament/ambits-estrategics/salut-mental-addiccions/programa-atencio-criisi-infantil-i-juvenil-salut-mental.pdf](https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/ambits-estrategics/salut-mental-addiccions/programa-atencio-criisi-infantil-i-juvenil-salut-mental.pdf)

## REFERENCIAS

1. Boege I, Corpus N, Schepker R, Kilian R, Feger JM. Cost-effectiveness of intensive home treatment enhanced by inpatient treatment elements in child and adolescent psychiatry in Germany: A randomised trial. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2015;30(5): 583-89. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.01.009>
2. Henggeler SW, Melton GB, Brondino MJ, Scherer DG, Hanley JH. Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: the role of treatment fidelity in successful dissemination. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1997;65(5): 821-33. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.65.5.821>

3. Henggeler SW, Rowland MD, Halliday-Boykins C, Sheidow AJ, Ward DM, Randall J, et al. One-year follow-up of multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2003;42(5): 543-51  
<https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046834.09750.5F>
4. Henggeler SW, Rowland MD, Randall J, Ward DM, Pickrel SG, Cunningham PB, et al. Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis: clinical outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1999;38(11): 1331-39.  
<https://doi.org/10.1097/00004583-199911000-00006>
5. Henggeler SW, Schaeffer CM. Multisystemic Therapy(®): Clinical Overview, Outcomes, and Implementation Research. *Family process*. 2016;55(3): 514-28.  
<https://doi.org/10.1037/0000101-013>
6. Henggeler SW. Multisystemic therapy: clinical foundations and research outcomes. *Psychosocial Intervention*. 2012;21(2): 181-93.  
<https://doi.org/10.5093/in2012a12>
7. Muskens JB, Herpers PCM, Hilderink C, van Deurzen, PAM, Buitelaar JK, Staal WG. Intensive home treatment for adolescents in psychiatric crisis. *BMC Psychiatry*. 2019;19: 412.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-019-2407-x>
8. Ougrin D, Corrigan R, Poole J, Zundel T, Sarhane M, Slater V, et al. Comparison of effectiveness and cost-effectiveness of an intensive community supported discharge service versus treatment as usual for adolescents with psychiatric emergencies: a randomised controlled trial. *The lancet. Psychiatry*. 2018;5(6): 477-85.  
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30129-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30129-9)
9. Sjølie H, Karlsson B, Kim HS. Crisis resolution and home treatment: structure, process, and outcome - a literature review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2010;17(10): 881-92.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01621.x>