

14



Orientaciones para las buenas prácticas en la atención psicosocial de jóvenes y adolescentes



MEDICAL
ANTHROPOLOGY
RESEARCH
CENTER

Colección Antropología Mèdica

1. *Migraciones y salud*, varios autores
Josep M. Comelles, Xavier Allué, Mariola Bernal,
José Fernández-Rufete, Laura Mascarella (comps.)
2. *Antropología y enfermería*, varios autores
Maria Antonia Martorell, Josep M. Comelles,
Mariola Bernal (eds.)
3. *Medicina, màgia i religió*, W. H. R. Rivers
Àngel Martínez Hernáez (ed.), Chris Scott-Tennent (coord.)
4. *Of Bodies and Symptoms*, varios autores
Sylvie Fainzang et Claudie Haxaire (ed.)
5. *Mejor dejarlo tranquilo*, Rimke van der Geest
Lourdes Márquez Blázquez (trad.)
6. *Tro ressonant*, Paul Radin (ed.)
Àngel Martínez Hernáez (ed. cat.)
7. *Alimentación, salud y cultura: encuentros interdisciplinares*, varios autores
Mabel Gracia-Arnaiz (ed.)
8. *Nasci na família errada*, Cristina Larrea Killinger
9. *Pobres joves grassos. Obesitat i itineraris juvenils a Catalunya*
Mabel Gracia-Arnaiz (ed.)
10. *Mujeres (in)visibles: género, alimentación y salud en comunidades rurales de Oaxaca*
Sara Pérez-Gil Romo y Mabel Gracia-Arnaiz (ed.)
11. *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria*
Àngel Martínez-Hernáez, Lina Masa, Susan M. DiGiacomo (eds.)
12. *Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*
Oriol Romani (ed.)
13. *Jóvenes, desigualdades y salud*
Oriol Romani y Lina Casadó (eds.)

Orientaciones para las buenas prácticas en la atención psicosocial de jóvenes y adolescentes

Resultados de un proyecto participativo
con jóvenes y profesionales

Coordinación de

Natàlia Carceller-Maicas
Carmina Puig Cruells
Carme Vega Monteagudo
Àngel Martínez-Hernáez



Tarragona, 2013

Edita:
Publicacions URV

1.ª edición: Diciembre de 2013
ISBN: 978-84-695-9171-0
Depósito legal: T-1520-2013

Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili
Av. Catalunya, 35 - 43002 Tarragona
Tel. 977 558 474
www.publicacionsurv.cat
publicacions@urv.cat

El blog de la colección:
<http://librosantropologiamedica.blogspot.com/>

Consejo editorial:
Xavier Allué (URV)
Josep Canals (UB)
Josep M. Comelles (URV)
Susan DiGiacomo (URV)
Mabel Gracia (URV)
Àngel Martínez Hernaez (URV)
Enrique Perdiguero (UMH)
Oriol Romaní (URV)

Esta obra está bajo una licencia Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported de Creative Commons. Para ver una copia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> o envíe una carta a Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California 94105, USA.

¶ Esta editorial es miembro de la Xarxa Vives y de la UNE, lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional e internacional.

SUMARIO

Lista de siglas.....	6
Introducción.....	9
1. Promoción y prevención de la salud	15
2. Normalización y desestigmatización.....	19
3. Formación (en adolescencia y salud mental).....	25
4. Coordinación y trabajo en red.....	31
5. Accesibilidad	39
6. Planificación, organización	47
y programación del servicio.....	47
7. Calidad de la comunicación	55
8. Atención clínica.....	59
9. Participación	69
10. Investigación.....	73
Bibliografía.....	77
Índice sistemático.....	79

LISTA DE SIGLAS

CAP: Centro de Atención Primaria en Salud

CESMIJ: Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil

CRAE: Centro Residencial de Acción Educativa

CREI: Centro Residencial de Educación Intensiva

EAlA: Equipo de Atención a la Infancia y a la Adolescencia

EAP: Equipo de Atención Psicopedagógica

*Miembros del equipo
de investigación*

Àngel Martínez Hernáez
Susan DiGiacomo
Maria Antonia Martorell Poveda
Márcio Mariath Belloc
Nabil Sayed Ahmed-Beirut
Carlotta Bagaglia
Carmen Vega Monteagudo
Josep Moya Ollé
Carmina Puig Cruells
Natàlia Lledó Carceller Maicas
Tullio Seppilli
Martín Correa Urquiza
Arturo Márquez
Eva Marxen
Karol Veiga

Participantes

Alba Vilamala Plana
Jean-Paul Fannes Claverol
Edgar Claveria
Juan Rache Lidón
Tania Johsson Reyes
Bernat Garcia de Anta
Josep Moya Ollé
Jordi Marfà Vallverdú
Maite Morato
Jordi Muntané
Lisbeth Cedeño González
Susan DiGiacomo
Martín Correa-Urquiza
Leticia Medeiros Ferreira
Maria Cristina Carvalho da Silva

Revisores externos

Nabil Sayed Ahmad Beirut
Izabel Passos

Proyectos y financiación

Este documento ha sido elaborado en el marco del proyecto «The emotional distress of adolescents: lifestyles, mental health, and lay strategies used in managing adversity», financiado por la Fundació La Marató TV3 (código del proyecto: 090730) y por el Ministerio de Ciencia e Innovación, Gobierno de España (código del proyecto: CSO2009-08432). El desarrollo de esta guía ha supuesto también la elaboración de un documental titulado «Adolescències. Crisi, malestar i creixement». Depósito legal: T-325-2013. Enlace: <<http://antropologia.urv.es/adolescentes/>>

INTRODUCCIÓN

El texto que el lector tiene en sus manos es una guía de buenas prácticas para la atención de los problemas psicoemocionales de los adolescentes y jóvenes. La razón práctica de su elaboración es la infrautilización de los servicios profesionales por parte de este grupo de edad ante situaciones de depresión y ansiedad, principalmente; aunque también ante los malestares propios del ciclo vital. La razón más teórica, sin embargo, trasciende el objetivo específico para delinear un modo de investigación-participación propio de la salud mental colectiva.

A pesar de la diversidad de definiciones, denotaciones y connotaciones de un concepto como el de «salud mental colectiva», podemos estar de acuerdo en que esta noción incorpora el desarrollo de pautas y formas de trabajo tanto en el ámbito de la investigación como en el de la atención y la gestión que permiten una mayor participación de la ciudadanía. Supone también entender la salud mental como una producción biosocial y, por lo tanto, no únicamente psicobiológica, puesto que un trastorno, un síndrome o una enfermedad no es lo que es o creemos que es en términos biológicos y psicológicos, sino lo que la gente hace con él, cómo lo gestiona y lo (re)produce y cómo lo significa, resignifica y afronta.

La propia elaboración de esta guía ha sido coherente con esta orientación teórico-metodológica. Investigadores, profesionales de la salud mental y jóvenes han debatido sobre las causas de la infrautilización de los servicios profesionales por parte de los adolescentes, y han mostrado que este fenómeno tan específico condensa un universo de factores como la organización de los servicios, el mundo vital de los jóvenes, el estigma, la desinformación y el conflicto de expectativas entre potenciales usuarios y profesionales, entre muchos otros. Es, por lo tanto, un texto resultado de un trabajo y reflexión colectivos que se quiere dar a conocer, pero que sobre todo invita a la reflexión como instrumento de mejora. No debe entenderse ni como un manual que ofrece recetas basadas en supuestas evidencias ni como una obra cerrada. Es una invitación a pensar nuestras prácticas y, sobre todo, a nosotros mismos.

Justificación

La adolescencia y la juventud son etapas vitales que resultan cruciales en el desarrollo hacia la vida adulta. Son momentos de conocimiento, experimentación, crecimiento y reflexión en los que se cuestiona cómo se quiere ser y qué se quiere hacer en la vida, y cuándo se incorporan hábitos que se instauran en los patrones de conducta. Promover actitudes favorables para la consecución de hábitos saludables tanto físicos como psíquicos resulta, por lo tanto, clave para lograr una salud integral óptima. Dichas actitudes hacen referencia a incorporar prácticas de autoatención diaria tales como realizar deporte, tener una dieta sana y equilibrada y conocer y manejar herramientas adecuadas de gestión del malestar psicoemocional, así como disponer de la información necesaria para demandar ayuda profesional.

Según sabemos, la salud de los adolescentes muestra algunas paradojas. Por una parte, los problemas de salud física muestran una baja incidencia y prevalencia en este grupo de edad. Incluso se habla de que la adolescencia supone una «ecualización» o amortiguación de los efectos de las desigualdades sociales en la salud física, actuando así de forma protectora. Por otra, sin embargo, los datos indican una presencia preocupante de problemas de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas.

Entre los problemas de salud mental de los adolescentes, destacan los malestares y trastornos del espectro depresivo-ansioso, que muestran una prevalencia del 4% entre los 12 y los 17 años, y del 9% a los 18 años (Martínez-Hernández y Muñoz García, 2010). Según datos de la OMS (OMS, 2004), la depresión y los malestares asociados han aumentado en los últimos años, conformando lo que se ha definido como «era de la depresión». De hecho, se prevé que en el horizonte de 2020 la depresión será la segunda enfermedad o disfunción más prevalente en el mundo.

A pesar de que las cifras de prevalencia de síntomas y cuadros depresivo-ansiosos van en aumento, los adolescentes constituyen el grupo de edad que con menor frecuencia recibe atención en los sistemas de salud por este motivo. Diversas investigaciones realizadas con adolescentes revelan que solo un tercio de los adolescentes que padecen algún tipo de malestar depresivo-ansioso demanda asistencia profesional. La escasa utilización de la atención profesional parece ser

una constante en este grupo de edad, lo que genera un problema de prevención en salud mental en muchos países.

En la literatura existente se ha evidenciado la presencia de diversos motivos que refuerzan la infrautilización de estos dispositivos por parte de los adolescentes. En primer lugar, la evitación se produce con mayor frecuencia entre los chicos en comparación con las adolescentes, y algunas de las causas están asociadas con un alto grado de autoconfianza para resolver los propios problemas, la existencia de una mala experiencia con los servicios de salud y salud mental, el miedo al estigma asociado con los trastornos mentales, la vergüenza, la dificultad de expresar las emociones, la preferencia por formas de atención alternativas en la propia red social y la falta de adaptación de los servicios de salud a las necesidades y los estilos de vida de este grupo de edad.

En este marco nos planteamos el desarrollo de esta guía con el objetivo de dar cuenta de las causas y circunstancias psicosociales, sistémicas, culturales y relacionales que influyen en la escasa utilización de los servicios profesionales por parte de los adolescentes. Entendemos que conocer y visibilizar estos factores puede resultar de utilidad para promover un abordaje holístico, multirrelacional y multidisciplinar que dé a conocer las narrativas y visiones de los «potenciales usuarios» y que aporte, de este modo, una mejor comprensión del fenómeno y una potenciación de las soluciones.

Objetivo general

Esta guía de buenas prácticas ha sido elaborada con la intención de ser una herramienta que permita, tanto a los dispositivos en sí mismos como a los profesionales de la salud y de la educación que trabajan con adolescentes y jóvenes, conocer algunas de las barreras que dificultan la utilización de los dispositivos de salud mental por parte de los jóvenes y establecer pautas y recomendaciones para tratar de minimizarlas.

Modo de empleo de la guía

La guía está conformada por diez puntos temáticos clave que han sido identificados en el análisis y la investigación del fenómeno de

la infrautilización de los servicios profesionales de salud mental por los adolescentes y jóvenes catalanes. El orden en que dichos puntos aparecen en la guía responde a una lógica que parte de los aspectos más generales para orientarse con posterioridad a los más específicos.

Cada uno de los puntos está compuesto por una serie de subpartados que permiten al lector realizar una inmersión en el tema, a la vez que reflexionar y autoevaluar las propias prácticas, así como pensar en algunas mejoras posibles de estas. El modo en que la guía puede ser empleada depende enteramente del lector, pudiendo realizarse una lectura completa del documento de inicio a fin, o bien otra selectiva y focalizada en puntos específicos.

La estructura seguida en la construcción, el diseño y la redacción del presente documento responde a una concepción práctica que pretende favorecer que los profesionales puedan realizar un uso ágil que les permita acceder a la información de un modo ameno y que se ajuste a sus diversas necesidades e intereses.

Metodología

La metodología utilizada para la creación de esta guía ha sido de índole participativa, teniéndose presentes las visiones y experiencias tanto de los profesionales como de los potenciales usuarios de los servicios de atención en salud mental infanto-juvenil. Se ha pretendido de este modo dar una visión lo más integrada posible.

La investigación que da origen a la presente guía —«Los malestares de los adolescentes»— fue aprobada y cofinanciada por el Ministerio de Ciencia e Innovación y la Fundació La Marató de TV3 (investigación biomédica). La muestra de jóvenes participantes fue reclutada del Panel de Familias e Infancia (PFI), un estudio sociológico longitudinal en cuatro oleadas diseñado por el Institut d'Infància i Món Urbà (CIIMU) (Institut d'Infància i Món Urbà, 2012; Julià *et alii*, 2012; Martínez-Hernández *et alii*, 2012). La citada investigación se inició en 2006 con una muestra representativa de 3.004 adolescentes residentes en Cataluña nacidos entre los años 1990 y 1993, ambos incluidos, y fue incorporando nuevas cohortes cada año.

A partir de dicha muestra general se seleccionó una submuestra de 105 jóvenes para realizar un estudio en profundidad mediante entrevistas semiestructuradas de tipo cualitativo con el objetivo de

explorar las estrategias de los jóvenes para afrontar el malestar de tipo depresivo, incluyendo el uso y/o evitación de los servicios. Debemos decir que nos interesó la visión general de los jóvenes y no solo la de aquellos que habían mostrado un malestar previo en las entrevistas anteriores realizadas en el PFI. Adicionalmente, los participantes en esta investigación respondieron a algunos instrumentos validados como la escala MISS (Manheim Interview on Social Support) (Vázquez y García-Bóveda, 1997), la BDI-II (BECK-II Depression Inventory) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961; Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003) o el *screening* de la GHQ (General Health Questionnaire) (Goldberg, Bridges, Duncan-Jones y Grayson, 1988; Monton, Pérez, Campos, García y Lobo, 1993; Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell y Obiols, 2011) para depresión y ansiedad.

Posteriormente se realizaron tres grupos focales con jóvenes que habían sido previamente entrevistados (entre cuatro y ocho participantes en cada grupo), un grupo focal con profesionales del campo sanitario provenientes de la psicología, la psiquiatría, la enfermería y el trabajo social (seis participantes), y un grupo de discusión mixto integrado por jóvenes y profesionales (doce participantes, seis jóvenes y seis profesionales). El propósito de los grupos fue triangular y valorar la información cualitativa resultado de la investigación, así como analizar conjuntamente el fenómeno, detectando las barreras existentes y proponiendo conjuntamente recomendaciones para lograr superarlas. Esta guía ha sido construida contando con las aportaciones, supervisiones y evaluaciones de todos los integrantes del proceso: jóvenes, profesionales e investigadores.

1. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD

Definición

La promoción de la salud condensa el conjunto de actividades cuyo objetivo es incrementar y mejorar las condiciones de salud de la población. Se sirve de la participación de las comunidades y personas involucradas en el proceso, y las capacita para aumentar así su dominio y conocimiento sobre los determinantes psicosociales de la salud y, especialmente en este caso, de la salud mental. Mediante las estrategias de prevención se busca dar a conocer los factores de riesgo y los factores de protección que influyen en la salud mental de jóvenes y adolescentes, pretendiendo en última instancia minimizar los riesgos y mejorar la salud. La OMS planteó la importancia de la promoción de la salud en la Carta de Otawa en 1986 a la vez que se definieron las áreas de acción prioritarias para incidir en la mejora de la salud de las personas y las comunidades. Desde entonces, las diversas conferencias sobre promoción de la salud —la última en 2013 en Helsinki— han desarrollado numerosas políticas y estrategias orientadas a capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren.

Justificación

La adolescencia es una etapa de cambios en la que tanto los individuos como sus familiares han de ir adaptándose a las variaciones que van surgiendo. Se dan gran cantidad de factores estresantes relativos a cambios físicos, sociales, emocionales..., en los que el joven ha de ir resituándose continuamente. Las organizaciones dedicadas al trabajo con el colectivo de jóvenes y adolescentes, los centros escolares, así como el ámbito familiar, son puntos de crucial importancia donde la promoción y prevención de la salud mental de los jóvenes y adolescentes tienen un mayor peso y pueden ser más efectivas.

Barreras detectadas

- Falta de acciones preventivas coordinadas entre los distintos dispositivos y centros de salud dedicados a la atención a adolescentes y jóvenes.
- Ausencia de labor conjunta entre familias y dispositivos de atención a la juventud.
- No existe participación activa ni de las familias ni de los adolescentes en las labores de promoción y prevención de la salud mental.

Recomendaciones

- Promover la creación de acciones preventivas por parte de los dispositivos y centros de atención en salud a jóvenes y adolescentes.
- Fomentar la coordinación entre los centros sanitarios dedicados a la atención y el tratamiento de adolescentes y jóvenes para desarrollar acciones de promoción y prevención conjuntas que fomenten así la cohesión y sean más efectivas.
- Reforzar y promover el trabajo en red entre los diferentes y variados dispositivos de atención sanitaria y los propios destinatarios y sus familias. Crear una red sólida y fuerte posibilitará la creación de nuevas conexiones y las fortalecerá, repercutiendo en acciones preventivas más adecuadas a las necesidades de los destinatarios.
- Impulsar la participación activa de las familias y los jóvenes y adolescentes en las estrategias de promoción y prevención de la salud mental, lo que fomentará una visión más positiva de la salud mental y minimizará el miedo al estigma.
- Fomentar la creación de asociaciones de familiares.

A lo largo de los diferentes puntos temáticos de la presente guía, el lector encontrará sugerencias prácticas de actividades que le ayudarán a concretar estas recomendaciones de carácter más general.

Preguntas para la autoevaluación

- ¿Se fomentan desde el dispositivo / centro de atención acciones de promoción y prevención de la salud mental dirigidas al colectivo de adolescentes y jóvenes y sus familias?
- ¿Existen acciones conjuntas en las que se trabaje con los distintos centros que trabajan con el colectivo de jóvenes y adolescentes en materia de prevención en la salud mental?
- ¿Se fomenta de algún modo la cohesión y el fortalecimiento de las redes de atención sanitaria a jóvenes y adolescentes?
- ¿Se cuenta con las opiniones, la participación y la colaboración de jóvenes y sus familias en las estrategias de prevención y promoción?
- ¿Se fomenta de algún modo la participación activa de jóvenes y familiares en materia de prevención y promoción de la salud mental juvenil?
- ¿Cómo se concreta dicha participación?

2. NORMALIZACIÓN Y DESESTIGMATIZACIÓN

Definición

La normalización es el proceso mediante el cual una situación, circunstancia o acto considerado extraño, infrecuente o poco habitual pasa a ser considerado dentro de los límites de lo normativo, habitual y frecuente. Los malestares y problemas relacionados con la salud mental han sido por lo general excluidos de la normalidad. Este hecho conlleva que las personas con padecimientos de esta índole sean tratadas de distinto modo que si tuvieran una dolencia de tipo físico. Sobre la base de las investigaciones y los datos epidemiológicos existentes se observa que los malestares y los problemas mentales son mucho más frecuentes de lo que la población general considera.

Toda persona pasa por momentos de crisis a lo largo de su ciclo vital, los cuales, en función de los determinantes y condicionantes sociales, culturales, físicos, económicos y familiares que la rodean, se configurarán como crisis vitales patológicas o bien como simples crisis de aprendizaje en nuestro proceso evolutivo y madurativo.

Considerar estos malestares como anormales lleva consigo la carga de cierto estigma social y autoestigma, que marca el pronóstico y el recorrido de la persona afectada y de sus allegados.

Justificación

Desvincular malestar emocional y problemas psicoemocionales de anormalidad es un tema prioritario. La consideración de estos sucesos como parte integrante del proceso vital del individuo es necesaria para romper el estigma vinculado a estos. Todos sufrimos, todos tenemos mejores y peores épocas, la diferencia recae en cómo las afrontamos y los mecanismos que tenemos a nuestro alcance para poder enfrentarlas y superarlas, y así aprender y enriquecernos de la experiencia.

Muchas veces la estigmatización es la causa de que personas con malestares eviten acudir a pedir ayuda por miedo a que los demás descubran que han acudido a un dispositivo especializado y las tachen

o etiqueten de enfermos mentales el resto de su vida. Esta presión y esta importancia del «qué dirán» son mayores si cabe en la etapa adolescente, en la que las relaciones entre iguales tienen un papel de gran importancia para la conformación de la identidad y del individuo dentro del grupo.

Desmitificar estas dolencias permitirá fomentar la demanda de atención especializada, al estar desprovista de las connotaciones de rareza, marginalidad, patologización y exclusión.

Barreras detectadas

- Consideración de los malestares y problemas psicoemocionales como anormales y poco frecuentes.
- Fuerte estigma asociado a los malestares en salud mental.
- Patologización de la atención en salud mental.
- Vinculación de malestar emocional y locura.
- Creencia de que los malestares mentales son crónicos.
- Creencia de que los malestares mentales son incapacitantes.
- Pérdida de autonomía y dignidad vinculada a la demanda de atención profesional en salud mental.
- Miedo a las opiniones y reacciones de la sociedad, la familia y los amigos.
- Falta de conocimiento sobre los malestares emocionales frecuentes en la adolescencia y juventud, su pronóstico, tratamiento y atención.

Recomendaciones

- Realizar campañas de normalización en los medios de comunicación: radio, televisión, prensa, Internet, redes sociales, etc.
- Impartir charlas sobre salud mental a adolescentes y jóvenes, familias y profesionales del ámbito no sanitario para romper tópicos.

- Realizar talleres con el objetivo de desestigmatizar y normalizar los problemas de salud mental en las escuelas, los institutos y demás centros que trabajan con adolescentes y jóvenes.
- Trabajar en las clases de tutoría sobre malestares en infancia, adolescencia y juventud, y el acceso a los servicios profesionales para encontrar ayuda.
- Incluir charlas sobre esta temática dentro del ciclo de charlas informativas que se ofrecen en los institutos que sean impartidas por profesionales especializados no pertenecientes al centro escolar.
- Crear material didáctico práctico y participativo pensado para trabajarse en horario de tutorías en los centros escolares, donde los adolescentes y jóvenes puedan informarse, aprender y debatir sobre estas temáticas, fomentando así la normalización y la cohesión del grupo de iguales.
- Crear grupos de debate cultural críticos con el estigma y las actitudes de exclusión por problemas en salud mental.

INFORMACIÓN A TRANSMITIR EN LAS CHARLAS, LOS TALLERES
Y LAS CAMPAÑAS DE NORMALIZACIÓN Y DESESTIGMATIZACIÓN

- Habilidades de comunicación.
- Información sobre las patologías, los trastornos y los síndromes.
- Historia de la salud mental (para informar del porqué existe esta estigmatización).
- La idea de que solicitar ayuda psicológica a esas edades no solo no es un estigma, sino que es cuidar la salud mental, la cual requiere tanto cuidado o más que la salud física.
- La información ha de estar adaptada a la realidad concreta de la población, barrio, cultura, etc.
- La idea de que un adolescente puede manifestar cambios conductuales que no necesariamente se deban a un trastorno mental. A menudo pueden ser la respuesta del adolescente a una situación de crisis personal o familiar.

- Diferenciación entre crisis evolutivas y crisis patológicas, marcando la normalización y prevención.

DINÁMICAS MÁS ADECUADAS PARA FOMENTAR UNA BUENA ACOGIDA
Y LLEGAR MEJOR A LOS DIFERENTES COLECTIVOS

- Llevar a cabo dinámicas acordadas de conformidad con los distintos estamentos implicados para valorar la necesidad de dicha implantación e integrarlas dentro de otros planes formativos que ya reciben familias, adolescentes y profesores.
- Realizar dinámicas grupales que empleen metodología participativa e involucren, por lo tanto, a los destinatarios de la información de forma activa.
- Llevar a cabo sesiones interactivas.
- Emplear juegos psicoeducativos.
- Desmitificar, a partir de un análisis de las noticias, series, películas, etc., el contenido sensacionalista que se transmite sobre los malestares y las enfermedades mentales.
- Utilizar la técnica del *role-playing* para simular situaciones de conflicto y analizar las respuestas de los actores implicados.

DURACIÓN, FRECUENCIA Y ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

- Se deben crear en función de los acuerdos a que se lleguen con las personas implicadas. Han de adaptarse al colectivo al que van dirigidas tanto en la forma como en el contenido, la duración y la ubicación.
- Pueden realizarse monográficos, talleres insertados dentro del currículo académico de los centros escolares que se desarrollen a lo largo del curso escolar, charlas puntuales, etc., en función del lugar donde deseen hacerse y del tipo de actuación que se quiera desarrollar.
- En sesiones de hora y media o dos horas. Tandas de un número determinado de sesiones, con un intervalo no superior a los quince días que permita así seguir el hilo de la temática y no tener que volver a resituar a los destinatarios en la materia de una sesión a otra.

Preguntas para la autoevaluación

- ¿Se realiza desde la institución actualmente alguna actuación dirigida a promover la normalización y desestigmatización?
- ¿Se ofertan desde la institución charlas y talleres o se realizan campañas o panfletos informativos encaminados a romper y acabar con el estigma?
- ¿Qué tipo de actuaciones podrían realizarse desde el dispositivo para luchar contra el estigma?
- ¿Se dispone de los medios necesarios para realizar actuaciones en materia de normalización y desestigmatización?
- ¿Se percibe desde el dispositivo el estigma y/o el miedo a este en jóvenes y familiares? Si es así, ¿cómo se aborda y se trabaja?

3. FORMACIÓN (EN ADOLESCENCIA Y SALUD MENTAL)

Definición

La formación es uno de los pilares básicos para lograr disponer de una atención en salud mental de calidad que permita, tanto a los profesionales de atención como a los perceptores y al resto de entidades, colectivos y personas implicados en el proceso, conocer las características, las necesidades, las herramientas y los dispositivos que entran en juego en la atención a la salud mental en jóvenes y adolescentes.

Los diferentes dispositivos y profesionales que proporcionan atención tienen una amplia formación específica en materia de salud mental, así como una amplia y reconocida experiencia, pero a pesar de esto es necesario contar con conocimientos sobre las particularidades de los colectivos específicos a los que va destinada esta atención. Para ofrecer una atención de calidad es necesario conocer las características y particularidades del colectivo al que va dirigido el servicio, puesto que no todas las etapas vitales son iguales ni los acontecimientos, vivencias, problemas y necesidades son los mismos.

Justificación

Se considera necesario proporcionar a los profesionales una formación específica, adecuada y de calidad sobre la etapa vital «adolescencia-juventud». Dicha formación permitirá que el profesional pueda comprender mejor la experiencia del paciente, mejorando la atención y la calidad de esta. Las conductas, los problemas y las situaciones que en cualquier otra etapa de la vida no devienen cruciales han de ser tenidos en cuenta especialmente en esta etapa, llena de cambios, reconstrucciones y readaptaciones en la que los jóvenes han de ir adaptándose continuamente.

La formación sobre las particularidades de la salud mental en la adolescencia y la juventud es necesaria no solo para los profesionales de la salud mental, sino también para el resto de actores sociales como componentes del proceso evolutivo de los individuos. La formación debería plantearse de manera interdisciplinar, potenciando así el in-

tercambio y el encuentro entre profesionales. Así pues, la formación debería ir dirigida a cuatro destinatarios principales y diferenciados:

1. Profesionales sanitarios
2. Profesionales de la educación (trabajadores sociales, educadores sociales, profesores, etc.)
3. Familias
4. Adolescentes-jóvenes

Entender y atender el malestar tiene una función no solo de alivio, sino también de prevención. Problemáticas como la tristeza, la angustia, el consumo de sustancias tóxicas o el acoso escolar son todas ellas tributarias de una escucha atenta que debe empezar en el núcleo familiar y escolar y, si es preciso, continuar en los dispositivos de salud. Así, es necesario involucrar a todos los agentes implicados.

Barreras detectadas

- Falta de conocimiento por parte de los adultos de las necesidades, las vivencias, los problemas y las herramientas de los adolescentes y jóvenes.
- Tendencia de los adultos a desvalorizar los conocimientos de los propios adolescentes sobre sus malestares.
- Tendencia de los adultos a problematizar sucesos vitales típicos del proceso de cambio de la etapa evolutiva.
- Infravalorar y considerar exageradas las angustias y los malestares de los adolescentes sobre ciertas temáticas y vivencias que para los afectados son de crucial importancia y constituyen crisis vitales.
- Visión de los adolescentes y jóvenes como extraños, raros e incomprensibles. Falta de conocimiento sobre los cambios que acontecen durante esta etapa vital.
- Desconocimiento de qué es lo normal y qué es lo patológico en estas etapas.
- Ausencia de la voz, visión y vivencia de los jóvenes/adolescentes sobre el malestar emocional y la falta de reconocimiento de dicho discurso como válido y pertinente.

- Tendencia a analizar los malestares y las angustias de adolescentes y jóvenes desde la visión del mundo adulto. Carencia de empatía.
- Déficit de herramientas de gestión de dichos malestares por parte de adolescentes/jóvenes y sus familias.
- Falta de formación del personal del ámbito educativo sobre atención y gestión de malestares emocionales habituales no patológicos en adolescencia y juventud.
- Ausencia de información y formación sobre adolescencia y juventud y sus características específicas tanto en la población general como en los profesionales sanitarios (médicos y no médicos).
- Falta de comprensión de la importancia del grupo de iguales para el desarrollo, la socialización y la individuación del adolescente/joven, y el consiguiente choque con la familia, el entorno educativo y el mundo adulto en general.

Recomendaciones

- Realizar cursos, charlas y talleres en institutos, centros cívicos, centros de salud, etc., dirigidos a la población general.
- Integrar a los propios adolescentes y jóvenes en los procesos de formación, contando con su saber y experiencia.
- Crear y difundir material formativo e informativo sobre las particularidades de la adolescencia: normalidad-patologización.
- Concienciar a todos los agentes implicados de que una intervención a tiempo previene posibles trastornos mentales en la edad adulta.
- Realizar cursos y formación para profesionales en cuyo diseño y desarrollo participen usuarios (adolescentes y jóvenes) que expongan su propia experiencia.
- Formar a las familias sobre la adolescencia y juventud mediante pequeñas charlas o talleres prácticos que fomenten el entendimiento y la comprensión de esta etapa evolutiva.

- Implementar talleres y cursos de formación conjunta en los que participen tanto los adolescentes y jóvenes como sus familiares para crear un clima de aprendizaje compartido en el que los actores se nutran de las múltiples visiones y perspectivas y se posibilite un mayor entendimiento.
- Dotar de herramientas de gestión y afrontamiento del malestar a adolescentes, jóvenes y familias para facilitar el manejo de los problemas cotidianos que no necesitan de atención sanitaria especializada.
- Formar a maestros, pedagogos y demás personal del mundo educativo en temas de adolescencia y juventud, de forma que puedan implicarse en la ayuda y atención al colectivo en momentos de crisis en los que no sea necesaria atención sanitaria especializada.
- La formación continua de los profesionales de la atención sanitaria sobre adolescencia y juventud, tanto médicos como el resto de personal que trabaja en dichos dispositivos (enfermería, trabajo social, auxiliares, etc.), debe entenderse como uno de los principios básicos para asegurar su calidad.
- Las direcciones de los servicios deberían priorizar una formación de sus profesionales en materia de salud mental infanto-juvenil que les permita un abordaje tanto clínico como psicosocial. La mejora del aprovechamiento de la atención desarrollada debe apoyarse en procesos de formación, intercambio de experiencias, supervisión, reflexión y propuesta de innovaciones.
- Se debe enfatizar la necesidad de que los servicios y sus profesionales revisen sus prácticas y sus procedimientos. Es necesario garantizar la supervisión externa como espacio de formación y renovación. El objetivo es revisar el quehacer profesional, los sentimientos que lo acompañan, así como contrastar los marcos teóricos con la práctica teórica de los profesionales a partir de la reflexión sistemática sin cumplir funciones de control (Puig, 2011).

MATERIAS A IMPARTIR Y TRATAR EN LA FORMACIÓN

- Temáticas generales para la formación de familias, adolescentes y jóvenes y profesionales tanto de ámbitos sanitarios como no sanitarios:
 - Aspectos psicomadurativos de los adolescentes.
 - Trastornos emocionales frecuentes en esta etapa.
 - Definición del malestar de los adolescentes, cómo identificarlo y cómo valorar su importancia y posibles causas.
 - Servicios de ayuda y consejo existentes, dónde se encuentran, quién puede acceder a ellos, cómo se puede acceder a ellos.
 - Información sobre requerimientos administrativos.
 - Información sobre los distintos tipos de profesionales existentes, diferencias que los caracterizan y especificidades de cada uno de ellos, indicando para qué problemas o finalidades son más idóneos cada uno de ellos.
 - Formación en el ámbito de la comunicación interpersonal, promoviendo una comunicación horizontal no paternalista que reconozca al adolescente/joven como un igual.
 - Explicación de la estructura de la red sanitaria dentro de la salud mental.
- Temáticas específicas dirigidas a profesionales de ámbitos socio-sanitarios:
- Formación sobre particularidades y problemáticas adolescentes, valoración de la gravedad, los riesgos y los tratamientos.
- Formación específica sobre cómo realizar la entrevista, con especial énfasis en la escucha y la capacidad de establecer un vínculo adecuado de ayuda.
- Formación en el ámbito de la comunicación interpersonal dentro de consulta.
- Atención a las necesidades de los padres en su relación con sus hijos y viceversa.

Preguntas para la autoevaluación

- ¿Se realizan en la institución cursos de formación para los trabajadores sobre adolescencia y juventud y salud mental?
- ¿La institución oferta o imparte cursos o talleres sobre salud mental en adolescencia y juventud dirigidos a otros dispositivos de la red sanitaria?
- ¿La institución oferta o imparte cursos o talleres sobre salud mental en adolescencia y juventud dirigidos a centros escolares, asociaciones de padres y madres, centros cívicos, centros juveniles, etc.?
- ¿Se tienen en cuenta dentro de la formación del centro módulos específicos sobre adolescencia y juventud?
- ¿Existe alguna herramienta o algún método para evaluar los conocimientos que poseen los trabajadores del dispositivo sobre adolescencia y juventud y su correcta atención en materia de salud?

4. COORDINACIÓN Y TRABAJO EN RED

Definición

Trabajar teniendo presente los estilos colaborativos fomenta el proceso de aprendizaje, el cual deviene el único proceso capaz de desencadenar la conversión del conocimiento individual en conocimiento colectivo. La riqueza de conocimientos que maneja una entidad, un dispositivo o un centro de atención especializado es limitada y se estanca si no comparte sus saberes y se nutre de otras fuentes. La coordinación y el trabajo en red permiten poner sobre la mesa todo un amplio abanico de conocimientos, puntos de vista y estrategias de actuación multidisciplinares que favorecen el aprendizaje y la visión de los adolescentes y jóvenes y su salud mental como un todo mucho más amplio teniendo en consideración la gran variedad de variables que intervienen. Así pues, el aprendizaje es entendido como el motor de cambio basado en la gestión de contenidos, espacios, tiempos y recursos para conseguir una finalidad, en este caso una mejor salud mental. La coordinación en el ámbito de la atención psicosocial constituye un instrumento esencial.

La coordinación se refiere a la articulación de servicios y programas existentes, que se tienen que organizar para favorecer la continuidad de la atención a las personas de manera integral, tanto dentro del propio sistema sanitario como en su relación exterior con otros sistemas, por ejemplo programas municipales u otros programas de las comunidades autónomas.

Por otro lado, hay que señalar que la coordinación excede a la propia atención desde el *propio* servicio, ya que esta normalmente debe darse fuera o en colaboración con otros sistemas públicos o privados. Coordinarse, pues, hace siempre referencia a un ámbito más general que el existente entre los propios servicios.

Justificación

Los profesionales pueden tener iniciativas y establecer circuitos y sistemas propios de la coordinación sanitaria con aquellos servicios que mantienen más relaciones de resultados de la actividad desarrollada. Por lo tanto, los profesionales son parte activa del sistema de coordinación.

La creación de redes, alianzas y coordinaciones entre los diferentes dispositivos que trabajan desde distintas perspectivas con los adolescentes y jóvenes permite obtener una visión más exhaustiva del fenómeno y fomenta el aprendizaje multidisciplinar al nutrirse del vasto conocimiento de los diferentes profesionales y sus variadas aproximaciones. Al realizarse un abordaje parcializado, muchos espacios quedan en el vacío y es posible que muchos jóvenes sean, o bien atendidos parcialmente, o bien no lleguen nunca a obtener atención.

El abordaje integral e interdisciplinar de la salud mental en la juventud-adolescencia permitirá satisfacer las necesidades de nuestros jóvenes sin descuidar aspectos que, si no se fomenta el trabajo conjunto, coordinado y colaborativo entre entidades y centros de atención, pueden quedar desatendidos y acabar siendo carencias que repercutan en una peor salud mental. El fomento de una atención coordinada que integre los ámbitos sociales, físicos, mentales, escolares, laborales y de ocio de los adolescentes repercutirá en la consecución de una mejor salud mental en este colectivo.

Barreras detectadas

- Falta de coordinación entre los dispositivos de atención a jóvenes y adolescentes.
- Ausencia de atención integral que involucre todos los dispositivos de atención existentes.
- Fragmentación de la atención a jóvenes y adolescentes en materia de salud mental; lo físico, psíquico, familiar y social se conciben como compartimentos estancos y separados unos de otros.
- Redes de trabajo débiles y poco estructuradas y cohesionadas.

- Inexistencia de personas y dispositivos de asistencia juvenil donde los jóvenes puedan realizar consultas relativas a sus malestares emocionales y su salud mental fuera de los dispositivos de atención médica especializada.
- No existe un conocimiento global de todos los servicios dirigidos a jóvenes y adolescentes que integre todos los ámbitos que trabajan sobre este colectivo.

Recomendaciones

- Promover la coordinación y el trabajo en red de todos los dispositivos y centros de atención a la adolescencia y juventud.
- Trabajar conjuntamente aprovechando los espacios y foros de actividades de y con adolescentes.
- Fomentar la coordinación y cohesión entre los diferentes servicios y ámbitos.
- Posibilitar la atención integral del individuo.
- Revitalizar y reforzar las redes de trabajo mediante sesiones de coordinación, realización de programas y actividades conjuntas, etc.
- Elaborar y publicar una guía que incluya la totalidad de servicios dirigidos a jóvenes y adolescentes y que permita un manejo de los recursos existentes que sea más provechoso. Esto facilitaría el trabajo en red y favorecería la optimización de los recursos.

CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA PARA IMPLEMENTAR UNA COORDINACIÓN EFICAZ

a) Continuidad: la eficacia de la atención se puede quedar en nada si no existe una red social, propia y de servicios, más cercana a la persona adolescente y a sus necesidades sociales, emocionales y psicológicas, y que dé continuidad a la atención recibida. Este punto viene garantizado por la coordinación. La continuidad de la atención, más que la simple coordinación, es una visión continua y compartida del trabajo en el cual intervienen múltiples profesionales, en cen-

tros de trabajo diferentes, que actúan en tiempos diferentes con un objetivo final común. No se trata únicamente de sumar acciones o programas que generarían escasos beneficios en términos de calidad y eficiencia. Estamos hablando de continuidad transformadora, de establecer procesos y sistemas sobre la base del valor que añaden a la atención recibida.

b) Coherencia y organización: cuando la coordinación tiene en su horizonte la continuidad y la coherencia de la atención, es mucho más que una sencilla declaración de principios. Esta necesita de una organización interna que la favorezca en la práctica y con los otros servicios. Requiere además de la aplicación de instrumentos de trabajo como son los procedimientos de coordinación y definición de procesos.

c) Interdependencia: la promoción de la coordinación permite la interdependencia entre profesionales de diferentes servicios y ámbitos implicados. Es justamente la interdependencia la que debe orientar la coordinación, pero esta puede exigir por parte de algún profesional dirigir el proceso con la finalidad de estimular la reciprocidad entre profesionales o servicios que se influyen y complementan y promocionar las aportaciones, lo que contribuiría a visibilizar a todos los participantes.

d) Unión y enfoque común: la coordinación requiere de la unión de los profesionales de los diversos sistemas intervinientes —social, educativo, sanitario, etc.— que atienden a la misma persona, y, de resultas de esta unión de profesionales, surge también el enfoque común de los servicios que mantienen una relación horizontal. La coordinación exige una orientación común, articulada y sistemática para asegurar una actuación personalizada y eficaz en cada caso. En la medida de lo posible debe concretar los procedimientos a realizar y las derivaciones necesarias para ello deben contar e incorporar las experiencias previas de los profesionales y definir objetivos comunes del trabajo a realizar implementando aquellos servicios y actividades que se precisen, teniendo siempre en cuenta la atención integral a la persona.

e) Optimización de recursos: la coordinación implica optimizar los recursos a partir de la especialización ya existente en un ámbito o territorio determinado. Esto implica que los profesionales armonicen las acciones y propuestas de manera efectiva a fin de compartir in-

formación y aprender de la experiencia del otro para evitar el solapamiento de recursos y la duplicación del trabajo. La coordinación tienen efectos potenciadores de las acciones e iniciativas emprendidas. Coordinar minimiza la superposición o interferencias al aprovechar al máximo el trabajo de los profesionales y los recursos en beneficio de las personas atendidas. Asimismo, un objetivo importante de la coordinación es facilitar mejoras significativas en la atención al adolescente en la medida en que asegura que el proceso de atención se realiza de forma compartida y coordinada.

f) Apertura y flexibilidad: para que pueda darse la coordinación, debe mantenerse la incorporación progresiva de los profesionales que van apareciendo en los casos o situaciones. Es importante incorporar en el trabajo cotidiano de coordinación a los profesionales implicados y las estrategias pactadas anteriormente. Las nuevas incorporaciones de profesionales necesitan que se respeten sus tiempos, que generarán nuevos vínculos con el saber ya transitado de los profesionales anteriores y contribuirán a construir perspectivas nuevas de sus miembros. Será a través de este trabajo compartido que se generarán nuevas aproximaciones.

De manera práctica sugerimos algunas pautas de actuación beneficiosas para la coordinación que pueden ser útiles para los profesionales:

- Es conveniente no dejar la coordinación al azar. Es mejor prever la realización regular de reuniones entre los profesionales/servicios que se definan para cada situación.
- Coordinarse exige planificación previa al encuentro y orden en el procedimiento y los acuerdos. Para su desarrollo, pueden seguirse las pautas de conducción de una reunión.
- La coordinación para la atención de los adolescentes supone la asunción conjunta de responsabilidades por las acciones coordinadas que se desarrollen. Esta debe partir de la valoración conjunta de la situación y consensuar los objetivos y la toma de decisiones. Hay que definir claramente el papel y las tareas de los diferentes miembros de la red en un marco de colaboración global.
- Es recomendable nombrar a un referente o gestor del caso para así facilitar la coordinación y el cumplimiento de los ob-

jetivos. De este modo, el adolescente/joven tendrá un profesional de referencia al cual dirigirse, lo que evitará que tenga que deambular por el laberinto institucional.

g) *Percepción integral de la salud*: el punto de partida debe ser la idea de integralidad en salud, o dicho en otros términos, la identificación de los sujetos asistidos como totalidades y no como fragmentos asociados a las diferentes patologías y/o problemáticas de salud física y/o mental. De esta forma se reconoce la complejidad de los casos y la propia necesidad de un trabajo coordinado entre los diferentes servicios y profesionales con el objetivo de mantener y potenciar la idea del usuario como sujeto social activo y, por lo tanto, corresponsable en materia de salud.

Estas ideas para la coordinación de la atención son uno de los elementos para avanzar y garantizar la construcción de un trabajo en red a nivel micro, un método de colaboración y coordinación entre dos o más profesionales/entidades/servicios para atender eficazmente un caso común. Suponen la asunción conjunta de responsabilidades y la coordinación de las atenciones que se desarrollarán, y, para ello, se requiere partir de una valoración conjunta, consensuar los objetivos de trabajo y definir claramente, en la medida de lo posible, el papel y las tareas de los diferentes miembros participantes. El punto de partida e interés común es el adolescente, es decir, la atención de su individualidad a partir del análisis global de los profesionales participantes.

Preguntas para la autoevaluación

- ¿Se da una buena coordinación entre todos los dispositivos de atención a adolescentes y jóvenes?
- ¿Se prevé la realización regular de reuniones entre los profesionales/servicios?
- ¿Se fomentan y promueven el vínculo, el contacto y el trabajo conjunto con todos los dispositivos?
- ¿Existe planificación previa al encuentro y orden en el procedimiento y los acuerdos?
- ¿Las vías de atención y trabajo con adolescentes son paralelas o están interconectadas?

- ¿Existe alguna figura de referencia a la que los jóvenes puedan dirigirse para solventar sus dudas y expresar sus males-
tares emocionales fuera de los centros de salud específicos?
- ¿Se fomenta una visión integral de los adolescentes y jóvenes
que tenga en cuenta sus estilos de vida y su idiosincrasia?

5. ACCESIBILIDAD

5.1 Accesibilidad general

Definición

Es entendida como «el poder de utilización» de un servicio por parte de sus usuarios potenciales (Frenk, 1985).

A partir de esta idea definimos la accesibilidad como el vínculo que se construye entre los potenciales usuarios de los servicios y los servicios propiamente dichos (Stolkiner *et alii*, 2000), puesto que es la combinación de ambos la que nos aporta una visión integral de la situación. Dicho vínculo se construye en la combinación entre las «condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios» (Stolkiner *et alii*, 2000). Por lo tanto, debe considerarse como un punto clave la mirada relacional entre sujetos y servicios, propia de las ciencias sociales.

La accesibilidad consta de dos elementos básicos:

El físico, relacionado con la ubicación del dispositivo y con la distancia geográfica que lo separa de sus potenciales destinatarios, que incluye variables como los horarios de trabajo, la calidad y diversidad de los servicios que se ofertan, la cantidad de usuarios potenciales, el tamaño de las unidades médicas, la longitud de la lista de espera, el precio del servicio o los criterios de acceso que se exigen.

El social, referido a la distancia social y cultural entre servicios y usuarios teniendo en cuenta valores culturales, percepciones, actitudes y creencias en torno a la salud tanto a nivel organizativo y profesional como de los potenciales usuarios. Implica variables como la burocratización de los servicios, el uso del lenguaje técnico-profesional, el nivel académico de los destinatarios, sus niveles de ingresos o la información que maneja la persona sobre los recursos existentes y su funcionamiento.

Es este tipo de accesibilidad, la social, la que resulta clave en los estudios de uso de los servicios proveedores de salud (Garrocho, 1992) puesto que representa la accesibilidad efectiva del destino (Joseph y Phillips, 1984).

Barreras detectadas

- Los horarios de atención coinciden con los horarios académicos, por lo que las ausencias a clase deben ser justificadas documentalmente y además se hacen más visibles y evidentes para los compañeros; surge el miedo al estigma y al «qué dirán».
- Falta de conocimiento de los criterios de acceso a los servicios y dispositivos.
- Localización centralista de los dispositivos. Se sitúan en grandes núcleos, por lo que los adolescentes y jóvenes residentes en pequeños núcleos han de desplazarse.
- Inadecuación de las prestaciones ofertadas por centrarse solamente en problemáticas patológicas y dejar de lado las propias del ciclo vital.
- Fallos en las derivaciones hacia los especialistas en salud mental juvenil. Si los médicos de cabecera no consideran que se trata de una problemática grave y/o patológica, no se lleva a cabo la derivación al especialista. Omitiéndose así la atención de problemáticas de crisis vitales, las cuales, si fueran atendidas desde un primer momento por especialistas, fomentarían un buen vínculo terapéutico y facilitarían la búsqueda de ayuda en casos más graves que pudieran darse a posteriori, lo que sería de utilidad para realizar una buena prevención.

Recomendaciones

- Adecuar/ampliar los horarios del centro o dispositivo para facilitar la atención, incluyendo horarios de atención distintos del horario lectivo de los centros escolares. El horario de visitas en los centros especializados de menores coincide actualmente con el horario lectivo, por lo que cualquier salida del centro escolar es señal de «alarma» y de estigmatización por parte de los compañeros.
- Fijar requisitos de acceso y atención más laxos. Permitir que los menores de edad no tengan que ir imprescindiblemente

acompañados por sus padres o tutores una vez que se ha decidido la derivación por parte del médico de cabecera. Ello fomentaría la autonomía y autogestión del proceso de búsqueda de atención. Además, el hecho de tener que informar a sus padres de su malestar puede provocar que muchos jóvenes opten por no acudir a los servicios y autogestionarse el malestar ellos mismos.

- Adecuar la oferta de servicios a las necesidades del colectivo al que van dirigidos.
- Dar información sobre los servicios que oferta la institución y los requisitos de acceso.
- Favorecer y promover el trabajo en red desde los diferentes servicios especializados, facilitando el trabajo en equipo y las derivaciones.
- Atender problemáticas aunque no sean necesariamente graves, sino más bien cotidianas y relativas a crisis del ciclo vital. La atención de estas problemáticas posibilitará una acogida y una escucha activa que favorecerán una mejor relación terapéutica y la posibilidad de reconducir los malestares de los jóvenes de un modo adecuado, promoviendo al mismo tiempo la prevención de malestares severos y el uso adecuado de los servicios.
- Ampliar la atención especializada en salud mental a jóvenes mediante la implantación de pequeños dispositivos distribuidos de un modo más homogéneo en el territorio, puesto que los servicios especializados se ubican mayoritariamente en capitales y ciudades grandes, siendo para los jóvenes residentes en pueblos muy difícil y poco práctico acceder a ellas.
- Realizar programas informativos en el ámbito comunitario, dirigidos a todos los miembros de la comunidad.
- Promover el trabajo en red entre los dispositivos especializados de atención para dar una atención integrada y adecuada.
- Evitar la duplicidad de atenciones y «los pacientes a la deriva», los cuales van siendo dirigidos de un dispositivo a otro sin abordar su problemática de un modo holístico e integral que contribuya a su bienestar global.

- Facilitar la derivación desde los servicios de atención general hacia servicios de atención especializados.
- Fomentar o facilitar la coordinación entre los tutores y orientadores con los dispositivos de salud mental para lograr una atención más ágil en los casos graves, aunque no sean patológicos, de modo que puedan evitarse desplazamientos frecuentes y en ocasiones innecesarios de los jóvenes.

Preguntas para la autoevaluación

- ¿La franja horaria de atención permite a los potenciales usuarios acudir al servicio sin tener que perder horas lectivas? ¿Existe flexibilidad para adaptar los horarios del servicio de atención a los horarios de los adolescentes y jóvenes?
- ¿Existen medios para facilitar el traslado de los usuarios, algunos menores de edad, desde poblaciones lejanas?
- ¿Se tiene en cuenta que pueden existir factores relacionados con la exigencia de compañía adulta que pueden dificultar el acceso de los jóvenes al servicio? ¿Se plantean alternativas para mantener su privacidad y fomentar así su acceso?
- ¿Se lleva a cabo una buena coordinación con el resto de servicios y dispositivos dedicados a la atención de menores y jóvenes?
- ¿Se da información necesaria sobre los dispositivos existentes y los servicios que ofertan y cómo funcionan?
- ¿Se atienden problemáticas relacionadas con las crisis del ciclo vital, o la atención se centra solamente en problemáticas patológicas?
- ¿Existe un acompañamiento y una derivación adecuados en el tránsito del médico pediatra al médico de adultos que promuevan la creación de un buen vínculo terapéutico?
- ¿Las prestaciones ofertadas están adecuadas al público juvenil/adolescente?

5.2 Información proactiva sobre los servicios

Definición

La aportación de información proactiva implica la toma de la iniciativa en el desarrollo de acciones creativas, novedosas y audaces con el objetivo de producir mejoras, las cuales van encaminadas en este caso a asegurar que los servicios ofertados sean conocidos por la población que pueda tener necesidad de ellos. Implica por parte de la institución el asumir la responsabilidad de hacer que las cosas sucedan, creando nuevas oportunidades, adaptando su modo de hacer a las condiciones del entorno y buscando activamente respuestas a los problemas existentes.

Justificación

La población potencialmente beneficiaria de los servicios puede no acceder a ellos por ignorar su existencia, su derecho a ellos o los procedimientos para beneficiarse de ellos.

Conseguir que esta información sea accesible a determinados grupos puede requerir acciones encaminadas a superar las barreras, por lo que quizá sea necesario modificar la forma habitual de difundir la información por otra más eficiente que permita obtener mejores resultados.

El desarrollo de una actitud proactiva por parte de la institución ayuda a prever consecuencias, tener una orientación innovadora y afrontar dificultades y problemas.

Barreras detectadas

- Los adolescentes y jóvenes carecen de información sobre los siguientes puntos relativos a los servicios de atención existentes:
 - Cuáles son los dispositivos existentes.
 - Cuál es su ubicación.
 - Cuál es la labor que desempeñan.
 - Cuáles son los diferentes modos de acceso.
 - Cuáles son los requisitos de acceso.

- Qué tipo de problemáticas se tratan en ellos.
- Cuál es la oferta de profesionales existentes.
- Qué tratamientos y terapias se ofertan.

Acciones recomendadas

- Desarrollar programas específicos para facilitar el conocimiento de los servicios por parte de personas que necesiten usarlos, pero que puedan carecer de información al respecto.
- Crear puntos de información y atención, fuera de los dispositivos sanitarios especializados, adonde los jóvenes y adolescentes puedan acudir a realizar consultas sobre sus dudas en materia de salud mental y donde puedan expresar y compartir sus malestares emocionales como paso previo a la búsqueda de atención especializada. Estos espacios, fuera de los dispositivos normativizados, permitirían un espacio liminal en el que el adolescente podría expresarse y solventar sus dudas sin necesidad de pasar por consulta ni de comunicar su malestar a sus progenitores. Desde estos espacios el joven podría recibir información y solicitar la derivación a un centro especializado si lo deseara.
- Usar las nuevas tecnologías y crear espacios virtuales atendidos por profesionales sanitarios en los que los jóvenes puedan plantear sus problemas, dudas y preocupaciones, los cuales serán respondidos y orientados desde este servicio virtual. Asimismo, desde estos espacios se les facilitará, en caso de que sea necesario, concertar una cita.
- Publicar materiales destinados a difundir esta información teniendo en cuenta lo siguiente:
 - Dar a conocer los dispositivos y servicios existentes y la atención que en ellos se oferta.
 - Informar sobre cómo se accede a un servicio de salud mental y dónde pueden encontrarse, así como sobre los criterios de acceso.
 - Orientar sobre los temas que pueden tratar cada uno de los diferentes profesionales de la salud mental.

- Usar medios y lugares especiales de difusión que sean de fácil acceso para los grupos destinatarios.
- Crear materiales específicos dirigidos a padres y profesionales de la educación, especialmente a los tutores, los cuales son considerados una pieza clave. Este material tendría el objetivo de aportar información básica a los docentes sobre temáticas relevantes a tratar por profesionales, lo que les permitiría hacer una derivación en caso de que lo consideraran necesario, pudiendo asesorar al joven sobre los dispositivos existentes y los beneficios de acudir a ellos.
- Posibilitar la existencia de una persona formada en el tema, situada en un centro frecuentado por el colectivo de jóvenes, que pueda ayudarlos, informarlos, reconducirlos y/o derivarlos.
- Crear materiales específicos, provistos de toda la información mencionada anteriormente, dirigidos específicamente a adolescentes y jóvenes, adecuados a sus necesidades y provistos de un lenguaje ameno y cercano que favorezca su lectura y difusión entre este colectivo.
- Usar Internet y las redes sociales como medios de difusión de información. Se propone la creación de una página web que incluya un listado de los servicios de salud mental y/o atención primaria existentes, con sus correspondientes enlaces. Dicha web debería estar conectada con las webs de educación y juventud, de modo que la información sea fácilmente accesible.

Preguntas para la autoevaluación

- ¿Se dispone de material adecuado para informar a potenciales usuarios y sus familias y tutores sobre los dispositivos existentes y las labores que en ellos se desempeñan?
- ¿Existe un canal de información adecuado que haga accesible a la población el conocimiento sobre los requisitos de acceso, funcionamiento del servicio y asistencia ofertada?

- ¿La ubicación de estos materiales es la más idónea para ser lo más accesible posible al colectivo al que van dirigidos? ¿Se encuentran en varios formatos para tener así mayor difusión (papel, en línea, etc.)? ¿Se ha hecho una campaña de distribución proactiva? ¿Están disponibles en los lugares más frecuentados por los jóvenes?
- ¿El lenguaje utilizado en dichos materiales se adecua y varía en función del colectivo al que van dirigidos (padres, adolescentes) para hacerlos así más cercanos y comprensibles?
- ¿Cómo se difunde la información? ¿Cuáles son los canales empleados por el dispositivo para dicho fin?

6. PLANIFICACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL SERVICIO

No existen unos criterios consensuados o estandarizados sobre el número necesario de profesionales en relación con el número de demandas y personas atendidas. En la decisión respecto a dicho número pueden influir diferentes factores: la complejidad de los problemas a atender; la experiencia de los profesionales; los recursos de apoyo técnico para acompañar o facilitar la atención; y, por último, la calidad del trabajo en red (coordinaciones fluidas, acciones del conjunto de profesionales que intervienen, fluidez en la comunicación, etc.).

Sería recomendable establecer criterios sobre el número de profesionales distinguiendo el tiempo de trabajo «directo» de atención a las personas del «indirecto». Porque, si bien es cierto que gran parte del trabajo consiste en atender directamente a los adolescentes, hay un sinfín de actividades, como la coordinación con otros servicios y profesionales, la redacción de informes, la supervisión, la gestión, etc., que se consideran indirectas, pero que actúan en beneficio de los adolescentes atendidos y que son fundamentales para realizar una atención de calidad.

6.1 Detección de necesidades, planificación y adaptación del servicio para atender las necesidades de los adolescentes y jóvenes

Definición

Hace referencia a las medidas dirigidas a asegurar, en la planificación y programación de la actividad, la consideración de los condicionantes para el uso de los servicios ligados a la pertenencia, o no, a un determinado grupo de edad o etapa vital específica como son la adolescencia y la juventud.

Justificación

El tipo de servicio ofrecido, su localización y el perfil de los profesionales deberían estar determinados por las necesidades de la comunidad a la que deben servir. Es responsabilidad de los servicios el poder desarrollar la capacidad de reconocer las diferentes necesidades de los distintos sectores de población y organizar así sus recursos de un modo útil para atenderlas. Es necesaria la capacidad de responder de una forma adecuada tanto a las diversas necesidades como a los problemas clínicos y subclínicos específicos presentados por la población de referencia.

Barreras detectadas

- Temporalidad de las visitas (hace referencia tanto a la duración de la visita en sí misma como al tiempo que transcurre en realizarse la primera visita o al tiempo entre una visita y otra).
- Inadecuación de los servicios a las necesidades de los jóvenes.
- Carencia de profesionales disponibles (no existencia de psicólogos en los CAP).
- Falta de información y formación sobre la salud mental en la adolescencia por parte de los profesionales.
- No se da un buen traspaso del médico pediatra al médico de adultos, pérdida del vínculo profesional-paciente.
- Horarios de atención no adaptados a los potenciales usuarios.
- Escasez de centros especializados y ubicación tan solo en ciudades grandes.
- Criterios de acceso poco flexibles.
- Falta de coordinación entre los diferentes dispositivos de atención a adolescentes y jóvenes.

Recomendaciones

- Posibilitar una atención rápida en dar la primera visita. Y, en el caso de necesitar tratamiento terapéutico continuado, procurar rapidez en la segunda cita.
- Disponer de materiales que permitan detectar cuáles son las necesidades específicas de atención de adolescentes y jóvenes. Organizar el servicio sobre la base de la satisfacción de dichas necesidades y no ofertar un paquete genérico de servicios no focalizado en el colectivo al que va dirigido.
- Para paliar la falta de información y formación sobre salud mental adolescente, es necesario asesorar y reforzar a los profesionales de atención primaria.
- Introducir la figura del psicólogo en los CAP para favorecer la accesibilidad y posibilitar la normalización de los malestares psicoemocionales.
- Implementar un programa con el objetivo de establecer un buen puente en el paso del médico pediatra al médico de adultos para fortalecer así el vínculo terapéutico y la continuidad.
- Dado que los horarios de atención existentes no se adaptan al horario escolar, lo que obliga a los jóvenes a abandonar el centro escolar para asistir a las visitas con los especialistas, es necesario disponer de horarios de atención fuera del horario escolar para facilitar el acceso de los jóvenes, que así no tendrán que solicitar permiso para ausentarse de clase ni dar explicaciones innecesarias.
- Establecer centros especializados en poblaciones pequeñas para facilitar la asistencia de los jóvenes. Intentar situar centros de atención cada cierta distancia para evitar así el tener que realizar largos y complicados desplazamientos que dificultan el acceso.
- Crear criterios de acceso más flexibles que permitan a los jóvenes menores de edad acudir al especialista sin necesidad de ir acompañados por sus padres.

- Mejorar la coordinación entre los dispositivos de atención en salud a la adolescencia y la infancia.
- Realizar un trabajo coordinado entre los diferentes dispositivos de la red de atención. Promover la coordinación entre el CESMIJ, las EAP, las escuelas, los CAP, los centros de menores —CREI y CRAE— y los EAIA. Fomentar una toma de decisiones conjunta que implique una atención integral del individuo y no fragmentada por temáticas, lo que favorecerá la salud global de los jóvenes.
- Informar y formar a los docentes y tutores para que sean capaces de detectar situaciones que precisen de atención especializada y puedan aconsejar a los jóvenes sobre los dispositivos y servicios existentes.

Preguntas para la autoevaluación

- ¿Cuál es el tiempo actual de demora desde que se solicita la primera cita hasta que el usuario es atendido? ¿Y el tiempo de demora entre una cita y la siguiente?
- ¿Qué incidencia de pérdida de pacientes tiene el servicio? ¿Se dispone de un mecanismo para evaluarla?
- ¿Existen iniciativas para la detección de las necesidades de atención de los adolescentes y jóvenes?
- ¿Se tienen en cuenta la realidad, las necesidades, los horarios lectivos y las capacidades de movilidad de los jóvenes en la planificación y organización del servicio?
- ¿Se realizan programas y/o talleres informativos y formativos dirigidos a los profesionales de la salud sobre la salud mental en adolescencia y juventud?
- ¿Existe una buena coordinación con el resto de dispositivos existentes en atención a adolescentes y jóvenes? ¿Se implementa algún tipo de acción o actividad conjunta entre los dispositivos?
- ¿Se dispone de datos epidemiológicos que indiquen las características de los usuarios y permitan saber si se produce

evitación del dispositivo por parte de algún colectivo de «potenciales usuarios»?

- ¿Se adapta el servicio ofrecido a las necesidades detectadas o ha de ser el usuario el que se adapte a la oferta fijada previamente?
- ¿Se realiza algún tipo de trabajo de concienciación, formación y/o asesoramiento a las escuelas y los institutos sobre salud mental en adolescentes y jóvenes?

6.2 Evaluación de la adaptabilidad y competitividad del servicio

Definición

Se refiere a la existencia de una serie de indicadores y/o instrumentos creados ex profeso que permiten medir el grado en que el servicio se adapta a las necesidades reales de sus usuarios y potenciales usuarios, y a la capacidad resolutoria para satisfacerlas.

Justificación

Para ofrecer un buen servicio adaptado al colectivo al que va dirigido el servicio, es necesario disponer de una serie de métodos y herramientas que permitan conocer el perfil de la población atendida, sus necesidades y el grado de satisfacción con el servicio. Esta información permitirá idear mejoras y adaptar lo máximo posible el centro a la población destinataria, minimizando la evitación y favoreciendo la atención.

Barreras detectadas

- Déficit de sistemas de evaluación de la satisfacción de los usuarios respecto de los dispositivos.
- Insuficiencia de formatos evaluativos dirigidos a recoger la satisfacción de los profesionales que trabajan en el dispositivo.

- Falta de espacios participativos en los que los usuarios puedan contribuir al control de calidad del dispositivo.
- Déficit de información sobre el perfil de la población y sus necesidades.

Acciones recomendadas

- Implementar sistemas dirigidos a evaluar la satisfacción de los usuarios y sus familiares con la atención recibida por los profesionales, con la oferta asistencial del centro y con la organización y planificación de los servicios.
- Implementar sistemas dirigidos a evaluar la satisfacción de los profesionales del centro con las instalaciones, la organización del servicio y la planificación del trabajo.
- Promover la creación de espacios participativos en los que los usuarios puedan intervenir en los procesos de control de calidad de los servicios.
- Disponer de un apartado en la ficha del usuario que aporte datos epidemiológicos para conocer las características de la población atendida por el servicio, permitiendo así conocer cuáles son las características de la población que no acude al servicio o dispositivo de salud para poder paliar las barreras que puedan estar interfiriendo en su acceso.
- Investigar sistemáticamente sobre los perfiles y las necesidades de la población atendida.

Para más información al respecto, véase el punto 10: «Investigación».

Preguntas para la autoevaluación

- ¿Se dispone de datos que permitan detectar las posibles diferencias en el uso/evitación de los servicios por parte de los adolescentes y jóvenes?

- ¿Incluyen los sistemas de registro datos que permitan cuantificar el uso de los servicios, el medio por el que se accede al dispositivo (derivación, acceso directo, etc.)?
- ¿Existe algún sistema para evaluar la satisfacción de los jóvenes y adolescentes con el servicio, los profesionales, la atención recibida y la organización y accesibilidad del centro?
- ¿Existe algún sistema de evaluación en el que los profesionales puedan expresar su satisfacción con la organización y planificación del centro?
- ¿Se cuenta actualmente con algún espacio participativo en el que los usuarios y/o posibles usuarios puedan contribuir con sus aportaciones a los procesos de control de calidad de los servicios?

7. CALIDAD DE LA COMUNICACIÓN

Definición

Llevar a cabo un buen proceso comunicativo es clave para el óptimo funcionamiento del centro y para dispensar una atención de calidad. Una buena comunicación es la que posibilita la comprensión de los comportamientos a partir de una correcta interpretación de los mensajes, tanto en uno como en otro sentido, permitiendo así que profesionales y pacientes se entiendan y trabajen conjuntamente. La relación y la comunicación son ejes clave de la atención.

La atención a los adolescentes no puede llevarse a cabo sin el protagonismo de los actores, considerados desde su singularidad. Por ello, reparamos aquí en el análisis de la importancia de la relación que se establece entre el profesional y los adolescentes y el ofrecimiento de vínculos afectivos en este proceso. La relación es el núcleo de la atención y constituye un principio vital que conduce los procedimientos de evaluación y de intervención, haciendo de ella una experiencia dinámica y fértil. Su alcance constituye la expresión práctica de la convicción profesional sobre el valor, la dignidad y el respeto a la persona.

En síntesis, la comunicación:

- Es creadora de vínculo entre el profesional y el adolescente.
- Es un medio para la comprensión de los problemas, comportamientos y sentimientos.
- Constituye un marco idóneo para el proceso de evaluación y tratamiento.
- Ofrece un marco de referencia claro.
- Permite ofrecer atención a través de la propia relación establecida; no necesita recursos externos a ella.
- Ofrece un proceso de intercambio comunicativo.
- Es un recurso interpersonal para los profesionales.
- Posibilita un contexto favorable en el que el adolescente pueda expresar sus problemas o emociones, lo que constituye

la base fundamental para poder objetivar, analizar y buscar soluciones.

El uso por parte de los profesionales de un lenguaje excesivamente formal y específico, cargado de jerga biomédica y distanciado en exceso del lenguaje más llano, ameno y profano habitualmente utilizado por los adolescentes y jóvenes, puede llevar a la inexistencia de un buen vínculo terapéutico, a hacer sentir incómodo y fuera de lugar al usuario y a dificultar un buen entendimiento entre las necesidades del paciente y las ofertas de atención del profesional.

Justificación

Adolescentes y jóvenes manejan narrativas en torno a los malestares de índole psicoemocional distintas de las frecuentemente empleadas por los profesionales en la materia. Los diagnósticos y las etiologías técnicas distan de los referidos por los jóvenes, los cuales refieren motivos y causas de malestar más basados en la cotidianeidad y menos en síntomas y definiciones provenientes de manuales profesionales.

Los adolescentes ven a los profesionales como adultos, pertenecientes a otra realidad muy diferente de la suya, y, por lo tanto, los perciben como muy alejados de sus malestares y necesidades. El uso de un lenguaje en el que dicha lejanía entre el médico y el paciente se vea reducida contribuirá a salvar las distancias entre ambos actores, favoreciendo una comunicación más fluida y enriquecedora.

Los pacientes necesitan expresar su malestar con sus propias palabras y ser entendidos y contestados por los profesionales en el mismo sentido. Es por medio de una buena comunicación que pueden vencerse los miedos, las resistencias y los prejuicios que los jóvenes puedan tener respecto a los problemas de salud mental.

El primer encuentro entre el joven y el profesional es un espacio abierto, generador de incertidumbres y de estrés (en ambos interlocutores), en el que todo está aún por definir y decidir; por lo tanto, de la calidad de la comunicación que tenga lugar en dicho momento va a depender la calidad asistencial y terapéutica posterior, puesto que es en este espacio en donde son detectadas las necesidades de los usuarios y son negociadas las posibles respuestas a estas.

Además, la oportunidad de poder establecer una buena comunicación permitirá, entre otras ventajas previamente referidas, salvar la verticalidad percibida por los usuarios, transformándola en una horizontalidad que resultará beneficiosa para el proceso de atención.

Barreras detectadas

- Inadecuación del lenguaje utilizado por los profesionales. Uso excesivo de argot profesional y escasez de lenguaje coloquial y cercano.
- Comunicación vertical en la que los adolescentes y jóvenes sienten que el profesional les habla desde un nivel superior de autoridad, por lo que se sienten en una posición de inferioridad en la que sus experiencias, vivencias y saberes legos son minusvalorados y sus aportaciones y comentarios no son tenidos en cuenta ni escuchados.

Recomendaciones

- Los profesionales deben adaptar su lenguaje al colectivo al que atienden, evitando jergas profesionales innecesarias y en este aspecto inadecuadas que distancien al usuario del profesional. Ello facilitará la comprensión por parte del usuario.
- Promover una comunicación horizontal donde ambos actores, profesionales y adolescentes, se sitúen en el mismo nivel de interacción, en la que sea el profesional el que entre en el mundo del adolescente y no al revés. Esta acción favorecerá el vínculo terapéutico al promover la comodidad del usuario y facilitará la comprensión y el entendimiento entre los actores.
- Permitir a los usuarios comunicarse con un lenguaje más ameno y desenfadado que les facilite la expresión de sus emociones, pensamientos y conductas generadores de malestar.
- Adecuar el espacio de la entrevista a la edad, la problemática de los jóvenes, el género, etc. Promover el uso de espacios que favorezcan el acercamiento, la empatía y la horizontalidad.

Preguntas para la autoevaluación

- ¿Los profesionales adaptan su modo de expresarse y su lenguaje al del paciente? ¿Se emplea jerga biomédica de difícil comprensión para los no entendidos a la hora de comunicarse con el paciente?
- ¿Se permite al paciente explicarse con sus propias palabras o se dirige y moldea su discurso sobre la base de factores biomédicos reglados?
- ¿Qué tipo de comunicación se emplea habitualmente en la consulta, horizontal o vertical?

8. ATENCIÓN CLÍNICA

8.1 Historia clínica

Definición

En la historia clínica se recopila toda aquella información clínica relevante para la atención sanitaria de un paciente desde cualquier lugar del Sistema Nacional de Salud. La información suele ser exclusivamente objetiva, obviando la vivencia y percepción del paciente sobre su malestar y sin incidir en procesos y experiencias vitales, por lo que presenta carencias en este sentido.

Justificación

La incorporación en la historia clínica en salud mental de detalles sobre la historia de vida del paciente en la que se incluyan acontecimientos vitales estresantes que para el paciente son relevantes en su trayectoria y en su actual malestar aportaría un punto de subjetividad que enriquecería este instrumento. Se trataría así de una herramienta intersubjetiva que incluiría las propias palabras del paciente relatando su biografía. Ello cumpliría de este modo una triple función puesto que, además de aportar información relevante para el profesional, al paciente le serviría de terapia al fomentar la expresión del malestar, y contribuiría a crear un vínculo terapéutico más sólido al interactuar en mayor grado y promover la escucha activa por parte del profesional.

Barreras detectadas

- Falta de adaptación de la historia clínica al paciente adolescente.

Recomendaciones

Adaptar la historia clínica al tipo de paciente mediante:

- a) La identificación de posibles estresores psicosociales relacionados con la etapa vital.
- b) La recopilación de la narrativa del paciente sobre su problema y la expresión de su problema, así como sus emociones y su propio sistema explicativo.
- c) La recopilación de datos relativos al contexto familiar, social, escolar y laboral y a los recursos personales y materiales de los que dispone.
- d) Tener en cuenta y recoger sus valores, creencias, expectativas de futuro y deseos y vivencias.

Preguntas para la autoevaluación

- ¿En la historia clínica empleada actualmente existen campos que pregunten sobre los datos recomendados anteriormente?:
 - ¿Contexto familiar?
 - ¿Contexto social?
 - ¿Contexto escolar?
 - ¿Contexto laboral?
- ¿Se recoge la narrativa del paciente sobre su problema?
- ¿Se identifican los estresores sociales de su etapa vital?

8.2 Diagnósticos empleados

Definición

El tipo de diagnóstico empleado usualmente por los profesionales especializados permite mantener cierto consenso y entendimiento entre ellos, sin necesidad de dar extensas explicaciones a la persona atendida. Pero no es esta su única utilidad. Es empleado para nombrar

el malestar vivido por los sujetos, adjudicándole una etiqueta determinada correspondiente a una categoría «objetiva» que puede invisibilizar la experiencia del padecimiento.

Justificación

Los diagnósticos utilizados habitualmente por parte de los profesionales de la salud mental son de índole biomédica y no suelen considerar variables sociales y culturales que tengan en cuenta el contexto, las circunstancias y la etapa vital del sujeto diagnosticado.

Este tipo de diagnósticos biomédicos están asociados a enfermedades y patologías estigmatizadas socialmente. La utilización de diagnósticos de índole más psicosocial podría favorecer el acceso de los adolescentes a los centros de atención al reducirse el estigma asociado a la etiqueta diagnóstica.

Barreras detectadas

- Diagnósticos excesivamente biomédicos.
- No se tiene en cuenta suficientemente la «subjetividad» del malestar padecido.
- Poca valoración del contexto social y cultural.

Recomendaciones

- Los adolescentes refieren que su malestar es subjetivo, no objetivo, y, por lo tanto, al aplicar un test psicológico para extraer el diagnóstico se objetiva dicho malestar. Es recomendable, por lo tanto, realizar diagnósticos de índole psicosocial además de los biomédicos, teniendo presentes las particularidades de la etapa vital a la que se dirige la atención y los factores socioculturales.
- Fomentar la escucha activa por parte de los profesionales sobre las vivencias de los adolescentes y jóvenes en torno a su malestar, dejándoles expresar su subjetividad al narrar su propia historia.

- Reconocer y valorar el saber profano de los adolescentes y jóvenes sobre sus propios malestares y angustias.
- Facilitar la formación de los profesionales en aspectos de antropología médica y cultural para favorecer una mejor comprensión de los malestares y de las explicaciones de los jóvenes en torno a sus problemas. Promover la aceptación de otras categorías diagnósticas diferentes de las del sistema biomédico, de manera que se logre una comprensión más integradora y holística de los malestares de la población adolescente.

Preguntas para la autoevaluación

- ¿La etiqueta diagnóstica se reduce a una clasificación biomédica?
- ¿Se tiene en cuenta la experiencia del paciente?
- ¿La etiqueta diagnóstica determina las posibilidades terapéuticas?
- ¿Al comunicar el diagnóstico se aborda el miedo a la estigmatización de los jóvenes y adolescentes?
- ¿Se aceptan actualmente otras categorías diagnósticas diferentes de las del sistema biomédico?

8.3 Tratamientos empleados

Definición

La oferta clínica hace referencia al abanico y la diversidad de tratamientos y aproximaciones clínicas disponibles que ofrece el dispositivo para atender a los pacientes. Incluye tanto la multiplicidad de profesionales como de tratamientos.

Justificación

Disponer de una oferta amplia y variada de tratamientos y profesionales especializados permite una atención más adecuada y personali-

zada que se adapte mejor a las necesidades del paciente y contribuya a obtener mejores resultados. Si la oferta clínica, por el contrario, es reducida y no se adapta a las necesidades y demandas del público al que va dirigida, el éxito de resolución del dispositivo será menor y la cantidad de personas atendidas puede verse reducida al no hallar dentro del servicio tratamientos adaptados a ellas.

Barreras detectadas

- Los problemas derivados de las crisis evolutivas no reciben atención y, si son atendidas, se patologizan y se tratan como problemas de salud mental.
- Se priorizan las problemáticas muy graves o patológicas.
- Las respuestas terapéuticas priorizan la utilización de fármacos para eliminar los síntomas y signos de la enfermedad, sin abordar en muchas ocasiones la experiencia del padecimiento.
- No se ofertan terapias alternativas basadas en nuevas corrientes y tradiciones o provenientes de otras disciplinas que promuevan atenciones holísticas e integrales del individuo como la acupuntura, las flores de Bach, la aromaterapia, el *reiki*, terapia sistémica, terapia grupal, etc.

Recomendaciones

- Atender problemas relacionados con la etapa evolutiva. No reducir la atención solo a aquellas problemáticas consideradas graves y patológicas.
- Disponer de un espacio en el que los jóvenes y adolescentes puedan compartir y expresar sus angustias y malestares más cotidianos permitirá la creación y consolidación de un buen vínculo terapéutico. Este vínculo favorece que el adolescente pueda pedir atención cuando considere que puede serle de ayuda, lo que minimizará las evitaciones y las atenciones tardías en situaciones críticas.
- Ofertar tratamientos más diversos, actuales y adecuados al público adolescente, puesto que consideran que la oferta ac-

tualmente disponible es, por lo general, demasiado médica y, por lo tanto, no se ajusta a sus necesidades.

- Adaptar las posibles opciones terapéuticas a las necesidades de los adolescentes.
- Dialogar con los jóvenes y adolescentes sobre las diferentes opciones de tratamiento y, posteriormente, negociar con ellos la mejor opción para su caso, logrando de ese modo su participación activa y mejor adherencia al tratamiento.

Preguntas para la autoevaluación

- ¿Qué oferta clínica ofrece este dispositivo de atención? ¿Se adapta esta oferta a las necesidades de los jóvenes y adolescentes? ¿Se trata de una oferta amplia y variada o es más bien una oferta médica y limitada?
- ¿Se dispone de cuestionarios que permitan conocer las opiniones y la satisfacción de los pacientes respecto a la oferta existente?
- ¿Qué tipo de problemáticas son atendidas en el centro? ¿Se atiende a pacientes que llegan con demandas de atención sobre problemas relacionados con la etapa evolutiva?

8.4 Relación profesional-paciente

Definición

Es el modo en el que los profesionales de la salud se dirigen y atienden a los pacientes. Incluye tanto la comunicación verbal y no verbal del profesional (vocabulario utilizado, tono de voz, gestos, miradas, formalismos, expresiones faciales, preguntas realizadas, etc.) como el tiempo dedicado en consulta a atender al paciente, la escucha activa hacia la narrativa del paciente, la empatía, el respeto y la existencia de un buen vínculo terapéutico.

Justificación

Proporcionar un buen trato profesional adecuado a las demandas y necesidades del colectivo al que va dirigida la atención es importante para mantener y fomentar la adherencia al tratamiento. Cuando los pacientes se sienten escuchados, entendidos y valorados, siguen acudiendo a los profesionales y demandando atención especializada, pero si estos detalles se descuidan y el paciente considera que el trato recibido no es el adecuado, la evitación de los servicios se ve incrementada.

Barreras detectadas

- Trato profesional distante que no facilita la confianza.
- Comunicación vertical.
- Escucha ausente o pasiva por parte de los profesionales.
- Escaso tiempo dedicado a las visitas, lo cual las hace excesivamente rápidas e impersonales.
- Biologización, patologización y medicalización de los temas tratados en consulta. Los adolescentes sienten que se patologiza y medicaliza su malestar, aunque este pueda provenir de una crisis del ciclo vital, de forma que se estigmatiza y cronifica su situación.

Recomendaciones

- Procurar que el trato profesional sea cercano. Que implique confianza y respeto.
- Trabajar desde la empatía y el acompañamiento para comprender la experiencia de la persona atendida.
- Comunicarse de forma horizontal, conversar con el paciente «de tú a tú».
- Fomentar la escucha activa por parte de los profesionales, la cual es considerada básica por los jóvenes.
- Despatologizar y desmedicalizar. Realizar intervenciones preventivas.

- Atender crisis de ansiedad y de identidad sin problematizarlas en exceso para evitar así que las crisis de crecimiento sean diagnosticadas y tratadas como enfermedades o problemas mentales, logrando su normalización.

CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA EN LA RELACIÓN PROFESIONAL-PACIENTE

Hemos tratado de identificar algunos elementos que dan sentido a diferentes formas de la práctica, muchos de ellos presentes en la atención al adolescente.

En efecto, desde el punto de vista significativo, la forma de proceder es tan importante como el contenido. Aunque por su naturaleza de creación individual del profesional no pueden ser establecidas normativamente, sí que pueden ser descritas. Este es el propósito. En última instancia, el trato profesional adquiere toda su significación en la fusión creativa y singular entre fines, medios y formas que realiza el profesional.

- *Proximidad.* Los profesionales próximos comunican a las personas atendidas reconocimiento y comprensión de las características únicas de cada sujeto. Estos elementos se hacen especialmente importantes en situaciones de vulnerabilidad donde se agudiza, si cabe, la necesidad de ser tratado como individuo y no como una clase o categoría, evitando el paternalismo.
- *Capacidad para escuchar y observar activamente.* La escucha activa del profesional permite extraer conocimiento más allá de lo expresado por las palabras, permite percibir los significados ocultos del lenguaje del demandante. A través de la escucha se construye la conciencia de lo que el otro dice y de lo que intenta comunicar.

Adoptar una escucha y observación activa cuando la persona habla o calla es la manera de centrar la atención no solo en lo que se oye, en lo que se observa, sino, sobre todo, en lo que se omite, en la expresión de sentimientos más allá de las palabras (duda, vacilación, vergüenza, discrepancia, etc.), en los mensajes subyacentes que el adolescente no puede expresar. Su postura corporal, la existencia o no de contacto visual, su

expresión facial, sus gestos..., se vuelven entonces significativos y clarificadores del mensaje. La escucha y la observación activa permiten al profesional captar también el estado emocional de la persona.

- *Capacidad de avanzar junto con la persona.* El profesional debe iniciar el proceso de ayuda en el mismo punto en que se encuentra el sujeto y compasar su ritmo al de este último. Se trata de un detalle de la individuación que ayudará a implicarse, participar y colaborar de manera más plena en el proceso de trabajo.
- *Capacidad de empatía hacia los adolescentes.* Debe mostrarse sensible, poniéndose en su lugar para hacerse cargo del impacto que produce el problema en su persona. En definitiva, se trata de ser capaz de reconocer los sentimientos de su interlocutor.
- *Capacidad de orientarse hacia las personas.* Las interacciones que tienen lugar en el marco de una relación en una entrevista son diferentes de las que se establecen en cualquier otro marco. Ello se debe a que el foco principal de atención de la comunicación es el sujeto y los problemas que este está viviendo.
- *Comunicación verbal y no verbal.* Los elementos de la comunicación verbal son solamente una parte del intercambio que tiene lugar entre las personas. La manera como se dicen las cosas y el contenido real de lo que se expresa aportan una información suplementaria a lo enunciado; el tono, el volumen, el ritmo, etc., son aspectos de la comunicación no verbal que a menudo dicen bastante más de lo que está pensando la persona y de lo que dicen las palabras que esta ha elegido para expresarse. El profesional ha de percibir el lenguaje y sus variados significados, verbales y no verbales, para poder comprender el mensaje en toda su complejidad.

El silencio es particularmente significativo en la comunicación pues a menudo es en ese intervalo cuando se asocian mentalmente ideas relevantes. La comprensión también se logra cuando el sujeto se concede a sí mismo tiempo para reflexionar de este modo. El profesional debe respetar el silencio. No se trata de llenar el vacío que

se crea; cuando esto ocurre, se sustrae a la persona la posibilidad de reflexionar y se la obliga a seguir el ritmo del profesional más que el suyo propio. El silencio es con frecuencia un mensaje global que las personas tratan de comunicar no solo a su interlocutor, sino también a sí mismos.

Para más información al respecto, consúltese el punto 7: «Calidad de la comunicación».

Preguntas para la autoevaluación

- ¿Qué tipo de trato se da a los adolescentes?
- ¿Qué tipo de escucha se realiza por parte de los profesionales?
- ¿Cuánto tiempo se dedica a la consulta?
- ¿Se consolida un buen vínculo terapéutico con el paciente?
- ¿Se logra obtener la confianza del paciente?
- ¿Se consideran sus percepciones o modelos explicativos sobre el malestar y el tratamiento más adecuado?
- ¿Cuál es la adherencia al tratamiento entre los adolescentes?
- ¿Qué lenguaje verbal y no verbal se emplea?
- ¿Qué demandas se atienden? ¿Cómo se atienden? ¿Se patologiza el malestar? ¿Se atienden crisis del ciclo vital?
- ¿Se fomenta la empatía?
- ¿Se respetan los silencios en consulta?

9. PARTICIPACIÓN

Definición

Los dispositivos y centros de atención tienen como objetivo principal atender las necesidades de los pacientes a los que están destinados. Las necesidades y las prioridades con que estas han de ser atendidas, así como el modo en que estas han de ser tratadas, no pueden basarse en criterios ajenos a las opiniones y vivencias de los pacientes o potenciales pacientes. Es aquí donde entra en juego la participación de los destinatarios. Es necesario indagar sobre sus carencias sus problemas y sobre los modos de solventarlos. El modo más eficiente de conocer estos aspectos es mediante el uso de una metodología participativa que involucre a los destinatarios y tenga en cuenta su visión y su discurso, puesto que así es como se pueden lograr unos mejores resultados.

La participación ha de llevarse a cabo en todos los niveles, incluyendo, pues, la organización del servicio, la oferta de tratamientos, los horarios y la planificación de la atención, las estrategias de prevención y promoción de la salud, y los mecanismos de información y formación en salud mental, procurando la implementación de espacios y herramientas participativos en los que el paciente pueda colaborar tanto a nivel individual como grupal y comunitario.

Mediante la participación activa se hará posible adaptar los servicios y dispositivos de atención a las necesidades y expectativas de los jóvenes y adolescentes.

Justificación

Los jóvenes y adolescentes consideran que los servicios de atención en salud mental a los que pueden tener acceso no están planificados ni organizados pensando en ellos y en su realidad y necesidades. Consideran que se trata de dispositivos sanitarios creados y pensados por adultos. El modo de organizar el dispositivo, los servicios ofertados, las metodologías empleadas, los horarios..., no tienen en cuenta el día a día de los jóvenes ni sus horarios. Los encuentran, por lo tanto,

ajenos a ellos, no perciben un trato horizontal, sino que se trata más bien de un trato jerarquizado en el que el profesional y el dispositivo (como pertenecientes al mundo adulto) se posicionan en un rango de superioridad, quedando los destinatarios en una posición de inferioridad en la que sus saberes y experiencias sobre el malestar son desvalorizados.

El uso de metodologías participativas es un buen modo de que los adolescentes y jóvenes hagan suyo el proceso y/o el tratamiento, motivándolos a formar parte de su transcurso. La consulta y la consecución de acuerdos comunes posibilitan la obtención de mejores resultados, puesto que cuando uno se implica, se involucra y trabaja por algo, teniendo además derecho a voz y voto, se siente parte integrante del proceso y realiza una inmersión más profunda en el tema a tratar y trabajar.

Así pues, resulta de gran importancia recoger las impresiones y necesidades de los destinatarios de los dispositivos para conseguir que estos sientan que el servicio se adecua a ellos, se preocupa por ellos y se adapta a ellos. La participación de los destinatarios es el mejor modo de conseguir este objetivo, puesto que permite que se sientan tenidos en cuenta, valorados y reconocidos como poseedores de un saber de vital importancia que a menudo es infravalorado por los expertos adultos. Aunando los saberes de ambos se puede conseguir la atención integral que se necesita.

Barreras detectadas

- Carencia de espacios de participación para los usuarios.
- No se fomenta la participación de los usuarios en los centros de atención.
- Desvalorización del saber de los usuarios sobre sus propios malestares.
- Ausencia de indagación sobre las necesidades y carencias de los usuarios.
- Es el dispositivo el que decide qué es importante y cómo tratarlo y organizarlo.

- Los destinatarios se sienten ajenos al dispositivo al no sentirse valorados ni tenidos en cuenta en la organización y planificación del dispositivo, el tratamiento, la prevención, etc.
- No hay conciencia ni conocimiento por parte de los dispositivos y de sus trabajadores sobre la importancia y las ventajas que implica trabajar con metodologías participativas que incluyan a los pacientes en los diversos procesos.

Recomendaciones

- Crear espacios y canales destinados a la participación de los usuarios.
- Promover reuniones con los usuarios para implicarlos en el desarrollo del servicio e incorporar sus opiniones sobre la organización y planificación del dispositivo.
- Promover la participación de los usuarios en el diseño de los planes de tratamiento.
- Recoger información sobre las necesidades de los jóvenes y adolescentes y sus propuestas sobre los dispositivos especializados en salud mental.
- Si esta recogida de información se realiza en los centros escolares, podemos conocer también la opinión de aquellos que no acuden a los servicios. Esta información es de gran valor para entender los motivos por los que los jóvenes y adolescentes evitan los dispositivos existentes y para intentar adaptarlos mejor a sus demandas, minimizando finalmente la infrautilización.
- Facilitar un cuestionario corto y ameno en los dispositivos para que los pacientes puedan valorar la atención recibida tras la consulta. Esta herramienta permitiría al servicio conocer cuáles son sus puntos fuertes y cuáles sus puntos débiles, de forma que se obtendría un *feedback* de gran interés para adaptar óptimamente el servicio a sus destinatarios.
- Preguntar a los usuarios y potenciales usuarios, mediante diferentes herramientas de recogida de datos, cómo quieren ser

atendidos, cómo quieren ser tratados, qué formas de atención pueden implementarse, etc.

- Reconocer y valorar el saber de los pacientes sobre sus propios malestares.
- Dar voz y voto a los destinatarios, implicándolos en el proceso de atención y tratamiento.
- Tener en cuenta a los destinatarios a la hora de determinar cuáles son las prioridades del servicio y cómo gestionarlas.
- Informar y formar a los profesionales de los dispositivos sobre la importancia y las ventajas que supone trabajar con metodologías participativas que involucren y tengan en cuenta las opiniones de los pacientes.
- Informar a los usuarios de los recursos y de las limitaciones tanto de la organización como de los profesionales. Los cambios son procesos que requieren tiempo y tienen limitaciones. De la relación participativa entre usuarios, profesionales y organización dependerá el proceso de cambio y el logro de los objetivos comunes.

Preguntas de autoevaluación

- ¿Existen espacios y canales destinados a la participación de los usuarios?
- ¿Se implican e incorporan sus opiniones en la planificación y organización del dispositivo?
- ¿Se promueve la participación de los usuarios en el diseño de los planes de tratamiento?
- ¿Se conoce la opinión de los jóvenes y adolescentes que no acuden a los servicios?
- ¿Se reconoce el valor de la experiencia y el saber de los jóvenes?

10. INVESTIGACIÓN

Definición

La investigación aparece asociada para muchos profesionales con las ciencias experimentales, los centros de excelencia científicos y los sofisticados protocolos. No obstante, la investigación incluye también la práctica reflexiva y el análisis de las realidades locales donde las personas viven e interactúan, y esto es válido para el conocimiento de la realidad de los adolescentes y jóvenes y, a la vez, como premisa general. La investigación puede entenderse también como una actividad asociada a la práctica clínica y educativa en la forma, por ejemplo, de una investigación/acción participativa orientada a la promoción de la salud y la salud mental o a la mejora de los propios servicios de atención. A menudo se discute sobre las bondades y los defectos de determinadas orientaciones, como en el caso del conocido dilema entre lo cuantitativo y lo cualitativo. En esta guía entendemos la investigación como un instrumento para la mejora de los servicios, fuera de todo esencialismo cuantitativo o cualitativo, pues el tipo de metodología está asociado al tipo de análisis que se considera necesario en cada momento. De esta forma, tanto la investigación cuantitativa como la cualitativa pueden coexistir y responder a preguntas diferentes. Eso sí, en ambos casos debe considerarse al profesional/investigador reflexivo como el principal instrumento de investigación.

Justificación

El conocimiento de los grupos sociales que son objeto de atención por un dispositivo y/o por un profesional es una tarea necesaria para el desarrollo de un trabajo integral. Lo mismo puede indicarse para el caso de los adolescentes y jóvenes. Los usuarios no son «islas psicopatológicas», sino sujetos sociales que viven en un mundo de relaciones con diferentes problemáticas como el acceso o no al mercado laboral, la continuidad de sus estudios, el clima familiar y escolar, la escasez de recursos o el conflicto con el grupo de iguales, entre otras. A ello debemos añadir la diversidad cultural, de clase, de género, de edad,

subcultural..., entre otros factores que conforman la identidad social de las personas y, por lo tanto, de los usuarios y que influyen en lo que estos deciden como más importante en sus vidas y en la causa y el tratamiento de sus potenciales malestares y trastornos. La conciencia de esta complejidad se convierte en el primer paso de una actitud investigadora en los profesionales que supere el efecto de dar por sabido lo que está en juego en los comportamientos. Por otro lado, determinadas orientaciones de investigación, como la cualitativa y/o etnográfica, constituyen instrumentos para que los profesionales se posicionen de forma diferente frente a los usuarios, permitiendo un reconocimiento del saber local y lego y potenciando, así, tanto el diálogo profesional-usuario como la corresponsabilización en materia de salud. Las investigaciones de orientación a la acción e intervención no solo crean conocimiento, sino también lazos sociales y aportan soluciones a problemas concretos como la infrautilización de los servicios por los adolescentes y jóvenes.

Barreras detectadas

- Los modelos de gestión sanitaria y educativa más frecuentados no suelen favorecer la reflexividad sobre la propia práctica profesional ni dotar de espacio y tiempo en los dispositivos para la investigación, aunque esta esté orientada a la acción e intervención o a repensar el propio modelo de gestión.
- Los dispositivos no suelen favorecer la investigación por entenderla como un objetivo secundario o ajeno a la práctica clínica o educativa.
- Los profesionales suelen observar la investigación como algo lejano y ajeno a su práctica.
- Existe una escasa formación entre los profesionales de la educación y de la sanidad que limita la implementación de etnografías de servicios, análisis de situación y conocimiento de las realidades locales de sus usuarios.
- Predominio de las investigaciones que parten de una posición fuerte de «experto» frente a aquellas otras que permiten la inmersión y el conocimiento de las prácticas y los saberes profanos para afrontar la adversidad y el malestar.

- Tendencia a la universalización de los resultados de las investigaciones, de forma que estos se toman como válidos para todos los contextos, usuarios y situaciones.
- Escasa cultura de investigación.

Recomendaciones

- Favorecer una cultura de la investigación en los dispositivos y entre profesionales mediante el reconocimiento de este tipo de tarea.
- Potenciar el conocimiento de las realidades locales y los grupos sociales que son objeto de atención.
- Incluir de forma regular estudios sobre la demanda, el perfil y la percepción de los usuarios y la opinión sobre los dispositivos y la atención prestada.
- Favorecer modelos de investigación/acción participativa que fortalezcan los vínculos con los usuarios y potenciales usuarios y permitan una mayor corresponsabilización en salud.
- Potenciar el desarrollo de investigaciones orientadas a la mejora de los servicios de atención.
- Procurar la creación de espacios de discusión, diálogo, reflexión, crítica y autocrítica en los dispositivos, que servirían de base para los procesos de cambio, y de proyectos de investigación relacionados con los contextos asistenciales y de la demanda.

Preguntas de autoevaluación

- ¿Participa o ha participado en alguna investigación? ¿Le gustaría? ¿Por qué? ¿No le gustaría? ¿Por qué?
- ¿Percibe la investigación como una actividad inaccesible o ajena a su práctica o piensa que todo profesional debe ser en parte investigador? ¿Por qué?
- ¿Se replantea su propia práctica de forma reflexiva? ¿Se promueve esta práctica en su dispositivo?

- ¿Se valora en su dispositivo el tiempo dedicado a la investigación, ya sea general o asociado a la resolución de problemas concretos de la atención?

BIBLIOGRAFÍA

- BECK, A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; MOCK, J. y ERBAUGH, J. (1961). «An Inventory for Measuring Depression». *Archives of General Psychiatry*, 4, (6), 561-571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.
- FRENK, J. (1985). «El concepto y medición de la accesibilidad». *Salud Pública de México*. 27, (5), 438-53.
- GARROCHO, C. (1993). «Análisis de la accesibilidad a los servicios de salud y de los sistemas de información geográfica: teoría y aplicación en el contexto del Estado de México». *Revista de estudios demográficos y urbanos*, mayo, 427-444.
- GOLDBERG, D.; BRIDGES, K.; DUNCAN-JONES, P. y GRAYSON, D. (1988). «Detecting anxiety and depression in general medical settings». *British Medical Journal*, 297, 897-899.
- INSTITUT D'INFÀNCIA I MÓN URBÀ. «Panel de Familias e Infancia». Barcelona. Información disponible en: <<http://www.ciimu.org/images/stories/CIIMU/Estudios e Investigaciones/2panel-fam/14presentacio cggranell.pdf>>
- JOSEPH, A. y PHILLIPS, D. (1984). *Accesibility and utilization: geographical perspectives on health care delivery*. Nueva York. Harper and Row.
- JULIÀ, A.; ESCAPA, S.; MARÍ-KLOSE, M. y MARÍ-KLOSE, P. (2012). «Factores de riesgo psicosociales en el consumo de tabaco de los adolescentes: estados de ánimo negativos, grupo de iguales y estilos parentales». *Adicciones*, 24, (4), 309-318.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, À.; MARÍ-KLOSE, M.; JULIÀ, A.; ESCAPA, S.; MARÍ-KLOSE, P. y DIGIACOMO, S. (2012). «Adolescent daily smoking, negative mood states and the role of family communication». *Gaceta Sanitaria*, 26, (5), 421-428. doi:10.1016/j.gaceta.2011.09.030
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, À. y MUÑOZ GARCÍA, A. (2010). «“Un infinito que no acaba”. Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España)». Primera parte. *Salud Mental*, 33, (2), 145-152. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Distrito Federal, México.

- MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A. y MUÑOZ GARCÍA, A. (2010). «“Un infinito que no acaba”. Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España)». Segunda parte. *Salud Mental*, 33, (3), 229-236. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Distrito Federal, México.
- MONTÓN, C., PÉREZ ECHEVARRÍA, M. J., CAMPOS, R., GARCÍA CAMPAYO, J. y LOBO, A. (1993). «Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico». *Atención Primaria*, 12, 345-349.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1986). *Otawa Charte for Helth Promotion*.
- (2004). European Ministerial Conference on Mental Health: «Facing the challenges, building solutions. Mental health of children and adolescents. Helsinki». Disponible en: <www.euro.who.int/document/mnh/ebrief14.pdf>
- PUIG I CRUELLS, C. (2011). «La supervisión en los Servicios Sociales: una ocasión para el cuidado profesional y el pensamiento». *Revista Perspectivas Sociales*, 13, (1). Universidad Autónoma de Nuevo León. División de Posgrado de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano. México.
- ROCHA, K. B.; PÉREZ, K.; RODRÍGUEZ-SANZ, M.; BORRELL, C. y OBIOLS, J. E. (2011). «Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española». *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, (1), 125-139
- SANZ, J.; PERDIGÓN, A. L.; VÁZQUEZ, C. (2003). «Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general». *Clínica y Salud*, 14, (3), 249-280.
- STOLKINER, A. *et alii* (2000). «Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso». *La salud en crisis: un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*. Buenos Aires. Dunken.
- VÁZQUEZ, A. J. y GARCÍA-BÓVEDA, R. J. (1997). «The Mannheim interview on social support psychometric characteristics of a Spanish version». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 208-214.

ÍNDICE SISTEMÁTICO

LISTA DE SIGLAS	6
INTRODUCCIÓN.....	9
Justificación	10
Objetivo general.....	11
Modo de empleo de la guía.....	11
Metodología	12
1. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD	15
Definición	15
Justificación	15
Barreras detectadas.....	16
Recomendaciones.....	16
Preguntas para la autoevaluación	17
2. NORMALIZACIÓN Y DESESTIGMATIZACIÓN.....	19
Definición	19
Justificación	19
Barreras detectadas.....	20
Recomendaciones.....	20
<i>Información a transmitir en las charlas, los talleres y las campañas de normalización y desestigmatización...</i>	21
<i>Dinámicas más adecuadas para fomentar una buena acogida y llegar mejor a los diferentes colectivos.....</i>	22
<i>Duración, frecuencia y organización de las actividades..</i>	22
Preguntas para la autoevaluación	23
3. FORMACIÓN (EN ADOLESCENCIA Y SALUD MENTAL).....	25
Definición	25
Justificación	25
Barreras detectadas.....	26
Recomendaciones.....	27
<i>Materias a impartir y tratar en la formación.....</i>	29
Preguntas para la autoevaluación	30

4. COORDINACIÓN Y TRABAJO EN RED	31
Definición	31
Justificación	32
Barreras detectadas	32
Recomendaciones.....	33
<i>Consideraciones a tener en cuenta para implementar</i> <i>una coordinación eficaz.....</i>	33
Preguntas para la autoevaluación	36
5. ACCESIBILIDAD	39
5.1 Accesibilidad general.....	39
Definición	39
Barreras detectadas	40
Recomendaciones.....	40
Preguntas para la autoevaluación	42
5.2 Información proactiva sobre los servicios	42
Definición	43
Justificación	43
Barreras detectadas	43
Acciones recomendadas	44
Preguntas para la autoevaluación	45
6. PLANIFICACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL SERVICIO	47
6.1 Detección de necesidades, planificación y adaptación del servicio para atender las necesidades de los adolescentes y jóvenes	47
Definición	47
Justificación	48
Barreras detectadas.....	48
Recomendaciones.....	49
Preguntas para la autoevaluación	50
6.2 Evaluación de la adaptabilidad y competitividad del servicio ..	51
Definición	51
Justificación	51
Barreras detectadas.....	51
Acciones recomendadas	52
Preguntas para la autoevaluación	52

7. CALIDAD DE LA COMUNICACIÓN.....	55
Definición	55
Justificación	56
Barreras detectadas.....	57
Recomendaciones.....	57
Preguntas para la autoevaluación	58
8. ATENCIÓN CLÍNICA	59
8.1 Historia clínica	59
Definición	59
Justificación	59
Barreras detectadas.....	59
Recomendaciones.....	60
Preguntas para la autoevaluación	60
8.2 Diagnósticos empleados	60
Definición	60
Justificación	61
Barreras detectadas.....	61
Recomendaciones.....	61
Preguntas para la autoevaluación	62
8.3 Tratamientos empleados.....	62
Definición	62
Justificación	62
Barreras detectadas.....	63
Recomendaciones.....	63
Preguntas para la autoevaluación	64
8.4 Relación profesional-paciente	64
Definición	64
Justificación	65
Barreras detectadas.....	65
Recomendaciones.....	65
<i>Consideraciones a tener en cuenta en la relación</i> <i>profesional-paciente.....</i>	66
Preguntas para la autoevaluación	68

9. PARTICIPACIÓN.....	69
Definición	69
Justificación	69
Barreras detectadas	70
Recomendaciones.....	71
Preguntas de autoevaluación	72
10. INVESTIGACIÓN	73
Definición	73
Justificación	73
Barreras detectadas.....	74
Recomendaciones.....	75
Preguntas de autoevaluación	75
BIBLIOGRAFÍA	77

El libro que se presenta al lector es una guía de buenas prácticas para la atención de los problemas psicoemocionales de los adolescentes y jóvenes. La razón práctica de su elaboración es la infrautilización de los servicios profesionales por parte de este grupo de edad ante situaciones de depresión y ansiedad, principalmente; aunque también ante los malestares propios del ciclo vital. La razón más teórica, sin embargo, trasciende el objetivo específico para delinear un modo de investigación-participación propio de la salud mental colectiva.