

Orientació inicial dels trastorns de la **salut mental** més prevalents a l'*atenció primària*



© Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat
Institut Català de la Salut

Edició: Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat

Coordinació editorial: Gabinet de Comunicació
Integral i Relacions
Externes

Disseny gràfic: Víctor Oliva. Disseny gràfic, SL

Primera edició: gener de 2009

Objectiu

- Proporcionar als professionals uns criteris mínims d'orientació dels trastorns de la salut mental més prevalents a l'atenció primària a partir de fitxes i algoritmes que resumeixen els aspectes més rellevants de la detecció precoç, el diagnòstic i el tractament.
- Promoure la relació amb el pacient per sobre la medicalització.
- Establir en la major part dels casos les atribucions i els límits de la responsabilitat del professional d'atenció primària.
- Establir uns criteris de derivació a altres nivells assistencials, fonamentalment, als centres de salut mental.
- Vincular els continguts de les orientacions als de les necessitats formatives i, per tant, plantejar-se el desenvolupament d'estratègies específiques de formació en determinats temes (que poden ser els que demanin els professionals mateixos).

Continguts

S'hi consideren les situacions o els trastorns de la salut mental més prevalents en l'àmbit de la salut de la infància-adolescència i dels adults-gent gran.

Índex

Infància-adolescència

Trastorn del desenvolupament mental	8
Trastorn del desenvolupament psicomotor	12
Trastorn d'eliminació: enuresi/encopresi	15
Trastorn del son	18
Trastorn en la comunicació i en la relació	22
Trastorn de l'alimentació: l'infant que no menja!	26
Trastorn del comportament/conducta	30
Trastorn psicossomàtic	34
Fracàs escolar	38
Trastorn per ansietat excessiva	43
Depressió en infants i adolescents	50
Maltractament infantil	56

Adults-gent gran

Trastorn per ansietat excessiva	62
Depressió	69
Distímia	76
Trastorn psicòtic	79
Trastorn de la personalitat	82
Somatització	88
Trastorn adaptatiu	94
Trastorn de la conducta alimentària	98
Alcoholisme i altres drogodependències	102
Addicció al joc	107
Demència	113
Dol i pèrdua afectiva	121
Violència de gènere/maltractament a les persones grans	124

Autors

Grup Assessor de Salut Mental en atenció primària de la Gerència d'Àmbit de Barcelona.

Aquest Grup està constituït per professionals que treballen a l'atenció primària. La seva composició és multidisciplinària: inclou personal mèdic, d'infermeria i de treball social. Els seus membres són (per ordre alfabètic):

María Antonia Campo Osaba

Infermera

CAP Sanllehy

Joan Antoni Pérez Pérez

Metge de família

ABS El Carmel

Ramon Ciurana Misol

(Coordinador del grup)

Metge de família

CAP La Mina

Antonia Raya Tena

Infermera

ABS Raval Nord. EAP Dr. Lluís Sayé

Xavier Fernández Bonet

Metge de família

CAP La Sagrera

Eulàlia Torrent Bonafont

Metgessa de família

ABS Poble Sec 3B

Eva María Fernández Linares

Infermera

CAP Horta

Pilar Villagrasa Montel

Infermera

ABS Consell de Cent-Magòria.

M. Àngels Fuertes Abad

Treballadora social

EAP Via Barcino

Agraïm la col·laboració del Dr. Jorge L. Tizón, per les seves valuoses aportacions a la versió final d'aquest document.

Infància-adolescència

- Trastorn del desenvolupament mental
- Trastorns del desenvolupament psicomotor
- Trastorn d'eliminació: enuresi/encopresi
- Trastorns del son
- Trastorns en la comunicació i en la relació
- Trastorn de l'alimentació: l'infant que no menja!
- Trastorn del comportament / conducta
- Trastorn psicossomàtic
- Fracàs escolar
- Trastorn per ansietat excessiva
- Depressió en infants i adolescents
- Maltractament infantil



TRASTORN DEL DESENVOLUPAMENT MENTAL

Codi ECAP

F79: Trastorn del desenvolupament mental (retard mental, alteracions en el llenguatge).

I00056: Deteriorament parental

OBJECTIUS

- Promoció d'activitats preventives per fomentar factors protectors del desenvolupament mental de l'infant.
- Detecció precoç dels signes i símptomes de retard en el desenvolupament mental de l'infant abans que evolucionin a un trastorn greu.
- Tractament i/o derivació i seguiment dels casos detectats.

FACTORS DE RISC

- Circumstàncies de l'embaràs i de la concepció desfavorables.
- Actitud d'acceptació o rebuig de l'infant pels pares.
- Condicions perinatals desfavorables.
- Mala vinculació mare-fill/a.
- Desviacions respecte al Programa del nen sa i els seus protocols.
- Desestructuració familiar (separació parental).
- Característiques dels pares (monoparentalitat, composició familiar, antecedents de depressió o altres trastorns mentals greus en els pares, consum de tòxics, dèficits sensorials, pares ingressats a una institució).
- Factors ambientals que impliquen canvis adaptatius.
- Aïllament social.
- Maltractament, negligència o abandonament.
- Temperament difícil (ja observable en nadons).
- Debut de malalties cròniques.
- Estatus socioeconòmic molt desfavorable.

SÍMPTOMES D'ALARMA

- Senyals d'alarma indicats en la Taula Llevant, en l'àrea cognitiva i de llenguatge (vg. annex).
- Inhibició i bloqueig intel·lectual global.
- Descens significatiu del rendiment.
- Dificultats en l'aprenentatge.
- Oblit excessiu del que s'ha après.
- Absència de joc simbòlic a partir dels 3 anys.

ASPECTES CLAU QUE CAL VALORAR

- Nounat de risc.
- Presència d'altres factors de risc.
- Capacitat dels pares per estimular adequadament l'infant.
- Corroboració de les sospites amb l'escola.

PREGUNTES CLAU

- El rendiment escolar és l'adequat?
- El joc és l'adequat per a la seva edat?
- L'infant mateix i/o la família manifesten problemes quant a l'estat emocional de l'infant?

CRITERIS DE BONA PRÀCTICA



EN ATENCIÓ PRIMÀRIA

Prevenió primària:

- Seguiment acurat dels nounats de risc.
- Compliment de les visites del Programa del nen sa (Taula Llevant, vg. annex).
- Recull acurat de tota l'anamnesi de la vida de l'infant.
- Observació directa del comportament de l'infant i la família.

Prevenió secundària (presència de senyals d'alarma). Cal:

- Fer un seguiment proper de l'infant i la família.
- Establir contacte amb l'escola per corroborar les sospites.
- Fer un diagnòstic diferencial.
- Valorar la complexitat o gravetat de la situació biopsicosocial, abans de la derivació.
- Fer una interconsulta per a l'especialista, segons els criteris de la Taula Llevant (vg. annex).

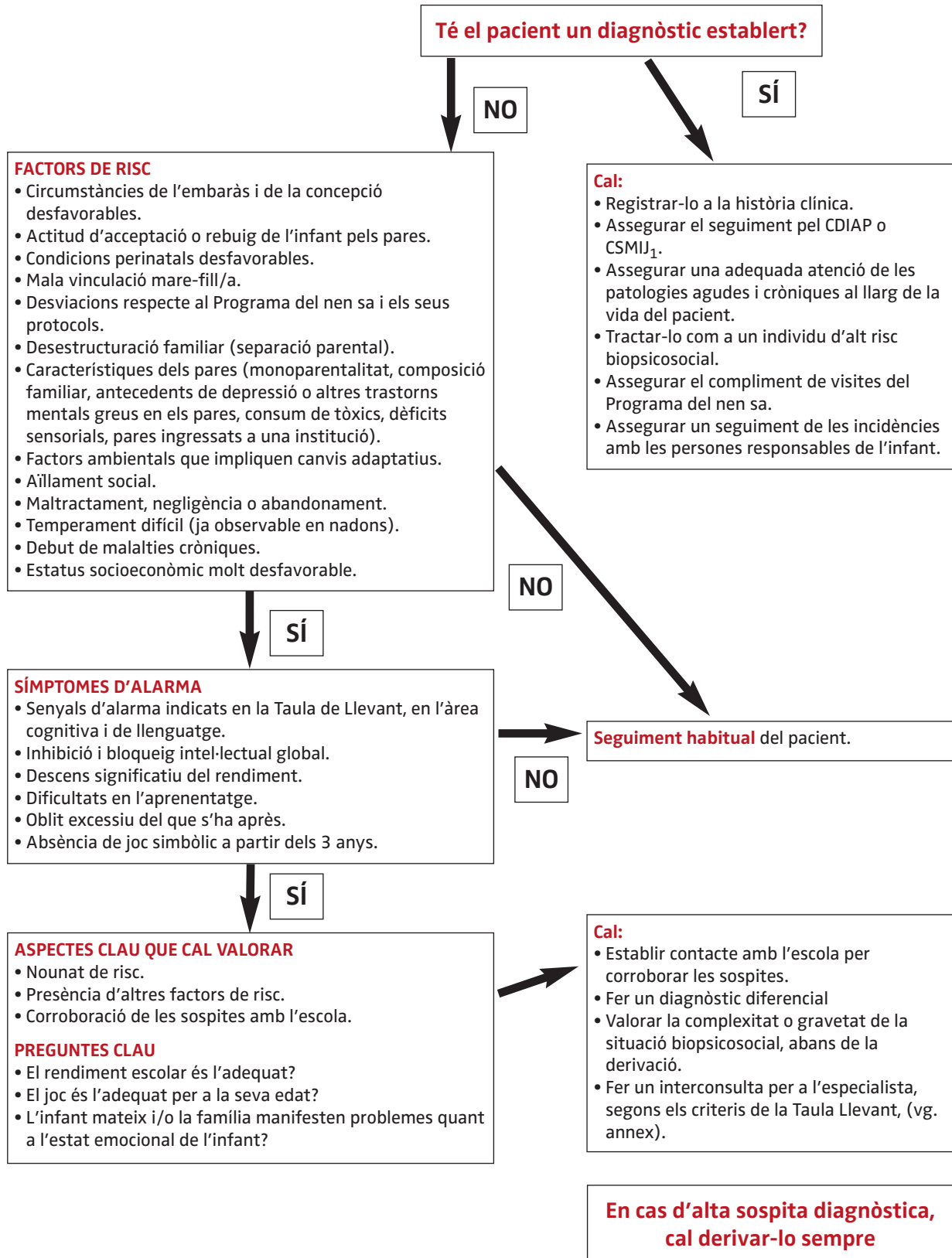
CRITERIS DE DERIVACIÓ

- Alteració de l'àrea cognitiva i del llenguatge a la Taula Llevant.
- La presència de qualsevol senyal d'alarma mereix una interconsulta i, potser, una derivació.

Bibliografia

- Bras J, De la Flor JE, Masvidal RM. *Pediatría en atención primaria*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1997.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública. *Protocol de salut mental infantil i juvenil. Programa de seguiment del nen sa*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública; 1999.
- *Guía de actuación en atención primaria. Segunda edición*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2002.
- Tizón García JL, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso C, García Campayo J, Montón Franco C, Redondo Granado MJ. *Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud*. *Aten Primaria* 2001; 28 (supl. 2): 96-160.
- Pedreira Massa JL. *Protocolo de salud mental infantil para atención primaria*. Madrid: Editorial Libro del Año; 1995.

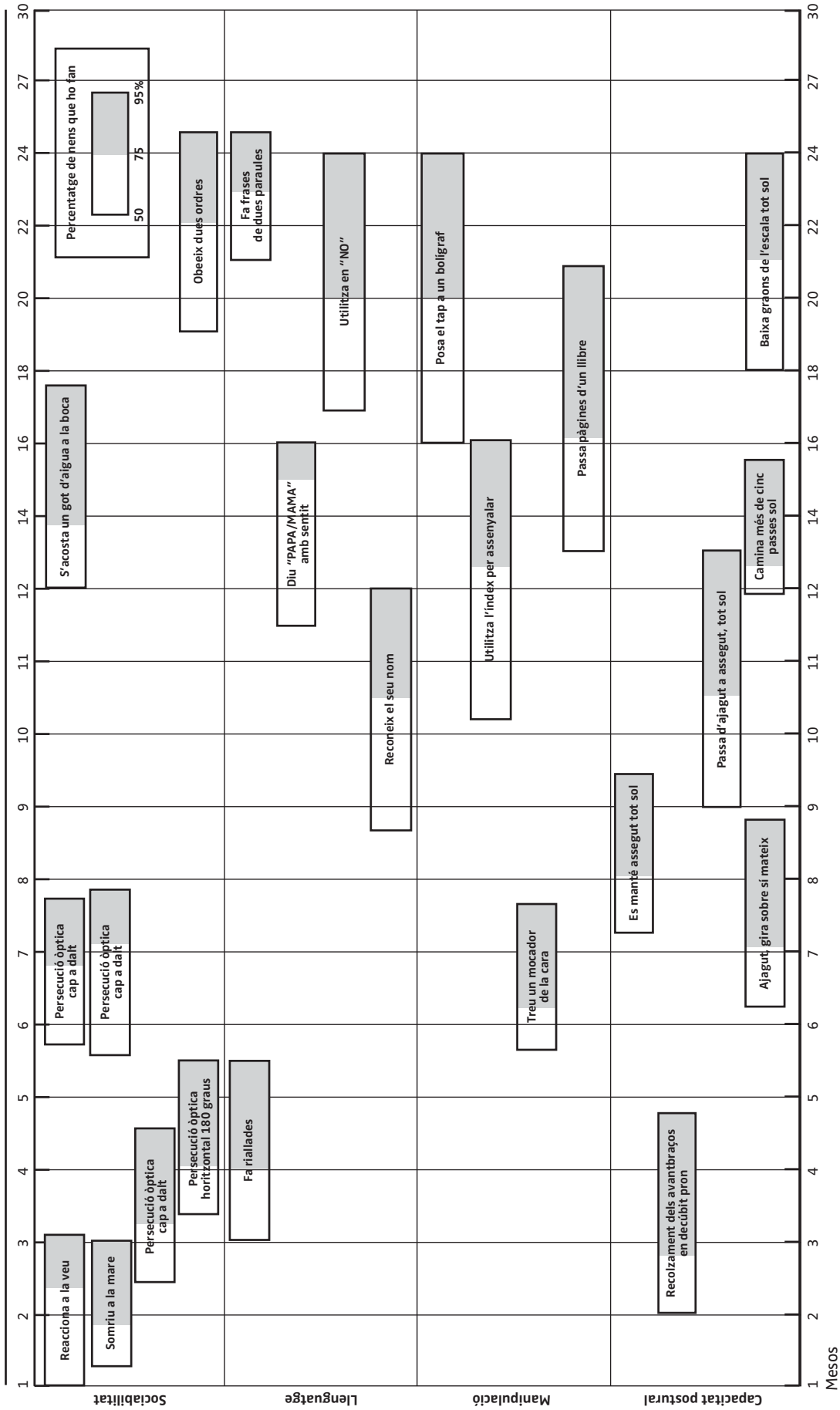
TRASTORN DEL DESENVOLUPAMENT MENTAL



1: CDIAP: Centres de desenvolupament infantil i d'atenció precoç; CSMIJ: Centres de salut mental infantils i juvenils.

Taula de desenvolupament psicomotor

(basada en l'estudi Llevant)



Annex. Taula de desenvolupament basada en l'Estudi Llevant. Tret de: Societat Catalana de Pediatria. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Carnet de Salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Salut Pública; 2004.

TRASTORN DEL DESENVOLUPAMENT PSICOMOTOR

Codi ECAP

R62.0: Trastorn del desenvolupament psicomotor

I00064: conflicte del rol parental

OBJECTIU

- Promoció d'activitats preventives per fomentar factors protectors del desenvolupament psicomotor de l'infant.
- Detecció precoç dels signes i símptomes de retard en el desenvolupament psicomotor de l'infant abans que evolucionin a un trastorn greu.
- Tractament i/o derivació i seguiment dels casos detectats.

FACTORS DE RISC

- Circumstàncies de l'embaràs i de la concepció desfavorables.
- Actitud d'acceptació o rebuig de l'infant pels pares.
- Condicions perinatals desfavorables.
- Mala vinculació mare-fill/a.
- Desviacions respecte al Programa del nen sa i els seus protocols.
- Desestructuració familiar (separació parental).
- Característiques dels pares (monoparentalitat, composició familiar, antecedents de depressió o altres trastorns mentals greus en els pares, consum de tòxics, dèficits sensorials, pares ingressats a una institució).
- Factors ambientals que impliquen canvis adaptatius.
- Aïllament social.
- Maltractament, negligència o abandonament.
- Temperament difícil (ja observable en nadons).
- Debut de malalties cròniques.
- Estatus socioeconòmic molt desfavorable.

SÍMPTOMES D'ALARMA

- Senyals d'alarma indicats en la Taula Llevant, en l'àrea psicomotriu (vg. annex).
- Moviments estereotipats i repetitius.
- Conductes distorsionades: automutilació, autoagressions o heteroagressions.

ASPECTES CLAU QUE CAL VALORAR

- Nounat de risc.
- Presència d'altres factors de risc.
- Bona vinculació mare-fill/a.
- Capacitat dels pares per estimular la motricitat de l'infant, segons l'edat.
- Vinculació amb altres infants.
- Valoració de la maduració fisiològica i neurològica de l'infant.

PREGUNTES CLAU

- El joc és l'adequat per a la seva edat?
- L'infant presenta alguna mena d'hipotonia, hipertonia, inhibició o inestabilitat?
- L'infant presenta algun trastorn de lateralitat, disgrafia, debilitat motriu o tic?
- L'infant mateix o la família manifesten problemes quant a l'estat emocional de l'infant?

CRITERIS DE BONA PRÀCTICA

Cal:

- Cuidar especialment els aspectes relacionals amb els pacients.
- Registrar els aspectes rellevants a la història clínica.

CRITERIS DE DERIVACIÓ

Cal valorar la derivació als serveis de salut mental dels casos més greus, segons les variables següents:

- Risc d'autolesions o de lesions a altres persones.
- Presència de trastorn mental associat i/o addicció.
- Gran càrrega de patiment ocasionat a la família o al seu entorn.
- Alta freqüentació a l'atenció primària.

Bibliografia

- Bras J, De la Flor JE, Masvidal RM. *Pediatría en atención primaria*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1997.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública. *Protocol de salut mental infantil i juvenil. Programa de seguiment del nen sa*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública; 1999.
- *Guía de actuación en atención primaria. Segunda edición*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2002.
- Tizón García JL, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso C, García Campayo J, Montón Franco C, Redondo Granado MJ. *Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud*. *Aten Primaria* 2001; 28 (supl. 2): 96-160.
- Pedreira Massa, JL. *Protocolos de salud mental infantil para atención primaria*. Madrid: Editorial Libro del Año; 1995.

TRASTORN DEL DESENVOLUPAMENT PSICOMOTOR

FACTORS DE RISC

- Circumstàncies de l'embaràs i de la concepció desfavorables.
- Actitud d'acceptació o rebuig de l'infant pels pares.
- Condicions perinatals desfavorables.
- Mala vinculació mare-fill/a.
- Desviacions respecte al Programa del nen sa i els seus protocols.
- Desestructuració familiar (separació parental).
- Característiques dels pares (monoparentalitat, composició familiar, antecedents de depressió o altres trastorns mentals greus en els pares, consum de tòxics, dèficits sensorials, pares ingressats a una institució).
- Factors ambientals que impliquen canvis adaptatius.
- Aïllament social.
- Maltractament, negligència o abandonament.
- Temperament difícil (ja observable en nadons).
- Debut de malalties cròniques.
- Estatus socioeconòmic molt desfavorable.

NO

Seguiment habitual del pacient.

SÍ

SÍMPTOMES D'ALARMA

- Senyals d'alarma indicats en la Taula Llevant en l'àrea psicomotriu (vg. annex).
- Moviments estereotipats i repetitius.
- Conductes distorsionades: automutilació, autoagressions o heteroagressions.

NO

SÍ

ASPECTES CLAU

- Nounat de risc.
- Presència d'altres factors de risc.
- Bona vinculació mare-fill/a.
- Capacitat dels pares per estimular la motricitat de l'infant, segons l'edat.
- Vinculació amb altres infants.
- Valoració de la maduració fisiològica i neurològica de l'infant.

SÍ

- Cal:**
- Cuidar especialment els aspectes relacionals amb els pacients.
 - Registrar els aspectes rellevants a la història clínica.

PREGUNTES CLAU

- El joc és l'adequat per a la seva edat?
- L'infant presenta alguna mena d'hipotonia, hipertonia, inhibició o inestabilitat?
- L'infant presenta algun tipus de lateralitat, disgrafia, debilitat motriu o tic?
- L'infant mateix o la família manifesten problemes quant a l'estat emocional de l'infant?

CRITERIS DE DERIVACIÓ

- Cal valorar la derivació als serveis de salut mental dels casos més greus, segons les variables següents:
- Risc d'autolesions o de lesions a altres persones.
 - Presència de trastorn mental associat i/o addició.
 - Gran càrrega de patiment ocasionat a la família o al seu entorn.
 - Alta freqüentació a l'atenció primària.

TRASTORN D'ELIMINACIÓ: ENURESIS/ENCOPRESIS

Codi ECAP

F98.0: Enuresi no orgànica.

F98.1: Encopresi no orgànica.

POBLACIÓ DIANA

Infants que a una edat mental i fisiològica que els capacita per controlar els esfínters no ho fan.

FACTORS DE RISC

- Desviació respecte al Programa del nen sa, en relació amb el control dels esfínters.
- Desestructuració familiar. Conflictes de relació a la parella.
- Factors ambientals que impliquen canvis adaptatius.
- Aïllament social.
- Maltractament, negligència o abandonament.
- Estatus socioeconòmic molt desfavorable.
- Alteracions sensorials en pares i infants.
- Debut de malalties cròniques (hospitalitzacions).

SENYALS D'ALARMA

- Infants amb edat superior a 5 anys que mullen el llit més de dues vegades a la setmana, durant més de 3 mesos.
- Infants incontinents fecals recurrents, en absència de malaltia orgànica.

OBJECTIUS

- **Prevenió primària.**
- **Prevenió secundària/detecció precoç.**
- **Tractament dels casos.**

CRITERIS DE BONA PRÀCTICA

Prevenió primària

Compliment de les visites del Programa del nen sa.
Consells als pares per iniciar correctament l'entrenament del control dels esfínters dels seus fills/filles.

Prevenió secundària

Detecció de casos

Cal:

- Interrogar específicament els pares a les visites de control del Programa del nen sa.
- Explorar les relacions i la dinàmica de la família.
- Explorar l'ansietat materna.
- Fer un diagnòstic diferencial dels trastorns orgànics.

Tractament dels casos a l'atenció primària

Enuresi

Cal:

- Desaconsellar el "paquet".
- Abolir els càstigs.
- Evitar de ridiculitzar l'infant.
- Responsabilitzar l'infant en algú punt del procés (canviar els llençols...).
- Evitar de restringir la ingesta de líquids.
- Anotar les "nits seques" en un calendari, fent-ne un reforçament positiu.

- Establir una relació positiva entre l'infant i el professional.
- Establir un sistema de recompensa per cada "x" nits seques (són millors els premis que impliquen un reforç social que no pas un cost econòmic).
- Biblioteràpia. Determinades lectures poden ser útils (vg. bibliografia).
- Poden ser útils els grups de progenitors d'infants enurètics.

Encopresi

Cal:

- Explorar les desestructuracions o disfuncions familiars i/o educatives.
- Fomentar la dieta rica en fibra que afavoreixi l'evacuació de femtes toves.
- Establir un horari per tal d'educar l'intestí (intentar l'evacuació sempre a la mateixa hora i sense presses).
- Si té dolor per la presència de fissures, es poden utilitzar pomades tòpiques analgèsiques i, en el cas de fecalomes, es pot utilitzar un laxant.

CRITERIS DE DERIVACIÓ

Enuresi:

- Si no hi ha millora en 3 mesos, una vegada s'ha iniciat el tractament per intentar modificar la conducta.
- Si es detecten conflictes emocionals en l'infant o desestructuració familiar.
- Si la presència de simptomatologia causa malestar significatiu en l'ordre social o acadèmic de l'infant.

Encopresi:

- Tots els casos d'encopresi persistent, si s'ha descartat una causa orgànica, han de ser derivats a salut mental.

Bibliografia

- Bras J, De la Flor JE, Masvidal RM. *Pediatría en atención primaria*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1997.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública. *Protocol de salut mental infantil i juvenil. Programa de seguiment del nen sa*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública; 1999.
- Raya Tena A. Enuresis primaria en niños: gestión clínica por procesos. *Revista ROL de enfermería* 2006; 29: 38-42.
- Enuresis funcional en la infancia. A: Tizón JL, San José J, Nadal D. *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental*. Vol. II. Barcelona: Herder; 1997 (pàgs. 51-64).

Biblioteràpia sobre enuresi

- Ollé MA. *Però, no ho diguis a ningú*. Barcelona: La Magrana; 1981.
- Martín A. *Ai, que em faig pipí*. Barcelona: Barcanova; 1998.
- Claverie J, Nikly M. *El arte de la baci*. Salamanca: Lóguez ediciones; 2003.

TRASTORN D'ELIMINACIÓ: ENURESIS/ENCOPRESIS

FACTORS DE RISC

- Desviació respecte al Programa del nen sa en relació amb el control dels esfínters.
- Desestructuració familiar. Conflictes de relació a la parella.
- Factors ambientals que impliquen canvis adaptatius.
- Aïllament social.
- Maltractament, negligència o abandonament.
- Estatus socioeconòmic molt desfavorable.
- Alteracions sensorials en pares i infants.
- Debut de malalties de cròniques (hospitalitzacions).

Presenta el pacient alguna d'aquestes situacions?

- Infant amb edat superior a 5 anys que mullen el llit més de dues vegades a la setmana, durant més de 3 mesos.
- Infant incontinent fecal recurrent, en absència de malaltia orgànica.

NO

- Seguiment habitual del Programa del nen sa.
- Prevenció primària.
- Prevenció secundària/detecció precoç.

SÍ

Tractament dels casos a l'atenció primària

Enuresis

Cal:

- Desaconsellar el "paquet".
- Abolir els càstigs.
- Evitar de ridiculitzar l'infant.
- Responsabilitzar l'infant en algú punt del procés (canviar els llençols...).
- Evitar de restringir la ingesta de líquids.
- Anotar les "nits seques" en un calendari, fent-ne un reforçament positiu.
- Establir una relació positiva entre l'infant i el professional.
- Establir un sistema de recompensa per cada "x" nits seques (són millors els premis que impliquin un reforç social que no pas un cost econòmic).
- Biblioteràpia. Determinades lectures poden ser útils (vg. bibliografia).
- Poden ser útils els grups de progenitors d'infants enurètics.

Encopresi

Cal:

- Explorar les desestructuracions o disfuncions familiars i/o educatives.
- Fomentar una dieta rica en fibra que afavoreixi l'evacuació de femtes toves.
- Establir un horari per tal d'educar l'intestí (intentar l'evacuació sempre a la mateixa hora i sense presses).
- Si té dolor per la presència de fissures, es poden utilitzar pomades tòpiques analgèsiques i, en el cas de fecalomes, es pot utilitzar un laxant.

RESOLUCIÓ DEL CAS?

SÍ

- Seguiment habitual del pacient.
- Prevenció secundària.

NO

DERIVACIÓ A SALUT MENTAL

Enuresis:

- Si no hi ha millora en els 3 mesos, una vegada s'ha iniciat el tractament per intentar modificar la conducta.
- Si es detecten conflictes emocionals en l'infant o desestructuració familiar.
- Si la presència de simptomatologia causa malestar significatiu en l'ordre social o acadèmic de l'infant.

Encopresi:

- Tots els casos d'encopresi persistent, si s'ha descartat una causa orgànica, han de ser derivats a salut mental.

TRASTORN DEL SON

Codi ECAP

F51: Trastorn no orgànic del son

F51.2: Trastorn no orgànic del cicle son-vigília

POBLACIÓ DIANA

Tota la població atesa fins als 15 anys d'edat.

FACTORS DE RISC

- Actitud d'acceptació o rebuig de l'infant pels pares.
- Condicions perinatals desfavorables.
- Mala vinculació pares-fill/a.
- Desviacions respecte al Programa del nen sa i els seus protocols.
- Desestructuració familiar.
- Depressió del cuidador principal.
- Altres trastorns mentals del cuidador principal.
- Monoparentalitat.
- Composició familiar.
- Disfuncions familiars.
- Factors ambientals que impliquen canvis adaptatius.
- Aïllament social.
- Maltractament, negligència o abandonament.
- Temperament difícil (ja observable en nadons).
- Debut de malalties cròniques.
- Estatus socioeconòmic molt desfavorable.

SENYALS D'ALARMA

- Por a dormir, a partir dels 30 mesos, o malsons durant 4 setmanes, gairebé totes les nits.
- Insomni expressat en forma de plors, durant 4 setmanes, gairebé totes les nits, acompanyat d'activitats motores elaborades com ara balanceig, cops de cap; gran insomni acompanyat de rebuig sistemàtic del contacte, desvinculació, apatia i falta de relacions socials; o insomni silenciós (aquells nadons que passen hores, de nit o de dia, desperts sense manifestar res, amb els ulls oberts).
- Hipersòmia, somnolència prolongada amb poca reactivitat i indiferència.
- Somnambulisme.

OBJECTIUS

- **Prevenció primària.**
- **Prevenció secundària/detecció precoç.**
- **Tractament dels casos.**

CRITERIS DE BONA PRÀCTICA

Prevenció primària:

- Grups de suport a les puèrperes per afavorir una bona vinculació mare-fill/a (alletament matern, massatge infantil, grups de pares per adquirir estratègies cognitivoconductuals a l'hora d'establir uns hàbits correctes en els infants).
- Compliment de les visites del Programa del nen sa.
- Pautes per establir un hàbit de son correcte (repetir un ritual, mantenir els horaris, disminuir els estímuls).
- Recull acurat de tota l'anamnesi de la vida de l'infant.
- Observació directa del comportament de l'infant i de la família.
- Si hi ha factors de risc: seguiment proper i individualitzat.

Prevenció secundària:

- Seguiment proper de l'infant i la família.
- Pautes per establir un hàbit de son correcte (vg. annex).
- Identificació d'un diagnòstic diferencial.
- Biblioteràpia per als pares. Algunes lectures relacionades amb el tema poden ser útils (bibliografia).

CRITERIS DE DERIVACIÓ

- Valoració de la complexitat o gravetat de la situació biopsicosocial, abans de la derivació.
- Interconsulta amb l'especialista, si hi ha més de 3 factors de risc associats més la presència d'un senyal d'alarma.
- Si no hi ha millora, després d'un mes de la intervenció des de l'atenció primària.

Bibliografia

- Tizón García JL, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso C, García Campayo J, Montón Franco C, Redondo Granado MJ. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. *Aten Primaria* 2001; 28 (supl. 2): 96-160.
- Bras J, De la Flor JE, Masvidal RM. *Pediatría en atención primaria*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1997.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública. Protocol de salut mental infantil i juvenil. Programa de seguiment del nen sa. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública; 1999.
- Pedreira Massa JL. *Protocolos de salud mental infantil para atención primaria*. Madrid: Editorial Libro del año; 1995.
- Sueño (Trastornos del sueño infantil). A: Tizón JL, San José J, Nadal D. *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental*. Vol. II. Barcelona: Herder; 1997 (pàgs. 113-120).

Biblioteràpia sobre trastorns del son

- Estivill E, Béjar S. *Nen, a dormir*. Barcelona: Editorial Plaza y Janés; 2001.
- Bello J, Bello MT. *Quiero dormir*. Barcelona: Salvat; 2000.
- Conesa MA. *Nuestro hijo no quiere dormir*. Barcelona: Salvat; 2000.
- Banks K, Hallensleben G. *Tanca els ulls*. Barcelona: Joventut; 2002.
- M. Mayer. *Un mal son al meu armari*. Barcelona: Kalandraka edicions; 2001.
- Vallejo-Nájera A. *No tinc son*. Barcelona: Grup promotor d'ensenyament i difusió català; 2004.
- Ende M. *Tragasueños*. Barcelona: Juventut; 1990.
- Dunbar J. *Explica'm alguna cosa alegre abans que m'adormi*. Barcelona: Timun Mas; 1998.
- Company M. *La nana Bunilda menja malsons*. Barcelona: Cruïlla; 1985.
- D. Geisler. *En Max no té son*. Barcelona: Joventut; 2001.

TRASTORNS DEL SON

FACTORS DE RISC

- Actitud d'acceptació o rebuig de l'infant pels pares.
- Condicions perinatales desfavorables.
- Mala vinculació pares-fill/a.
- Desviacions respecte al Programa del nen sa i els seus protocols.
- Desestructuració familiar.
- Depressió del cuidador principal.
- Altres trastorns mentals del cuidador principal.
- Monoparentalitat.
- Composició familiar.
- Disfuncions familiars.
- Factors ambientals que impliquen canvis adaptatius.
- Aïllament social.
- Maltractament, negligència o abandonament.
- Temperament difícil (ja observable en nadons).
- Debut de malalties cròniques.
- Estatus socioeconòmic molt desfavorable.

Presenta el pacient alguna d'aquestes situacions? (SENYALS D'ALARMA)

- Por a dormir, a partir dels 30 mesos, o malsos durant 4 setmanes, gairebé totes les nits.
- Insomni expressat en forma de plors, durant 4 setmanes, gairebé totes les nits, acompanyat d'activitats motores elaborades com ara balanceig, cops de cap; gran insomni acompanyat de rebuig sistemàtic del contacte, desvinculació, apatia i falta de relacions socials; o insomni silencios (aquells nadons que passen hores, de nit o de dia, desperts sense manifestar res, amb els ulls oberts).
- Hipersòmnia, somnolència prolongada amb poca reactivitat i indiferència.
- Somnambulisme.

SÍ

Cal:

- Fer interconsulta a salut mental.
- Derivar a salut mental (si hi ha criteris).

NO

Tractament dels casos a l'atenció primària

- Pautes per establir un hàbit de son correcte (vg. annex).
- Identificació del diagnòstic diferencial.
- Biblioteràpia per als pares. Algunes lectures relacionades amb el tema poden ser útils (bibliografia).

RESOLUCIÓ DEL CAS?

SÍ

- Seguiment habitual del pacient.

NO

DERIVACIÓ A SALUT MENTAL

- Valoració de la complexitat o gravetat de la situació biopsicosocial, abans de la derivació.
- Interconsulta amb l'especialista, si hi ha més de 3 factors de risc associats (exclòs el maltractament, que requereix una actuació específica), més la presència d'un senyal d'alarma.
- Si no millora després d'un mes de la intervenció des de l'Atenció primària

- No s'ha de prescriure, d'entrada, cap psicofàrmac (hipnòtic o d'un altre tipus) pels seus efectes a mitjà i a llarg termini sobre el desenvolupament; els psicofàrmacs, cal reservar-los per quan hagin fracassat les mesures psicoterapèutiques i/o familiars i existeixi un diagnòstic precís.
- La retirada dels psicofàrmacs ha de ser sempre progressiva, i s'ha d'avisar els pares de la possibilitat d'un efecte rebot.
- Cal ajudar els pares a comprendre els temors del nen i els seus propis, en virtut de la relació familiar, l'edat evolutiva, etc.: la separació per anar a dormir és una separació més, que promou *ansietats davant la separació*. S'ha d'ajudar els pares perquè les comprenguin i *contactin* amb elles (tant des del punt de vista preventiu com del terapèutic).
- S'han d'evitar les coles, la xocolata i els excitants durant la tarda i el vespre.
- Cal procurar que l'infant dormi sol, almenys des d'abans del final de la lactància, en una habitació pròpia, si és possible. Si ha de compartir-la, s'ha de procurar que sigui amb un infant del mateix sexe. S'ha de procurar que la separació dels pares no coincideixi amb l'apogeu de la vivència de les *primeres posicions depressives* (segon-tercer mes) ni després, amb les ansietats de separació-individuació, pròpies del segon any de vida.
- Cal pensar que aquests trastorns tenen relació amb la manca de límits i/o el desbordament per l'ansietat. Com facilitar en aquesta família concreta la introducció de límits benivolents en les relacions amb l'infant?
- No és necessari, per principi, deixar obertes les portes de l'habitació o els llums encesos. Aquest costum té a veure amb identifications projectives massives de les fòbies dels pares en l'infant, més que amb les necessitats del fill/a.
- Si l'infant estava acostumat a aquestes "precaucions", cal tendir progressivament al son sense llums encesos, per exemple, amb un temps intermedi amb llums pilots i amb les portes, almenys, mig tancades (també progressivament).
- Amb infants de més de 2 anys, s'ha de procurar que la porta de l'habitació dels pares estigui tancada, en especial, quan tinguin relacions sexuals.
- Si l'infant mostra temors o resistències per anar al llit, un dels dos progenitors pot acompanyar-lo (no sempre el mateix) i quedar-se uns minuts amb ell. És un bon moment per llegir o explicar contes, històries, repassar els successos del dia... És un bon moment per millorar la relació amb l'infant, ajudar-lo a reparar, ajudar-lo en la direcció d'obtenir una autonomia "continguda".
- En aquests casos *convé no estirar-se en el mateix llit que l'infant*, excepte en moments excepcionals. Si reclama el contacte físic, se li pot donar la mà o permetre que toqui els pares, els agafi...
- Si l'infant té tendència a anar a dormir al llit dels pares, per dificultats amb el seu son o per altres motius relacionals, val la pena acollir els seus temors, deixar-lo estar uns minuts al llit amb ells i *tornar-lo a la seva habitació*. Això suposarà, quasi sempre, sobretot al principi, que un dels dos progenitors hagi de quedar-se uns minuts amb ell a l'habitació, fins que s'adormi.
- Quan les dificultats són ja cròniques, aquestes dues normes anteriors són a la vegada més difícils d'aplicar i més necessàries.

ANNEX: Normes i indicacions preventives i terapèutiques sobre el son infantil

Adaptat de: Sueño (Trastornos del sueño infantil). A: Tizón JL, San José J, Nadal D. Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental. Vol. II. Barcelona: Herder; 1997 (pàgs. 113-120).

TRASTORN EN LA COMUNICACIÓ I EN LA RELACIÓ

Codi ECAP

Z63.1: Problemes en la relació amb els pares i altres familiars.

F80: Trastorns específics del desenvolupament de la parla i el llenguatge.

I00060: Interrupció dels processos familiars

POBLACIÓ DIANA

Tota la població atesa fins als 15 anys d'edat.

OBJECTIUS

- Promoció d'activitats preventives per fomentar factors protectors del desenvolupament mental de l'infant.
- Detecció precoç dels signes i símptomes de retard en el desenvolupament mental de l'infant abans que evolucionin a un trastorn greu.
- Tractament i/o derivació i seguiment dels casos detectats que ho requereixin.

FACTORS DE RISC

- Actitud d'acceptació o rebuig de l'infant pels pares.
- Condicions perinatals desfavorables.
- Mala vinculació mare-fill/a.
- Desviacions respecte al Programa del nen sa i els seus protocols.
- Desestructuració familiar (separació parental).
- Monoparentalitat.
- Composició familiar.
- Antecedents de depressió en els pares.
- Factors ambientals que impliquen canvis adaptatius.
- Aïllament social.
- Maltractament, negligència o abandonament.
- Temperament difícil (ja observable en nadons).
- Debut de malalties cròniques.
- Estatus socioeconòmic molt desfavorable.

SENYALS D'ALARMA

- Absència de contacte visual (l'infant evita sistemàticament la mirada de les persones; només mira els objectes; no fa seguiment visual; té la mirada perduda).
- Absència de somriure o somriure infreqüent (l'infant està absorbt en si mateix, té un estat d'ànim caracteritzat per la irritabilitat i tristesa, més que pel retraïment).
- Conductes agressives atípiques (automutilació, cops al cap, agressió perillosa a si mateix o als altres).
- Parla que segueix un patró peculiar: ecolàlia, inversió de pronoms, hiperinterrogació, verborrea, parla incoherent, quequeig que comporta dificultats de relació i/o aprenentatge).
- Falta de resposta a estímuls socials (afectes inapropiats al context de les situacions, inclinació exagerada a les persones o, a la inversa, absència de contactes interpersonals, insociabilitat).
- Infant difícil de calmar, amb intolerància a la frustració.
- Aïllament o inhibició social important (sobredependència de l'adult, no sap jugar en grup, reaccions emocionals excessives quan perd, dificultats per fer amics i per conservar-los).
- Desconnexió amb els contextos quotidians (respostes fora de lloc, no s'assabenta de què passa al seu voltant).

ASPECTES CLAU QUE CAL VALORAR

- La diferenciació mare-fill/a és un procés complex, en moltes ocasions traumàtic perquè les ansietats que el bebè experimenta són molt intenses i tendeix a refugiar-se en la mare. Si l'infant supera bé aquesta etapa, iniciarà un procés evolutiu normal. Si la mare agafa l'infant, l'escolta i intenta entendre'l, li facilitarà aquest moment de separació. Una mare que no tolera el plor del bebè, no l'escolta, el balanceja ansiosament i li transmet les seves angories, dificulta el procés de diferenciació mare-fill/a.

PREGUNTES CLAU INICIALS

- Fixa la mirada?
- Somriu?
- Té conductes agressives?
- Parla de forma correcta?
- Es mostra sociable?
- Es relaciona amb l'entorn de forma adequada?

CRITERIS DE BONA PRÀCTICA



A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Prevenició primària:

- Grups de suport a les puèrperes (alletament matern, massatge infantil, grups de pares per adquirir estratègies cognitivoconductuals a l'hora d'establir uns hàbits correctes en els infants).
- Compliment de les visites del Programa del nen sa.
- Recull acurat de tota l'anamnesi de la vida de l'infant.
- Observació directa del comportament de l'infant i de la família.
- Si hi ha factors de risc: cal un seguiment proper i individualitzat.
- Afavoriment de les funcions maternes i paternes.

Prevenició secundària (presència de senyals d'alarma):

- Seguiment proper de l'infant i la família.
- Orientació a la família en les tècniques per extingir les conductes inadequades i fomentar el reforçament positiu.
- Identificació del diagnòstic diferencial.
- Valoració de la complexitat o gravetat de la situació biopsicosocial abans de la derivació.
- Interconsulta a l'especialista si hi ha més de 3 factors de risc associats, exclòs el maltractament (que requereix una actuació específica), o bé la presència d'un senyal d'alarma.



CRITERIS DE DERIVACIÓ

- Si s'acumulen diversos senyals d'alarma.
- Si es troben simultàniament factors de risc i senyals d'alarma.
- Si es detecta un trastorn greu de la comunicació o relació.

Bibliografia

- Bras J, De la Flor JE, Masvidal RM. *Pediatría en atención primaria*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1997.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública. *Protocol de salut mental infantil i juvenil. Programa de seguiment del nen sa*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública; 1999.
- *Guía de actuación en atención primaria. Segunda edición*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2002.
- Tizón García JL, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso C, García Campayo J, Montón Franco C, Redondo Granado MJ. *Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud*. *Aten Primaria* 2001; 28 (supl. 2): 96-160.
- Ezpeleta, L. *La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes*. Madrid: Editorial Síntesis; 2001.

TRASTORN EN LA COMUNICACIÓ I EN LA RELACIÓ

FACTORS DE RISC

- Actitud d'acceptació o rebuig de l'infant pels pares.
- Condicions perinatals desfavorables. Mala vinculació mare-fill/a.
- Desviacions respecte al Programa del nen sa i els seus protocols.
- Desestructuració familiar (separació parental). Monoparentalitat.
- Composició familiar.
- Antecedents de depressió en els pares.
- Factors ambientals que impliquen canvis adaptatius.
- Aïllament social. Maltractament, negligència o abandonament.
- Temperament difícil (ja observable en nadons).
- Debut de malalties cròniques.
- Estatus socioeconòmic molt desfavorable.

NO

PREVENCIÓ PRIMÀRIA

- Grups de suport a les puèrperes (alletament matern, massatge infantil, grups de pares per adquirir estratègies cognitivoconductuals a l'hora d'establir uns hàbits correctes en els infants).
- Compliment de les visites del Programa del nen sa.
- Recull acurat de tota l'anamnesi de vida de l'infant.
- Observació directa del comportament de l'infant i de la família.
- Si hi ha factors de risc: seguiment proper i individualitzat.
- Afavoriment de les funcions maternes i paternes.

SÍ

SENYALS D'ALARMA

- Absència de contacte visual (l'infant evita sistemàticament la mirada de les persones; només mira els objectes; no fa seguiment visual; té la mirada perduda).
- Absència de somriure o somriure infreqüent (l'infant està absorbt en si mateix, té un estat d'ànim caracteritzat per la irritabilitat i tristesa, més que pel retraïment).
- Conductes agressives atípiques (automutilació, cops al cap, agressió perillosa a si mateix o als altres).
- Parla que segueix un patró peculiar: ecolàlia, inversió de pronoms, hiperinterrogació, verborrea, parla incoherent, quequeig que comporta dificultats de relació i/o aprenentatge).
- Falta de resposta a estímuls socials (afectes inapropiats al context de les situacions, inclinació exagerada a les persones o, a la inversa, absència de contactes interpersonals, insociabilitat).
- Infant difícil de calmar, amb intolerància a la frustració.
- Aïllament o inhibició social important (sobredependència de l'adult, no sap jugar en grup, reaccions emocionals excessives quan perd, dificultats per fer amics i per conservar-los).
- Desconnexió amb els contextos quotidians (respostes fora de lloc, no s'assabenta de què passa al seu voltant).

SÍ

ASPECTES CLAU QUE CAL VALORAR

La diferenciació mare-fill/a és un procés complex, en moltes ocasions traumàtic, perquè les ansietats que el bebè experimenta són molt intenses i tendeix a refugiar-se en la mare. Si l'infant supera bé aquesta etapa, iniciarà un procés evolutiu normal. Si la mare agafa l'infant, l'escolta i intenta entendre'l, li facilitarà aquest moment de separació. Una mare que no tolera el plor del bebè, no l'escolta, el balanceja ansiosament i li transmet les seves angoixes dificulta el procés de diferenciació mare-fill/a.

PREGUNTES CLAU INICIALS

- Fixa la mirada?
- Somriu?
- Té conductes agressives?
- Parla de forma correcta?
- Es mostra sociable?
- Es relaciona amb l'entorn de forma adequada?

PREVENCIÓ SECUNDÀRIA

- Seguiment proper de l'infant i de la família.
- Orientació a la família per establir uns hàbits correctes.
- Identificació del diagnòstic diferencial.
- Valoració de la complexitat o gravetat de la situació biopsicosocial abans de la derivació.
- Interconsulta a l'especialista si hi ha més de 3 factors de risc associats, o bé la presència d'un senyal d'alarma.

CRITERIS DE DERIVACIÓ

- Si s'acumulen diversos senyals d'alarma.
- Si es troben simultàniament factors de risc i senyals d'alarma.
- Si es detecta un trastorn greu de la comunicació o relació.

TRASTORN DE L'ALIMENTACIÓ: L'INFANT QUE NO MENJA!

Codi ECAP

R63: Anorèxia.

F50: Trastorn de la conducta alimentària

F50.9: Trastorn de l'alimentació.

I00014: Làctancia materna ineficaç

OBJECTIUS

- Promoció d'activitats preventives que fomentin una conducta alimentària adequada.
- Detecció precoç dels signes i símptomes dels trastorns del comportament alimentari.
- Explicació als pares de les normes que ajuden a superar el conflicte amb l'alimentació de l'infant.

SENYALS D'ALARMA

- Inapetència persistent (si ingereix molt poca quantitat d'aliment o si la durada de l'àpat és de més de 60 minuts).
- Rebuig d'aliments sòlids després dels 6-8 mesos.
- Vòmits d'origen funcional: acompanyats de reaccions emocionals intenses (angoixes) o d'intents de vomitar (introduint-se el dit o algun objecte a la boca) o vòmits després de menjar en infants inapetents, que es deixen alimentar de forma passiva.
- Mericisme: ruminació més vòmit (l'aliment retorna a la boca). Acostuma a aparèixer en el segon semestre de la vida.
- Pica: ingestió de substàncies no alimentàries (per exemple: terra, papers, guix, etc.).
- Trastorns digestius d'origen funcional (restrenyiments o diarrees regulars).
- Infant a qui, habitualment, s'ha de forçar a menjar.

ASPECTES CLAU QUE CAL VALORAR

- A través de l'alimentació s'estructura l'eix d'interacció més primari entre la mare i l'infant. Al nadó, tota la part afectiva se li transmet per funcions parentals satisfactòries: tal com se li dona l'aliment, se li transmet tranquil·litat i seguretat. L'actitud de la mare a l'etapa de la primera infància i preescolar és molt important per afavorir experiències gratificants que ajudin l'infant a estructurar elements de confiança amb el seu entorn i a suportar les frustracions de manera adequada al llarg del seu desenvolupament.
- Valoració d'una eventual conflictivitat familiar, que pot influir en la conducta de l'infant amb el menjar.

CRITERIS DE BONA PRÀCTICA

Prevenió primària

- Grups de suport a les puèrperes (alletament matern, massatge infantil, grups de pares per adquirir estratègies cognitivoconductuals a l'hora d'establir uns hàbits correctes en els infants).
- Compliment de les visites del Programa del nen sa.
- Recull acurat de tota l'anamnesi de la vida de l'infant.
- Observació directa del comportament de l'infant i de la família.

Prevenió secundària (diagnòstic precoç):

- Seguiment proper de l'infant i de la família
- Orientació a la família per establir un hàbit alimentari correcte.
- Identificació del diagnòstic diferencial amb malalties que cursin amb inapetència o trastorns de la deglució objectiva.

PROPORCIONAR NORMES BÀSIQUES EDUCATIVES ALS PARES

(Vàlides sobretot per a l'etapa preescolar i els primers anys d'escolarització)

- 1- S'ha d'evitar de forçar l'infant a ingerir quantitats desmesurades de menjar. Cal prioritzar la qualitat per sobre de la quantitat.
- 2- S'ha d'evitar de castigar o premiar l'infant amb el menjar, ja que així es reforça una conducta negativa.
- 3- Cal distribuir els àpats regularment. S'han d'oferir 4 àpats al dia: ESMORZAR, DINAR, BERENAR, SOPAR i, opcionalment, es pot incloure un RESSOPÓ.
- 4- Cal presentar els aliments de forma atractiva.
- 5- S'han d'introduir aliments nous de forma gradual. Cal mostrar-se alegre quan l'infant accepta nous aliments.
- 6- Cal permetre l'infant "jugar amb el menjar" quan se'l menja, però sense interrompre el procés de cada àpat (així pot "experimentar amb el menjar").
- 7- S'ha d'evitar d'oferir-li altres aliments en substitució dels rebutjats, ja que així s'estimula el comportament capriciós.
- 8- Cal jugar amb les presentacions i les coccions, per tal de fer-li més agradables els aliments. Per exemple, les verdures no només es poden menjar bullides o en puré.
- 9- S'han d'evitar els aliments poc nutritius, que treguin la gana.
- 10- Cal procurar menjar a la mateixa hora tota la família i establir un límit de temps (30 minuts, com a temps orientatiu). Una vegada passat aquest temps, s'ha de retirar el menjar de la taula.
- 11- S'han de fer agradables les hores dels àpats. Cal evitar la insistència sistemàtica i els retrets per no menjar.
- 12- Cal incentivar l'infant a fer exercici físic regularment.
- 13- S'ha de desangoixar els pares.

CRITERIS DE DERIVACIÓ

- En cas de vòmits o diarrees persistents: cal fer un estudi digestiu.
- Si es detecta un trastorn objectiu de la deglució: cal derivar l'infant a neurologia.
- Si es detecta una persistència de la conducta negativa cap al menjar i, simultàniament, una psicopatologia greu en els pares, cal derivar l'infant i els pares a salut mental.

Bibliografia

- Bras J, De la Flor JE, Masvidal RM. *Pediatría en Atención Primaria*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1997.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública. *Protocol de salut mental infantil i juvenil. Programa de seguiment del nen sa*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública; 1999.
- *Guía de actuación en atención primaria. Segunda edición*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2002.
- Tizón García JL, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso C, García Campayo J, Montón Franco C, Redondo Granado MJ. *Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud*. *Aten Primaria* 2001; 28 (supl. 2): 96-160.
- Ezpeleta, L. *La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes*. Madrid: Ed. Síntesis; 2001.
- Vázquez C, Alcaraz F, Garriga M, Martín E, Montagna MC, Ruperto MM, Secos J. *Qué hacer ante un niño que no come*. Disponible a: <http://www.fisterra.com/salud/1info-Conse/PDF/queHacerNinoNoCome.pdf>

TRASTORN DE L'ALIMENTACIÓ: L'INFANT QUE NO MENJA!

ASPECTES CLAU QUE CAL VALORAR

- A través de l'alimentació s'estructura l'eix d'interacció més primari entre mare i fill/a. L'actitud de la mare en l'etapa de la primera infància i preescolar és molt important per afavorir experiències gratificants.
- Valoració d'una eventual conflictitat familiar, que pot influir en la conducta de l'infant amb el menjar.

CRITERIS DE BONA PRÀCTICA

Prevenió primària

- Grups de suport a les puèrperes (alletament matern, massatge infantil, grups de pares per adquirir estratègies cognitivoconductuals a l'hora d'establir uns hàbits correctes en els infants).
- Compliment de les visites del Programa del nen sa.
- Recull acurat de tota l'anamnesi de la vida de l'infant.
- Observació directa del comportament de l'infant i de la família.

Prevenió secundària (diagnòstic precoç):

- Seguiment proper de l'infant i la família.
- Orientació a la família per establir un hàbit alimentari correcte.
- Identificació del diagnòstic diferencial amb malalties que cursin amb inapetència o trastorns de la deglució objectiva.

PROPORCIONAR NORMES BÀSIQUES EDUCATIVES ALS PARES

(Vàlides sobretot per a l'etapa preescolar i els primers anys d'escolarització)

- 1- S'ha d'evitar forçar l'infant a ingerir quantitats desmesurades de menjar. Cal prioritzar la qualitat per sobre de la quantitat.
- 2- S'ha d'evitar de castigar o premiar l'infant amb el menjar, ja que així es reforça una conducta negativa.
- 3- Cal distribuir els àpats regularment. S'han d'oferir 4 àpats al dia: ESMORZAR, DINAR, BERENAR, SOPAR i, opcionalment, es pot incloure un RESSOPÓ.
- 4- Cal presentar els aliments de forma atractiva.
- 5- S'han d'introduir els aliments nous de forma gradual. Cal mostrar-se alegre quan l'infant accepta nous aliments.
- 6- Cal permetre l'infant "jugar amb el menjar" quan se'l menja, però sense interrompre el procés de cada àpat (així pot "experimentar amb el menjar").
- 7- S'ha d'evitar d'oferir-li altres aliments en substitució dels rebutjats, ja que així s'estimula el comportament capriciós.
- 8- Cal jugar amb les presentacions i les coccions, per tal de fer-li més agradables els aliments. Per exemple, les verdures no només es poden menjar bullides o en puré.
- 9- S'han d'evitar els aliments poc nutritius, que treguin la gana.
- 10- Cal procurar menjar a la mateixa hora tota la família i establir un límit de temps (30 minuts, com a temps orientatiu). Una vegada ha passat aquest temps s'ha de retirar el menjar de taula.
- 11- S'han de fer agradables les hores dels àpats. Cal evitar la insistència sistemàtica i els retrets per no menjar.
- 12- Cal incentivar l'infant a fer exercici físic regularment.
- 13- S'ha de desangoixar els pares.

SENYALS D'ALARMA

- Inapetència persistent (l'infant ingereix molt poca quantitat d'aliment o la durada de l'àpat és de més de 60 minuts).
- Rebuig dels aliments sòlids després dels 6-8 mesos.
- Vòmits d'origen funcional: acompanyats de reaccions emocionals intenses (angoixes) o d'intents de vomitar (introduint-se el dit i algun objecte a la boca) o després de menjar, en infants inapetents, que es deixen alimentar de forma passiva.
- Mericisme: ruminació més vòmit (l'aliment retorna a la boca). Acostuma a aparèixer en el segon semestre de vida.
- Pica: ingestió de substàncies no alimentàries (per exemple, terra, papers, guix, etc.).
- Trastorns digestius d'origen funcional (restrenyiments o diarrees regulars).
- Infant a qui, habitualment, s'ha de forçar a menjar.



SÍ

CAL VALORAR LA NECESSITAT DE DERIVACIÓ

CRITERIS DE DERIVACIÓ

- En cas de vòmits o diarrees persistents: cal fer un estudi digestiu.
- Si es detecta un trastorn objectiu de la deglució: cal derivar l'infant a neurologia.
- Si es detecta una persistència de la conducta negativa cap al menjar i simultàniament una psicopatologia greu en els pares, cal derivar l'infant i els pares a salut mental.

TRASTORN DEL COMPORAMENT/CONDUCTA

Codi ECAP

F91.9: Trastorn de la conducta.

POBLACIÓ DIANA

Tota la població atesa fins als 15 anys d'edat.

OBJECTIUS

- Promoció d'activitats preventives per fomentar aquells factors identificats com a protectors perquè l'infant, juntament amb els seus pares, pugui fer front de manera saludable al conjunt d'esdeveniments vitals particulars que poden produir reaccions psicològiques d'inadaptació o trastorns.
- Detecció precoç dels trastorns del comportament o de la conducta de l'infant abans que evolucioni a un trastorn greu.
- Tractament, seguiment i/o derivació dels casos que ho requereixin.

FACTORS DE RISC

- Actitud d'acceptació o rebuig de l'infant pels pares.
- Condicions perinatals desfavorables.
- Mala vinculació mare-fill/a.
- Desviacions respecte al Programa del nen sa.
- Desestructuració o disfuncions familiars importants.
- Monoparentalitat, composició familiar.
- Antecedents de patologia mental en els pares.
- Factors ambientals que impliquen canvis adaptatius.
- Aïllament social.
- Maltractament, negligència o abandonament.
- Temperament difícil (ja observable en nadons).
- Estats socioeconòmics molt desfavorables.
- Alteracions sensorials (vista, oïda...) en pares i infants.
- Debut de malalties cròniques (hospitalitzacions...).

SENYALS D'ALARMA

(sempre que es presentin regularment, siguin d'intensitat forta o mitjana, i desbordin les capacitats de tolerància i contenció dels pares o educadors).

- Apnees del plor.
- Crisis de còlera.
- Oposicionisme-negativisme.
- Conductes agressives.
- Baixa tolerància a la frustració (infant difícil de calmar).
- Impulsivitat, enrabiades, rebel·lia.
- Mentides reiterades.
- Dificultats per incorporar i assumir normatives escolars i familiars.
- Robatoris i comportaments destructius.
- Agressions a persones i animals.
- Excés de moviment sense finalitat (hiperactivitat), en més d'un ambient (a la llar, a l'escola, al parc, etc.).
- Extrema passivitat i inhibició (infant excessivament "bo").
- Regressions a conductes d'infants més petits.
- Consum de drogues.

ASPECTES CLAU QUE CAL VALORAR

S'ha de tenir en compte que tots els infants presenten problemes de comportament en un moment o altre de la seva vida i s'ha de diferenciar el que és un problema i el que és un trastorn.

Els problemes acostumen a ser transitoris i desapareixen quan s'enfoquen bé. De fet, si es consideren problemes és per la manera que té la família d'entendre certs comportaments que li provoquen malestar i ansietat.

El trastorn és aquella conducta desviada, fixada o de manifestació emocional massa intensa davant de causes que no la justifiquen, però que, en general, són comportaments que poden ser modificats mitjançant una intervenció terapèutica.

PREGUNTES CLAU INICIALS

- L'infant s'enfada, té crisis de còlera o de plor incontrolables?
- L'infant és agressiu i/o excessivament impulsiu?
- Menteix i/o desobeeix de forma reiterada?
- Presenta hiperactivitat, o bé, excessiva passivitat?

CRITERIS DE BONA PRÀCTICA



A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Prevenió primària

- Grups de suport a les puèrperes per afavorir una bona vinculació mare-fill/a (alletament matern, massatge infantil, grups de pares).
- Compliment de les visites del Programa del nen sa.
- Consell als pares sobre què s'espera del bebè quant al comportament i com estimular-lo en cada edat.
- Recull acurat de tota l'anamnesi de la vida de l'infant.
- Observació directa del comportament de l'infant i de la família.

Prevenió secundària (diagnòstic precoç):

- Seguiment proper de l'infant i de la família.
- Pautes per establir normes i hàbits sobre: com extingir conductes indesitjables i com potenciar aquelles que considerem adequades (tècnica del "temps-fora", reforçament positiu, establiment de límits...).
- Biblioteràpia. Algunes lectures poden ser útils (bibliografia).
- Elaboració d'un diagnòstic diferencial respecte dels trastorns orgànics definits.
- Valoració de la complexitat o gravetat de la situació biopsicosocial abans de la derivació.
- Abans de fer el diagnòstic definitiu del trastorn per hiperactivitat, amb dèficit d'atenció o sense, cal derivar l'infant a un psiquiatre infantil amb experiència.
- Evitació de tractar farmacològicament, d'entrada, el trastorn per hiperactivitat, amb dèficit d'atenció o sense, sense valorar abans l'efecte dels canvis en la vida quant a les relacions i els afectes de l'infant que poden contribuir a millorar la seva actitud.
- Interconsulta a l'especialista quan, després d'un mes d'intervenció amb la família i l'infant, no s'observa cap millora en la conducta de l'infant.

CRITERIS DE DERIVACIÓ

- Si s'acumulen diversos senyals d'alarma.
- Si es troben simultàniament factors de risc i senyals d'alarma.

Bibliografia

- Bras J, De la Flor JE, Masvidal RM. *Pediatría en atención primaria*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1997.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública. *Protocol de salut mental infantil i juvenil. Programa de seguiment del nen sa*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública; 1999.
- *Guía de actuación en atención primaria. Segunda edición*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2002.
- Tizón García JL, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso C, García Campayo J, Montón Franco C, Redondo Granado MJ. *Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud*. *Aten Primaria* 2001; 28 (supl. 2): 96-160.
- Ezpeleta, L. *La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes*. Madrid: Editorial Síntesis; 2001.

Biblioteràpia

- Company M. *Una mentida llarga i grassona*. Barcelona: Plaza i Janés; 1990.
- Santiago R, García-Clairac S. *Pat Garret i Billy el nen mai no van tenir nòvia*. Barcelona: Edebé; 2003.
- Alcàntara R. *Renoi, que llesta que és, la mare!* Barcelona: Combel; 2001.
- Turecki S. *El niño difícil*. Barcelona: Editorial Medici; 2003.
- Andreu M, Pierola M. *La senyora Desastre*. Barcelona: Edebé; 1998.
- Gisbert JM. *El guardián del olvido*. Madrid: Ediciones SM; 1990.
- Carranza M. *Filomena Ficalapota*. Barcelona: Cruïlla; 1992.

TRASTORN DEL COMPORTAMENT/CONDUCTA

FACTORS DE RISC

- Actitud d'acceptació o rebuig de l'infant pels pares.
- Condicions perinatals desfavorables.
- Mala vinculació mare-fill/a.
- Desviacions respecte al Programa del nen sa.
- Desestructuració o disfuncions familiars importants.
- Monoparentalitat, composició familiar.
- Antecedents de patologia mental en els pares.
- Factors ambientals que impliquen canvis adaptatius.
- Aïllament social.
- Maltractament, negligència o abandonament.
- Temperament difícil (ja observable en nadons).
- Estats socioeconòmics molt desfavorables.
- Alteracions sensorials (vista, oïda...) en pares i infants.
- Debut de malalties cròniques (hospitalitzacions...).

NO

SEGUIMENT HABITUAL DEL PACIENT

Prevenió primària

- Grups de suport a les puèrperes per afavorir una bona vinculació mare-fill/a (alletament matern, massatge infantil, grups de pares).
- Compliment de les visites del Programa del nen sa.
- Consell als pares sobre què s'espera del bebè quant al comportament i com estimular-lo en cada edat.
- Recull acurat de tota l'anamnesi de vida de l'infant.
- Observació directa del comportament de l'infant i la família.

ASPECTES CLAU A VALORAR

S'ha de tenir en compte que tots els infants presenten problemes de comportament en un moment o altre de la seva vida i s'ha de diferenciar el que és un problema i el que és un trastorn. Els problemes acostumen a ser transitoris i desapareixen quan s'enfoquen bé. De fet, si es consideren problemes és per la manera que té la família d'entendre certs comportaments que li provoquen malestar i ansietat. El trastorn és aquella conducta desviada, fixada o de manifestació emocional massa intensa davant de causes que no la justifiquen, però que, en general, són comportaments que poden ser modificats mitjançant una intervenció terapèutica.

SÍ

SENYALS D'ALARMA

(sempre que es presentin regularment, siguin d'intensitat forta o mitjana i desbordin les capacitats de tolerància i contenció dels pares o educadors).

- Apnees del plor.
- Crisis de còlera.
- Oposicionisme-negativisme.
- Conductes agressives.
- Baixa tolerància a la frustració (infant difícil de calmar).
- Impulsivitat, enrabiades, rebel·lia.
- Mentides reiterades.
- Dificultats per incorporar i assumir normatives escolars i familiars.
- Robatoris i comportaments destructius.
- Agressions a persones i animals.
- Excés de moviment sense finalitat (hiperactivitat), en més d'un ambient (a la llar, a l'escola, al parc, etc.).
- Extrema passivitat i inhibició (l'infant excessivament "bo").
- Regressions a conductes d'infants més petits.
- Consum de drogues.

PREGUNTES CLAU INICIALS

- L'infant s'enfada, té crisis de còlera o de plor incontrolables?
- L'infant és agressiu i/o excessivament impulsiu?
- Menteix i/o desobeeix de forma reiterada?
- Presenta hiperactivitat, o bé, excessiva passivitat?

SÍ

CRITERIS DE DERIVACIÓ

- Si s'acumulen diversos senyals d'alarma.
- Si es troben simultàniament factors de risc i senyals d'alarma.

Prevenió secundària (diagnòstic precoç):

- Seguiment proper de l'infant i de la família.
- Pautes per establir normes i hàbits sobre: com extingir conductes indesitjables i com potenciar aquelles que considerem adequades (tècnica del "temps-fora", reforçament positiu, establiment de límits...).
- Biblioteràpia. Algunes lectures poden ser útils (bibliografia).
- Elaboració d'un diagnòstic diferencial respecte dels trastorns orgànics definits.
- Valoració de la complexitat o gravetat de la situació biopsicosocial abans de la derivació.
- Abans de fer el diagnòstic definitiu del trastorn per hiperactivitat amb dèficit d'atenció o sense, cal derivar l'infant a un psiquiatre infantil amb experiència.
- Evitació de tractar farmacològicament, d'entrada, el trastorn per hiperactivitat amb dèficit d'atenció o sense, abans de valorar l'efecte dels canvis en la vida quant a les relacions i els afectes de l'infant que poden contribuir a millorar la seva actitud.
- Interconsulta amb l'especialista quan, després d'un mes de la intervenció amb la família i l'infant, no s'observa cap millora en la conducta de l'infant.

TRASTORN PSICOSOMÀTIC

Codi ECAP

F 45: Trastorn psicossomàtic.

OBJECTIUS

- Detectar precoçment la presència de símptomes físics no explicables per malalties diagnosticables ben definides o de lesions que suggereixen un lligam psicològic.
- Avaluar l'estat emocional de l'infant/adolescent i les seves relacions.
- Derivar els casos que requereixin tractament pels serveis de salut mental.

FACTORS DE RISC

- Circumstàncies de l'embaràs i de la concepció desfavorables.
- Actitud d'acceptació o rebuig de l'infant pels pares.
- Condicions perinatals desfavorables.
- Mala vinculació mare-fill/a.
- Desviacions respecte al Programa del nen sa i els seus protocols.
- Desestructuració familiar (separació parental).
- Característiques dels pares (monoparentalitat, composició familiar, antecedents de depressió en els pares, consum de tòxics, dèficits sensorials, pares ingressats a una institució).
- Factors ambientals que impliquen canvis adaptatius.
- Aïllament social.
- Maltractament, negligència o abandonament.
- Temperament difícil (ja observable en nadons).
- Debut de malalties cròniques.
- Estatus socioeconòmic molt desfavorable.

SÍMPTOMES D'ALARMA:

- Conductuals (alteracions alimentàries, en el ritme del son, en el control d'esfínters; tics motors i fònics).
- Queixes somàtiques (dolors recorrents com ara mal de cap, abdominàlgies, àlgies migratòries).
- Plaques de pelades.
- Vòmits i nàusees.
- Estats atòpics.
- Espasmes del plor.
- Nens/adolescents hiperfreqüentadors.

PREGUNTES INICIALS CLAU

L'infant presenta alteracions alimentàries? Alteracions en el ritme del son? En el control dels esfínters? Presenta tics motors o fònics?

L'infant té dolors recorrents com ara mal de cap, dolor abdominal, vòmits o nàusees o àlgies migratòries?

L'infant o la família han detectat plaques de pelades, estats atòpics o espasmes mentre plora?

ASPECTES CLAU QUE CAL VALORAR

El símptoma psicossomàtic té un paper privilegiat en el sistema d'interacció mare-fill/a i s'ha de valorar des d'aquesta perspectiva. Les manifestacions somàtiques de l'infant s'han d'entendre com una dificultat per viure i expressar els sentiments i les emocions mitjançant l'aparell mental. L'emoció que ha experimentat, no es pot suportar i s'expressa a través del cos. La vinculació emocional del professional amb l'infant/adolescent (i els pares) és fonamental.

CRITERIS DE BONA PRÀCTICA



A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

- Seguiment proper de l'infant i la família.
- Identificació de quan es produeix el símptoma i si té relació amb algun esdeveniment particular (separació dels pares, inici de l'escolaritat, naixement d'un germà...).
- Pautes de relaxació, jocs, contes que ajudin l'infant a expressar sentiments; recomanació d'exercici físic.
- Diagnòstic diferencial d'altres trastorns orgànics definits.
- Valoració de la complexitat o gravetat de la situació biopsicosocial abans de la derivació.
- Interconsulta a l'especialista si hi ha més de 3 factors de risc associats, o bé la presència d'un senyal d'alarma.



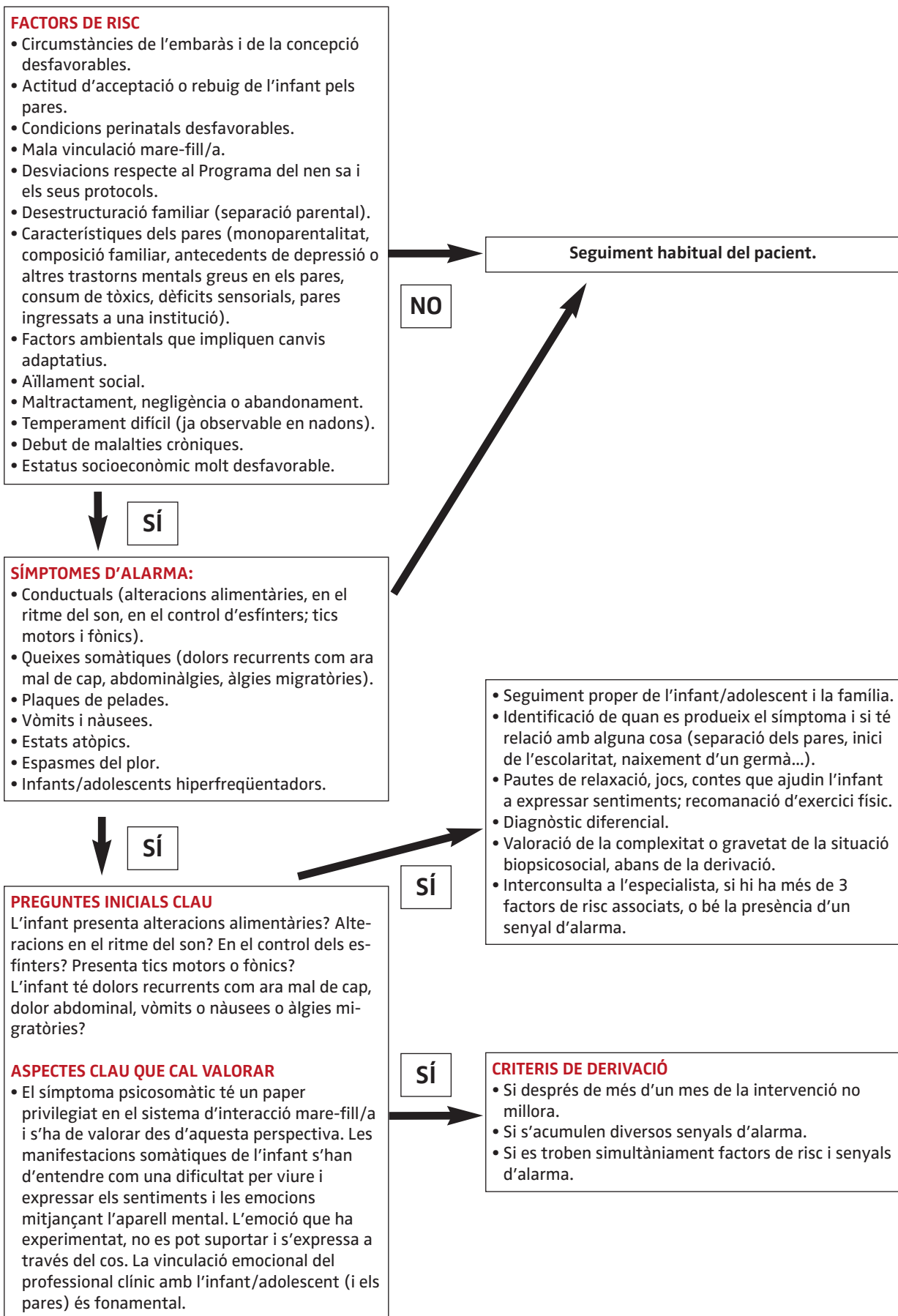
CRITERIS DE DERIVACIÓ

- Si després de més d'un mes d'intervenció no millora.
- Si s'acumulen diversos senyals d'alarma.
- Si es troben simultàniament factors de risc i senyals d'alarma

Bibliografía

- Bras J, De la Flor JE, Masvidal RM. *Pediatría en atención primaria*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1997.
- *Guía de actuación en atención primaria*. Segunda edición. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2002.
- Tizón García JL, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso C, García Campayo J, Montón Franco C, Redondo Granado MJ. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. *Aten Primaria* 2001; 28 (supl. 2): 96-160.
- Pedreira Massa, JL. *Protocolos de salud mental infantil para atención primaria*. Madrid: Editorial Libro del año; 1995.

TRASTORN PSICOSOMÀTIC



FRACÀS ESCOLAR

Codi ECAP

F55.3: Fracàs escolar

OBJECTIU

- Promoció d'activitats preventives per fomentar factors protectors del desenvolupament mental de l'infant.
- Detecció precoç del retard en l'aprenentatge a l'escola i dels signes o símptomes de desadaptació escolar.
- Tractament i/o derivació i seguiment dels casos detectats que ho requereixin.

FACTORS DE RISC

- Circumstàncies de l'embaràs i de la concepció desfavorables.
- Actitud d'acceptació o rebuig de l'infant pels pares.
- Condicions perinatals desfavorables.
- Mala vinculació mare-fill/a.
- Desviacions respecte al Programa del nen sa i els seus protocols.
- Desestructuració familiar (separació parental).
- Característiques dels pares (monoparentalitat, composició familiar, antecedents de depressió o altres trastorns mentals greus en els pares, consum de tòxics, dèficits sensorials, pares ingressats a una institució).
- Factors ambientals que impliquen canvis adaptatius.
- Aïllament social.
- Maltractament, negligència o abandonament.
- Temperament difícil (ja observable en nadons).
- Debut de malalties cròniques.
- Estatus socioeconòmic molt desfavorable.

SENYALS D'ALARMA

- Repetició de més de dos cursos escolars.
- Fracàs en totes o gairebé totes les assignatures.
- Dissociació important entre assignatures, o bé entre les que impliquen llenguatges i/o les altres.
- Inhibició i bloqueig intel·lectual global.
- Clínica depressiva i/o ansiosa.
- Presència de trastorns del comportament.

ASPECTES CLAU QUE CAL VALORAR

- Presència de factors de risc.
- Valoració de les possibles causes de fracàs escolar en els àmbits psicològic, biològic i social (vg. annex).

PREGUNTES CLAU

- Com et va a l'escola? (s'han d'objectivar els progressos a l'escola amb el butlletí de notes).
- Has aprovat totes les assignatures? Quines no?
- T'agrada anar a l'escola? Per què?

CRITERIS DE BONA PRÀCTICA

Prevenió primària:

- Compliment de les visites del Protocol del nen sa.
- Registre acurat a l'historial de l'anamnesi de la vida de l'infant.
- Observació directa del comportament de l'infant i de la família.

Prevenió secundària (detecció precoç):

- Exploració de totes les àrees d'interès relacionades amb el fracàs escolar (vg. annex).
- Investigació de possibles deficiències orgàniques.
- Diagnòstic diferencial.
- Contacte amb l'escola per posar el cas en comú i trobar-hi solucions.
- Col·laboració per modificar pautes educacionals incorrectes.
- Revisió dels hàbits higiènics (son, hàbit d'estudi, excés d'activitats, dieta...).
- Intervenció, sempre que sigui possible, sobre aspectes familiars conflictius.

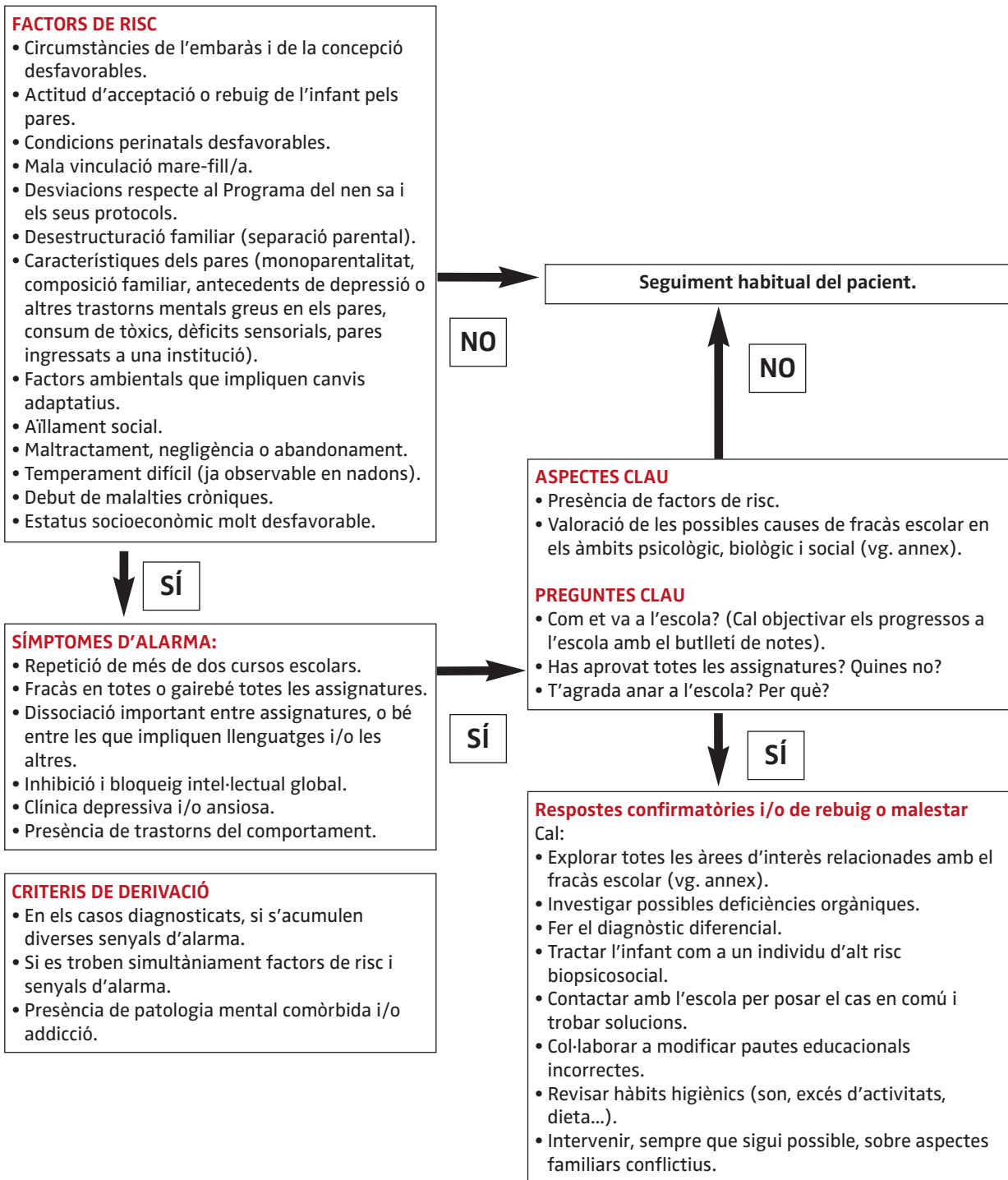
CRITERIS DE DERIVACIÓ

- En els casos diagnosticats, si s'acumulen diversos senyals d'alarma.
- Si es troben simultàniament factors de risc i senyals d'alarma.
- Presència de patologia mental comòrbida i/o addicció.

Bibliografia

- Bras J, De la Flor JE, Masvidal RM. *Pediatría en atención primaria*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1997.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública. *Protocol de salut mental infantil i juvenil. Programa de seguiment del nen sa*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública; 1999.
- *Guía de actuación en atención primaria. Segunda edición*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2002.
- Tizón García JL, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso C, García Campayo J, Montón Franco C, Redondo Granado MJ. *Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud*. *Aten Primaria* 2001; 28 (supl. 2): 96-160.
- Ezpeleta, L. *La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes*. Madrid: Editorial Síntesis; 2001.

FRACÀS ESCOLAR



FACTORS PSICOLÒGICS INESPECÍFICS	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorn per dèficit d'atenció. • Altres trastorns psicopatològics: <ul style="list-style-type: none"> – Depressió infantil. – Trastorns de la vinculació a la infància. – Trastorns per ansietat de separació. – Trastorns per ansietat, en general. – Altres quadres psicopatològics (en general, tots els quadres greus tendeixen a afectar l'aprenentatge escolar).
FACTORS PSICOLÒGICS ESPECÍFICS	<ul style="list-style-type: none"> • Dislèxia. • Disortografia. • Discalculia. • Disgrafia.
FACTORS BIOLÒGICS	<ul style="list-style-type: none"> • Alteracions cognitives de base neurològica, metabòlica, endocrina, etc. • Alteracions sensorials. • Alteracions psicomotrius precoces.
FACTORS SOCIALS I PSICOSOCIALS	<ul style="list-style-type: none"> • Disfuncions familiars. • Disfuncions de les xarxes socials. • Disfuncions de la institució escolar.

Annex. Causes generals dels problemes relacionats amb l'aprenentatge escolar (fracàs escolar). Adaptat de: Tizón García JL, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso C, García Campayo J, Montón Franco C, Redondo Granado MJ. *Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. Aten Primaria* 2001; 28 (supl. 2): 96-160.

VERIFICAR EL RETARD ESCOLAR	<ul style="list-style-type: none"> • Anàlisi del darrer informe escolar escrit.
DESCARTAR PROBLEMES DE MÈTODE O ENTORN EDUCATIU	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el mètode familiar de motivació i suport a l'estudi. • Valorar l'horari i l'entorn d'estudi. • Valorar l'horari i l'entorn d'activitats d'oci. • Valorar l'horari i l'entorn de repòs-son.
ANÀLISI DE LA PSICOMOTRICITAT, ANÀLISI SENSORIAL I DE LA CAPACITAT MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la visió i l'audició. • Fer una exploració neurològica. • Valorar les malalties cròniques. • Valorar l'estabilitat/satisfacció del grup familiar. • Fer una valoració familiar de la comprensió de l'infant. • Fer una valoració de la relació amb altres infants i adults. • Observar la comprensió i conducta de l'infant durant la visita. • Valorar els jocs de l'infant. • Explorar la lateralitat (ull-mà-peu). • Explorar la lectura. • Explorar l'escriptura. • Valorar el dibuix de la família.
PREVENCIÓ EN SALUT MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar els factors de risc i senyals d'alarma.

Annex. Exploració de les àrees d'interès relacionades amb el fracàs escolar. Adaptat de: Tizón García JL, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso C, García Campayo J, Montón Franco C, Redondo Granado MJ. *Prevencción de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. Aten Primaria* 2001; 28 (supl. 2): 96-160.

TRASTORN PER ANSIETAT EXCESSIVA

Codi ECAP

F41: Trastorn d'ansietat

OBJECTIUS

- Promoció d'activitats preventives i fomentar factors protectors de l'ansietat en infants i adolescents.
- Detecció precoç dels signes i símptomes d'ansietat.
- Tractament, seguiment i derivació dels casos que ho requereixin.

FACTORS DE RISC

- Actitud d'acceptació o rebuig de l'infant pels pares.
- Desestructuració familiar (separació parental).
- Predisposició temperamental a la timidesa.
- Exposició a esdeveniments ambientals traumàtics.
- Reticència (conducta de poca implicació i compromís en les activitats amb els companys).
- Característiques dels pares (monoparentalitat, composició familiar, antecedents d'ansietat, depressió, fòbies o trastorn de pànic en els pares, consum de tòxics, dèficits sensorials, pares ingressats a una institució).
- Factors ambientals que impliquen canvis adaptatius.
- Aïllament social.
- Maltractament, negligència o abandonament.
- Temperament difícil (ja observable en nadons).
- Debut de malalties cròniques.
- Estatus socioeconòmic molt desfavorable.
- Trastorn psicopatològic dels pares.
- Pares hiperfreqüentadors.
- Vinculació ansiosa dels pares amb els fills.

SÍMPTOMES D'ALARMA

- Irritabilitat. Inquietud. Impaciència.
- Pors desproporcionades i persistents que limiten la vida quotidiana (fòbies).
- Angoixa quan s'allunya dels pares o quan ho preveu.
- Pertorbació de la son o del ritual d'anar-se'n a dormir. Dificultat per concentrar-se.
- Pertorbació funcional de l'alimentació.
- Queixes somàtiques (mal de panxa, mal de cap, tensió muscular, es fatiga fàcilment...).
- Actituds agressives que amaguen crisis d'angoixa.
- Enuresi secundària.
- Absències reiterades a l'escola.
- Males relacions amb els companys.
- Problemes de rendiment a l'escola o a la feina.
- Ús d'alcohol i drogues.

PREGUNTES CLAU INICIALS

- Et preocupes i pateixes molt per les coses? Quines coses o situacions?
- Quan et preocupes així, et costa calmar-te i relaxar-te?
- Preocupar-te així... Fa que estiguis impacient amb els altres, que ho vulguis tot de seguida?
- Preocupar-te així... Fa que et sentis cansat sense motiu? Que et costi concentrar-te?
- Et fa enfadar i estar més irritable amb els altres, fa que estiguis tens i et facin mal els músculs?
- Fa que et costi dormir, que no dormis bé, o que t'aixequis cansat?

ASPECTES CLAU A VALORAR

- L'ansietat està present i forma part del desenvolupament de la vida de l'infant, però quan aquesta es fa insuportable es pot traduir en el senyal d'una evolució patològica.
- Interferència en el funcionament familiar, social o laboral.
- Disponibilitat de suport familiar i social.
- El millor informador d'aquest trastorn és l'infant, que és qui coneix millor el seu estat intern.

CRITERIS DE BONA PRÀCTICA

Prevenió primària

- Grups de suport als pares per adquirir estratègies cognitivoconductuals a l'hora d'establir uns hàbits correctes en els infants.
- Recomanació de mesures bàsiques per preservar la salut mental (vg. annex: PAPPs).
- Compliment de les visites del Programa del nen sa.
- Recull acurat de tota l'anamnesi de vida de l'infant.
- Observació directa del comportament de l'infant i de la família.
- Reforç del paper d'un tercer (al pare o a la mare) si un dels dos és el cuidador principal i presenta un trastorn fòbic o per ansietat.

Prevenió secundària (diagnòstic precoç)

Cal:

- Valorar el quadre clínic d'ansietat (vg. annex).
- Fer un seguiment proper de l'infant i la família
- Orientar la família per disminuir l'ansietat de l'infant (tècniques de respiració, relaxació, massatges...).
- Recomanar l'exercici físic regular.
- Recomanar grups amb infants de la mateixa edat.
- Incentivar el joc amb infants de la mateixa edat.
- Assegurar un tractament adequat del progenitor o cuidador amb trastorn fòbic o per ansietat (cal que ens assegurem que el rep).
- Fer un diagnòstic diferencial respecte dels trastorns orgànics definits.
- Valorar la complexitat o gravetat de la situació biopsicosocial abans de la derivació.
- Fer un interconsulta a l'especialista o derivar l'infant/adolescent, si presenta un patiment significatiu i no respon al tractament de suport després de 6 setmanes.

CRITERIS DE DERIVACIÓ

- Trastorn que interfereix de forma perllongada en la vida quotidiana de l'infant i/o el seu entorn.
- El pacient no respon al tractament de suport després de 6 setmanes.
- S'acumulen diversos senyals d'alarma.
- Es troben simultàniament factors de risc i senyals d'alarma
- Presència de patologia mental comòrbida i/o addicció.
- Valoració de la derivació a salut mental dels pares, si tenen algun trastorn psicopatològic.

Bibliografia

- Bras J, De la Flor JE, Masvidal RM. *Pediatría en atención primaria*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1997.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública. *Protocol de salut mental infantil i juvenil. Programa de seguiment del nen sa*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut pública; 1999.
- *Guía de actuación en atención primaria. Segunda edición*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2002.
- Tizón García JL, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso C, García Campayo J, Montón Franco C, Redondo Granado MJ. *Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud*. *Aten Primaria* 2001; 28 (supl. 2): 96-160.
- Dadds M, Seinen A, Roth J, Harnett P. *Early intervention for anxiety disorders in children and adolescents*. Adelaide: The Australian Early Intervention Network for Mental Health in Young people; 2000. Disponible a: <http://www.auseinet.com/files/resources/auseinet/anxiety.pdf>
- James A, Soler A, Weatherall R. *Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes (Revisión Cochrane traducida)*. Biblioteca Cochrane Plus 2006; número 4. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- Larun L, Nordheim LV, Ekeland E, Hagen KB, Heian F. *Ejercicio para la prevención y tratamiento de la ansiedad y la depresión en niños y jóvenes (Revisión Cochrane traducida)*. Biblioteca Cochrane Plus 2006; número 4. Disponible en: <http://www.update-software.com>
- Ekeland E, Heian F, Hagen KB, Abbott J, Nordheim L. *Ejercicios para mejorar la autoestima en niños y personas jóvenes (Revisión Cochrane traducida)*. Biblioteca Cochrane Plus 2006; número 4. Disponible en: <http://www.update-software.com>
- Ezpeleta, L. *La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes*. Madrid: Editorial Síntesis; 2001.

TRASTORN PER ANSIETAT EXCESSIVA

FACTORS DE RISC

- Actitud d'acceptació o rebuig de l'infant pels pares.
- Desestructuració familiar (separació parental).
- Predisposició temperamental a la timidesa.
- Exposició a esdeveniments ambientals traumàtics.
- Reticència (conducta de poca implicació i compromís en les activitats amb els companys).
- Característiques dels pares (monoparentalitat, composició familiar, antecedents d'ansietat, depressió, fòbies o trastorn de pànic en els pares, consum de tòxics, dèficits sensorials, pares ingressats a una institució).
- Factors ambientals que impliquen canvis adaptatius.
- Aïllament social.
- Maltractament, negligència o abandonament.
- Temperament difícil (ja observable en nadons).
- Debut de malalties cròniques.
- Estatus socioeconòmic molt desfavorable.
- Trastorn psicopatològic dels pares.
- Pares hiperfreqüentadors.
- Vinculació ansiosa dels pares amb els fills.

SÍ

SÍMPTOMES D'ALARMA:

- Irritabilitat. Inquietut. Impaciència.
- Pors desproporcionades i persistents que limiten la vida quotidiana (fòbies).
- Angoixa quan s'allunya dels pares o quan ho preveu.
- Pertorbació de la son o del ritual d'anar-se'n a dormir. Dificultat per concentrar-se.
- Pertorbació funcional de l'alimentació.
- Queixes somàtiques (mal de panxa, mal de cap, tensió muscular, es fatiga fàcilment...).
- Actituds agressives que amaguen crisis d'angoixa.
- Enuresi secundària.
- Absències reiterades a l'escola.
- Males relacions amb els companys.
- Problemes de rendiment a l'escola o a la feina.
- Ús d'alcohol i drogues.

SÍ

CRITERIS DE DERIVACIÓ

- Trastorn que interfereix de forma perllongada en la vida quotidiana de l'infant i/o el seu entorn.
- El pacient no respon al tractament de suport després de 6 setmanes.
- S'acumulen diversos senyals d'alarma.
- Es troben simultàniament factors de risc i senyals d'alarma.
- Presència de patologia mental comòrbida i/o addicció.
- Valoració de la derivació a salut mental dels pares, si tenen algun trastorn psicopatològic.

Seguiment habitual del pacient.

NO

NO

PREGUNTES CLAU

- Et preocupes i pateixes molt per les coses? Quines coses o situacions?
- Quan et preocupes així, et costa calmar-te i relaxar-te?
- Preocupar-te així... Fa que estiguis impacient amb els altres, que ho vulguis tot de seguida?
- Preocupar-te així... Fa que et sentis cansat sense motiu? Que et costi concentrar-te?
- Et fa enfadar i estar més irritable amb els altres, fa que estiguis tens i et facin mal els músculs?
- Fa que et costi dormir, que no dormis bé, o que t'aixequis cansat?

ASPECTES CLAU

- L'ansietat està present i forma part del desenvolupament de la vida de l'infant, però quan aquesta es fa insuportable es pot traduir en el senyal d'una evolució patològica.
- Interferència en el funcionament familiar, social o laboral.
- Disponibilitat de suport familiar i social.
- El millor informador d'aquest trastorn és l'infant, que és qui coneix millor el seu estat intern.

SÍ

Si alguna de les preguntes ha tingut una resposta afirmativa:

Cal:

- Valorar el quadre clínic d'ansietat (ANNEX).
- Fer un seguiment proper de l'infant i la família.
- Orientar la família per disminuir l'ansietat de l'infant (tècniques de respiració, relaxació, massatges...).
- Recomanar l'exercici físic regular.
- Recomanar els grups amb infants de la mateixa edat.
- Incentivar el joc amb infants de la mateixa edat.
- Assegurar un tractament adequat del progenitor o cuidador amb trastorn fòbic o per ansietat.
- Fer un diagnòstic diferencial respecte de trastorns orgànics definits.
- Valorar la complexitat o gravetat de la situació biopsicosocial abans de la derivació.
- Fer un interconsulta a l'especialista o derivar l'infant/adolescent, si presenta patiment significatiu i no respon al tractament de suport després de 6 setmanes.

QUÈ ÉS LA SALUT MENTAL?

La salut mental pot definir-se com la capacitat d'estimar, gaudir, treballar i tolerar/tolerar-se un mateix i als altres. Per cuidar la salut mental i evitar el seu deteriorament cal que atengueu determinats aspectes de la vostra vida quotidiana. Cal que dediqueu una atenció especial a dos aspectes fonamentals:

1. CUIDAR-VOS

2. CUIDAR LA RELACIÓ AMB ELS ALTRES

1. CUIDAR-VOS

Recomanacions generals

- Apreneu a conèixer les situacions capaces de generar-vos malestar psíquic i enfronteu-vos-hi.
- Reconegeu què provoca els vostres estats d'ànim diversos: el que us fa estar alegres, tristos/es o el que us produeix temor.
- Apreneu a acceptar-vos, a sentir-vos en pau, coneixent el que podeu i el que no podeu fer que canviï, inclòs l'aspecte del vostre cos. Això voldrà dir que admeteu les vostres capacitats i les vostres limitacions.
- Resistiu-vos a l'entorn consumista. Gastar més en els desitjos que en les necessitats us pot generar decepció i ansietat.
- Dediqueu part de la vostra activitat a labors relacionades amb la solidaritat, sense una contrapartida econòmica. Us poden reportar compensacions no comparables a les de cap treball remunerat.
- Gaudiu del temps lliure, emprant-lo en activitats d'oci que us siguin satisfactòries.
- Cuideu aspectes de la vostra vida quotidiana com ara la dieta, l'exercici físic i el son.

Normes per ordenar les activitats relacionades amb la dieta, l'exercici físic i el son.

DIETA

- La dieta ha de ser variada, sana, agradable i correcta en calories per mantenir un pes adequat.
- Convé que reduïu el consum de greixos animals, sucres refinats i dolços, i eviteu també l'excés de begudes amb cafeïna i d'alcohol.
- És molt recomanable que respecteu els horaris dels menjars i que us prengueu el temps necessari per gaudir de l'alimentació.
- És recomanable que feu el possible per gaudir i cuidar les relacions en totes les ocasions que pugueu menjar en família.

EXERCICI FÍSIC

- El fet de fer exercici físic de forma regular us augmentarà l'esperança de vida i us ajudarà a mantenir la salut física i mental.
- És recomanable que feu l'exercici integrant l'activitat física en la vostra vida quotidiana: podeu caminar, pujar escales, passejar... Fer exercici físic no implica arribar a fer un esforç "de competició". Nivells raonables d'exercici són beneficiosos.
- No és necessari que feu tota l'activitat física "d'una vegada"; podeu practicar tot l'exercici desitjable de forma intercalada durant el dia. Si feu uns 30 minuts d'activitat física moderada la majoria dels dies de la setmana, serà suficient perquè aconseguiu els efectes saludables que comporta l'exercici físic.
- També si sou una persona gran, amb algun grau d'incapacitat i romaneu sedentària en el vostre domicili podeu millorar aspectes com ara l'equilibri, la força i la incapacitat, si realitzeu exercicis físics adaptats a la vostra situació personal.

SON

El descans adequat beneficia la vostra salut mental. Les recomanacions següents poden resultar-vos útils:

- És convenient mantenir un patró de son regular tots els dies, ficar-vos al llit i aixecar-vos a la mateixa hora. Eviteu acostumar-vos a desplaçar el moment d'aixecar-vos durant els caps de setmana més de 2 hores respecte del vostre horari habitual (si durant la setmana descanseu prou hores).
- Si el son és reparador (sense interrupcions brusques ni sobresalts), una persona adulta, és suficient que dormi unes 7-8 hores diàries, encara que les hores que necessita cada persona per sentir-se descansada varien entre els individus.
- És bo que feu alguna activitat lleugera i relaxant l'hora prèvia a ficar-vos al llit (llegir, escoltar música, dutxar-vos...), evitant situacions que us activin o impliquin emocionalment.
- Quan decidiu ficar-vos al llit, utilitzeu el llit i el dormitori només per dormir, mantingueu-vos inactiu/iva mentre intenteu agafar el son (no mireu la TV, ni escolteu la ràdio, ni llegiu).
- Cal que eviteu el consum de begudes amb cafeïna i l'alcohol; poden fragmentar el son. En canvi, podeu prendre alguna cosa lleugera, com ara un got de llet, abans de ficar-vos al llit; us pot ajudar a agafar la son.
- És convenient disposar d'un ambient adequat en el dormitori. L'habitació ha d'estar fosca, silenciosa, ventilada i a la temperatura adequada.

- Si esteu acostumat/ada a fer la migdiada, no la perllongueu més de 30 minuts.

2. CUIDAR LA RELACIÓ AMB ELS ALTRES

Recomanacions generals

- Compartiu les coses de cada dia amb una o més persones de confiança. Fer-ho us protegeix dels trastorns mentals. Tenir animals de companyia també us pot ajudar.
- Compartiu els problemes amb altres persones que hagin passat per circumstàncies semblants a les vostres. Això us pot ajudar a trobar una solució al conflicte i a sentir-vos menys sols/soles.
- Dediqueu temps a la família i als amics; alimenteu aquestes relacions constantment i busqueu el temps necessari per fer-ho.
- Procureu fer noves amistats i conservar les ja existents. Els amics ajuden a sentir major confiança en un mateix. L'amistat pressuposa un intercanvi: donar suport als altres i, alhora, rebre'n d'ells.
- Relativitzeu les preocupacions que us crea la feina. Procureu "desconnectar" després de la jornada laboral.

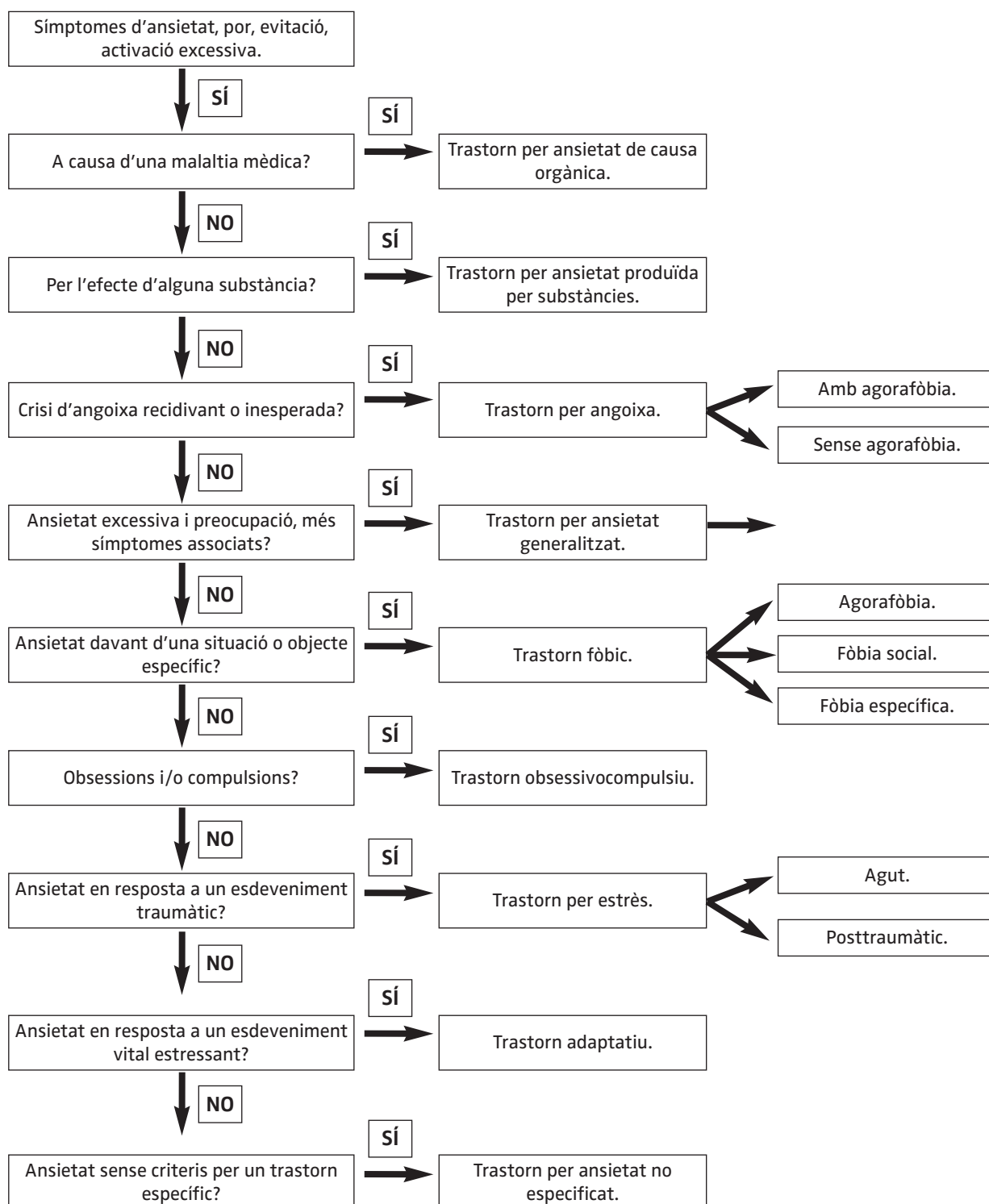
En ocasions, no obstant això, encara que les persones intentem cuidar el nostre equilibri mental, sentim que la nostra salut es ressent i es veu afectada per diverses circumstàncies: la feina, les dificultats econòmiques, els conflictes de la relació amb els altres, els problemes de salut (propis o de les persones properes) o per alguna raó no identificada. En aquests casos, convé que prenguem una decisió que pot ser crucial per no allargar un sofriment evitable en la immensa majoria dels casos. A continuació us assenyalarem algunes normes que us poden ser útils per ajudar-vos a decidir sobre la necessitat de demanar ajuda a un professional.

QUAN DEMANAR AJUDA A UN PROFESSIONAL?

- Si els sentiments de malestar us arriben a desbordar, fent-vos sentir que no gaudiu de la vida suficientment.
- Si aprecieu que el vostre estat de salut no és adequat o apareixen símptomes (marejos, mals de cap, vertígens...) que no us expliquen i que abans no patíeu.
- Si viviu la feina com una sobrecàrrega, cada vegada més gran.
- Si existeixen conflictes a la llar que posen en perill l'estabilitat de la família.
- Si després de la mort o de la pèrdua d'un ésser estimat, existeixen dificultats per "anar endavant".
- Si existeix un consum excessiu d'alcohol o d'altres drogues que interfereix en la vostra vida.
- Si existeix un deteriorament permanent en la quantitat o qualitat del descans nocturn.

Elaborat pel Grup de Treball de Salut Mental del Programa d'activitats preventives i de promoció de la salut (PAPPS).

Annex. Full de recomanacions per a la promoció de la salut mental (PAPPS).



Annex. Algorisme diagnòstic dels trastorns per ansietat.

DEPRESSIÓ EN INFANTS I ADOLESCENTS

Codi ECAP

F32: Episodi depressiu.

F32.3: Episodi depressiu amb símptomes psicòtics.

F33: Depressió recurrent.

F41.2: Trastorn mixt d'ansietat i depressió.

POBLACIÓ DIANA

Tota la població atesa dels 5 - 11 anys (infants) i dels 12 - 18 anys (adolescents), amb factors de risc o símptomes d'alarma.

OBJECTIUS

- Promoció d'activitats preventives per fomentar factors protectors per a la salut mental de l'infant.
- Detecció precoç de la depressió a la infància i l'adolescència a partir de la valoració dels factors de risc.
- Tractament psicossocial inicial dels casos de depressió lleu i moderada i derivació dels casos greus als dispositius de salut mental.

FACTORS DE RISC

- Conflictes familiars.
- Assetjament escolar ("bullying").
- Abús físic, sexual o emocional.
- Trastorns comòrbids, incloent-hi el consum d'alcohol o drogues).
- Historial de depressió dels pares.
- Dol recent o pèrdues significatives.
- Situacions personals d'alt risc: persones sense llar, refugiats o infants/adolescents en institucions d'acollida.
- Malaltia crònica (p. e.: diabetis).
- Dificultats en l'aprenentatge.
- Absència de pares o cuidadors que els donin afecte.

SÍMPTOMES D'ALARMA

- Queixes somàtiques (mal de cap, mareig, mal d'esquena, molèsties gàstriques, vòmits freqüents, dolor toràcic...).
- Estat d'ànim depressiu. Irritabilitat, tristesa, pessimisme, apatia, avorriment.
- Pèrdua d'interès per jugar amb els companys.
- Dificultat per passar-s'ho bé.
- Absències freqüents a l'escola.
- Irritabilitat o crits freqüents.
- Pèrdua de gana, astènia, pèrdua de pes.
- Insomni o hipersòmia.
- Fatiga o pèrdua d'energia.
- Sentiments d'inutilitat, menyspreu personal, culpabilització, minusvalidesa.
- Disminució de la capacitat per pensar o concentrar-se, indecisió.
- Disminució del rendiment escolar.
- Agitació o lentitud psicomotora.
- Idees persistents de mort i/o suïcidi.

PREGUNTES CLAU INICIALS

1.- Durant el darrer mes, has estat preocupat perquè t'has sentit decaïgut, deprimat o sense esperança?

2.- Durant el darrer mes, sovint has estat preocupat perquè has sentit poc interès o il·lusió per fer les coses?

La resposta afirmativa a qualsevol de les 2 preguntes (cal fer- les totes 2), obliga a descartar la depressió amb una entrevista clínica estandaritzada.

ASPECTES CLAU QUE CAL VALORAR

- La depressió infantil és més freqüent del que es creu; les seves manifestacions no són com les de l'adult, ni tan sols com les de l'adolescent. Normalment, no es veu un quadre clínic infantil de depressió, ja que apareix mitjançant altres manifestacions.
- Classificació de la depressió en lleu, moderada o greu (annex).
- El millor informador d'aquest trastorn és l'infant, que és qui coneix millor el seu estat intern.
- Interferència en el funcionament familiar, social o escolar.
- Disponibilitat de suport familiar i social.
- Interrogació, sempre, per la ideació o els plans de suïcidi.

CRITERIS DE BONA PRÀCTICA

PREVENCIÓ PRIMÀRIA

- Grups de suport a les puèrperes per afavorir una bona vinculació mare-fill/a.
- Compliment de les visites del Programa del nen sa.
- Recull acurat de tota l'anamnesi de vida de l'infant.
- Observació directa del comportament de l'infant i de la família.

PREVENCIÓ SECUNDÀRIA (diagnòstic precoç)

- Registre a la història clínica.
- Enregistrament d'informació sistemàtica sobre:
 - Esdeveniments vitals.
 - Factors psicològics associats.
 - Condicions comòrbides.
 - Context familiar.
 - Context escolar.
 - Context social.
 - Relacions familiars.
 - Relacions amb els companys.
- Detecció precoç i definició de la gravetat. Avaluació del risc de suïcidi.
- Seguiment proper de l'infant i la família.
- Orientació a la família per augmentar l'autoestima de l'infant.
- Diagnòstic diferencial.
- Foment de les mesures no farmacològiques: exercici físic regular, activitats de socialització.
- Afavoriment de mesures de reorganització familiar favorable.
- Afavoriment de grups de pares.
- Afavoriment d'entrevistes familiars psicoterapèutiques o la psicoteràpia dels familiars.
- Activitats grupals psicoeducatives en els casos de depressió menor o trastorns adaptatius.
- Valoració de les necessitats de suport i ajuts socials per a la família.
- Recomanació sobre l'ús de fàrmacs antidepressius: ha de ser competència exclusiva d'un psiquiatre amb experiència en el tractament d'infants i adolescents.
- Control i seguiment dels casos: cal assegurar-se que es du a terme.

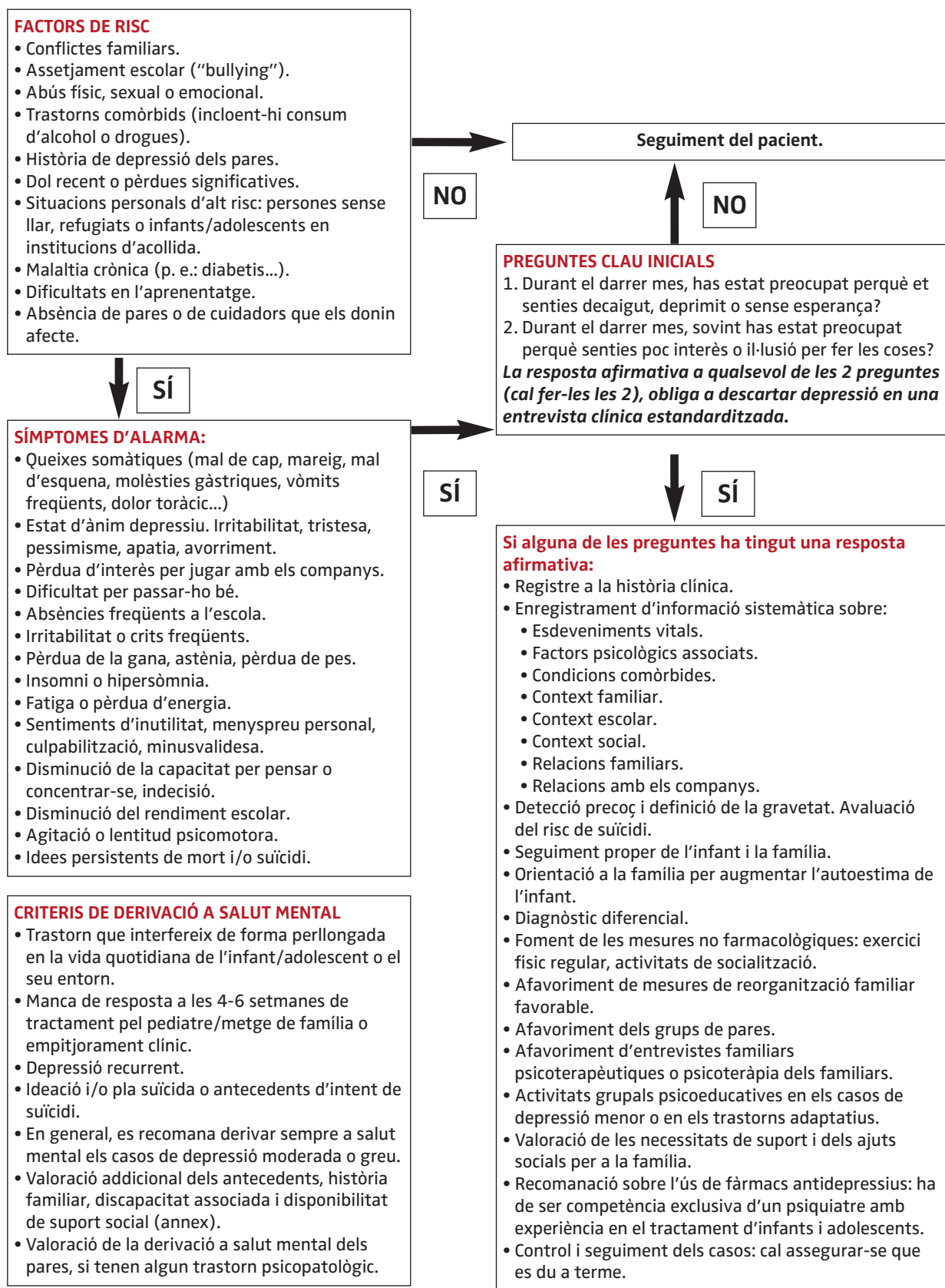
CRITERIS DE DERIVACIÓ

- Trastorn que interfereix de forma perllongada en la vida quotidiana de l'infant/adolescent o el seu entorn.
- Manca de resposta a les 4-6 setmanes de tractament pel pediatre/metge de família o empitjorament clínic.
- Depressió recurrent.
- Ideació i/o pla suïcida o antecedents d'intent de suïcidi.
- Quan els recursos que requereix el pacient no estan a l'abast del pediatra/metge de família.
- En general, es recomana derivar sempre a salut mental els casos de depressió moderada o greu.
- Afavoriment, quan estigui indicada, de la provisió de tractaments en què l'evidència científica ha demostrat major efectivitat clínica: teràpia de resolució de problemes, suport psicològic amb objectius a mitjà termini i psicofàrmacs en els casos indicats pels professionals especialistes en salut mental.
- Valoració de la derivació a salut mental dels pares, si tenen algun trastorn psicopatològic.
- Valoració addicional dels antecedents i de la història familiar, discapacitat associada i disponibilitat de suport social. La derivació a salut mental ha de tenir en compte també aquests criteris (vg. annex).

Bibliografia

- Bras J, De la Flor JE, Masvidal RM. *Pediatría en Atención Primaria*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1997.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública. *Protocol de salut mental infantil i juvenil. Programa de seguiment del nen sa*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut pública; 1999.
- *Guía de Actuación en Atención Primaria*. Segunda edición. Barcelona. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2002.
- Merry S, McDowell H, Hetrick S, Bir J, Muller N. *Intervenciones psicológicas y educativas para la prevención de la depresión en niños y adolescentes (Revisión Cochrane traducida)*. Biblioteca Cochrane Plus, 2006 número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com>
- Larun L, Nordheim LV, Ekeland E, Hagen KB, Heian F. *Ejercicio para la prevención y tratamiento de la ansiedad y la depresión en niños y jóvenes (Revisión Cochrane traducida)*. Biblioteca Cochrane Plus 2006; número 4. Disponible a: <http://www.update-software.com>
- Ekeland E, Heian F, Hagen KB, Abbott J, Nordheim L. *Ejercicios para mejorar la autoestima en niños y personas jóvenes (Revisión Cochrane traducida)*. Biblioteca Cochrane Plus 2006; número 4. Disponible a: <http://www.update-software.com>
- Tizón García JL, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso C, García Campayo J, Montón Franco C, Redondo Granada MJ. *Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud*. *Aten Primaria* 2001; 28 (supl. 2): 96-160.
- Ezpeleta, L. *La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes*. Madrid: Editorial Síntesis; 2001.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. *Depression in children and young people. Identification and management in primary, community and secondary care. Clinical Guideline 28*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) 2005. Disponible a internet a: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG028NICEguideline.pdf>
- Tizón JL, San José J, Nadal D. *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental (2ª ed.)*. Barcelona: Herder; 2000.

DEPRESSIÓ EN INFANTS I ADOLESCENTS



Presentació, la majoria dels dies, la major part del temps, durant almenys 2 setmanes, dels símptomes següents:

- **Tristesa persistent, estat d'ànim baix (o irritabilitat), (*)**.
- **Pèrdua d'interès o de la capacitat per experimentar plaer (*)**.
- **Fatiga o baixa energia (*)**.
- Trastorn de la son (insomni o hipersòmia).
- Dificultat per concentrar-se o per prendre decisions.
- Baixa autoestima.
- Disminució o augment de la gana.
- Pensaments o actes suïcides.
- Agitació o alentiment de moviments.
- Sentiments de culpa o autoagressions.

DEPRESSIÓ LLEU: quatre símptomes.

DEPRESSIÓ MODERADA: cinc o sis símptomes.

DEPRESSIÓ GREU: set o més símptomes, amb o sense símptomes psicòtics.

(*) Símptomes CLAU (en negreta). Es requereix almenys un d'aquests símptomes per fer el diagnòstic de depressió. Si existeix almenys un d'aquests símptomes, cal valorar els següents.

ANNEX. Classificació de la depressió segons la gravetat (adaptat de: *NICE. Depression in children and young people. Identification and management in primary, community and secondary care. Clinical Guideline 28. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2005.*

VALORACIÓ ADDICIONAL DELS ANTECEDENTS, HISTÒRIA FAMILIAR, DISCAPACITAT ASSOCIADA I DISPONIBILITAT DE SUPORT SOCIAL. EN FUNCIÓ DE LES TROBALLES, ES RECOMANA SEGUIR LES CONDUCTES SEGÜENTS:

<p>RECOMANACIONS GENERALS DE SUPORT I CONDUCTA EXPECTANT ACTIVA (*)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quatre símptomes o menys. • Sense antecedents personals o familiars. • Disponibilitat de suport social. • Símptomes intermitents o de menys de 2 setmanes d'evolució. • Pacient sense idees ni pla suïcida. • Escassa disfunció social associada. 	<p>TRACTAMENT MÉS ACTIU A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cinc símptomes o més. • Antecedents personals o familiars de depressió. • Baix nivell de suport social. • Pensaments suïcides. • Disfuncions socials associades. 	<p>DERIVACIÓ A SALUT MENTAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resposta pobre o incompleta a dues intervencions. • Episodi recurrent en el període d'un any previ. • Sol·licitud del pacient o dels familiars. • Autonegligència. 	<p>DERIVACIÓ URGENT A PSIQUIATRIA O A URGÈNCIES D'UN HOSPITAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idees o plans suïcides actius. • Símptomes psicòtics. • Agitació greu associada a 7 o més símptomes. • Autonegligència greu.
---	--	--	--

(*) És prudent citar el pacient a les 2 setmanes i valorar la situació novament (conducta expectant activa).

Annex. Aspectes biopsicosocials clau a tenir en compte per a la valoració addicional de la depressió a l'atenció primària. *Modificada de: National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression in children and young people. Identification and management in primary, community and secondary care. Clinical Guideline 28. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2005.*

MALTRACTAMENT INFANTIL

Codi ECAP

T74: Síndrome de maltractament.

R45.6: Violència física.

POBLACIÓ DIANA

Tota la població atesa fins als 15 anys d'edat.

FACTORS DE RISC

Associats als pares:

- Història de maltractament, manca d'afecte i desestructuració familiar a la infància.
- Deficiència mental i inestabilitat emocional.
- Trastorns psicossomàtics. Depressió o altres trastorns mentals greus. Immaduresa. Baixa autoestima.
- Manca d'autocontrol. Tolerància minsa a la frustració.
- Desconeixement del rol parental.
- Desconeixement del procés evolutiu de l'infant i de les seves necessitats físiques i emocionals.
- Aïllament social.
- Alcoholisme i altres drogoaddiccions.
- Prostitució. Delinqüència.

Associats als infants:

- Discapacitats. Minusvalideses psíquiques.
- Temperament difícil de l'infant.
- Defectes congènits.
- Problemes de salut crònics.
- Hiperactivitat, oposicionisme.
- Prematuritat. Baix pes en néixer.

Associats al nivell socioeconòmic i cultural

- Atur. Inestabilitat laboral.
- Manca d'habitatge o habitatge insuficient.
- Manca de xarxa de suport social.
- Emigració. Canvis freqüents de domicili.
- Excés de vida social. Excés de treball. Competitivitat desmesurada.

Associats a l'estructura familiar

- Fills no desitjats.
- Desestructuració familiar.
- Disfuncions familiars greus.
- Paternitat adolescent.
- Família nombrosa o monoparentalitat.
- Excés de disciplina.
- Manca de normes educatives.
- Manca d'interaccions pares-fills.
- Manca de comunicació i integració familiar.

SENYALS D'ALARMA

1. En els pares

- Retards en la sol·licitud d'atenció mèdica per a l'infant.
- Versions discrepants, i fins i tot contradictòries, pel que fa a l'origen de les lesions.
- Visites per episodis similars a d'altres centres sanitaris.
- Actitud passiva davant el fill lesionat.
- Sol·licitud d'ajut de manera indirecta (atenció urgent per problemes banals o inexistents, ingressos injustificats...).
- Incapacitat d'aplicar una disciplina coherent.
- Desconeixement del desenvolupament normal d'un infant.
- Expectatives exagerades pel que fa al comportament de l'infant.
- Minimització dels símptomes del menor i/o rebutgen les ajudes.

2. En l'infant

- Lesions cutànies (mossegades, cremades, macadures...).
- Fractures recents i/o antigues.
- Hematoma subdural, amb o sense fractura, manifestat per l'augment del perímetre cranial, trastorn de la consciència, convulsions i/o hemorràgia retiniana.
- Negligències habituals.
- Malnutrició. Higiene i aspecte general descuidat.
- Retard pondoestatural i psicomotor.
- Història de traumatismes.
- Millora del seu estat físic i psicològic quan se'l separa del medi en què viu habitualment (estades d'estiu, casals; hospitalisme de signe invers).
- Afirmació directament o indirecta quant a què ha estat víctima d'algun tipus de maltractament.

CRITERIS DE BONA PRÀCTICA

Prevenió primària:

- Seguiment acurat dels nounats de risc.
- Grups de suport a puèrperes per afavorir una bona vinculació mare-fill/a (alletament matern, massatge infantil, grups de pares).
- Compliment de les visites del Programa del nen sa.
- Recull acurat de tota l'anamnesi de la vida de l'infant.
- Observació directa del comportament de l'infant i de la família.

Prevenió secundària

Detecció dels casos

- Inici del treball interdisciplinari coordinat amb els serveis socials d'atenció primària.
- Si es fa el diagnòstic de maltractament o d'atenció inadequada, cal:
 - Fer comunicat de lesions.
 - Comunicar el cas als serveis socials d'atenció primària, a la Direcció General d'Atenció a la Infància i al Ministeri fiscal.

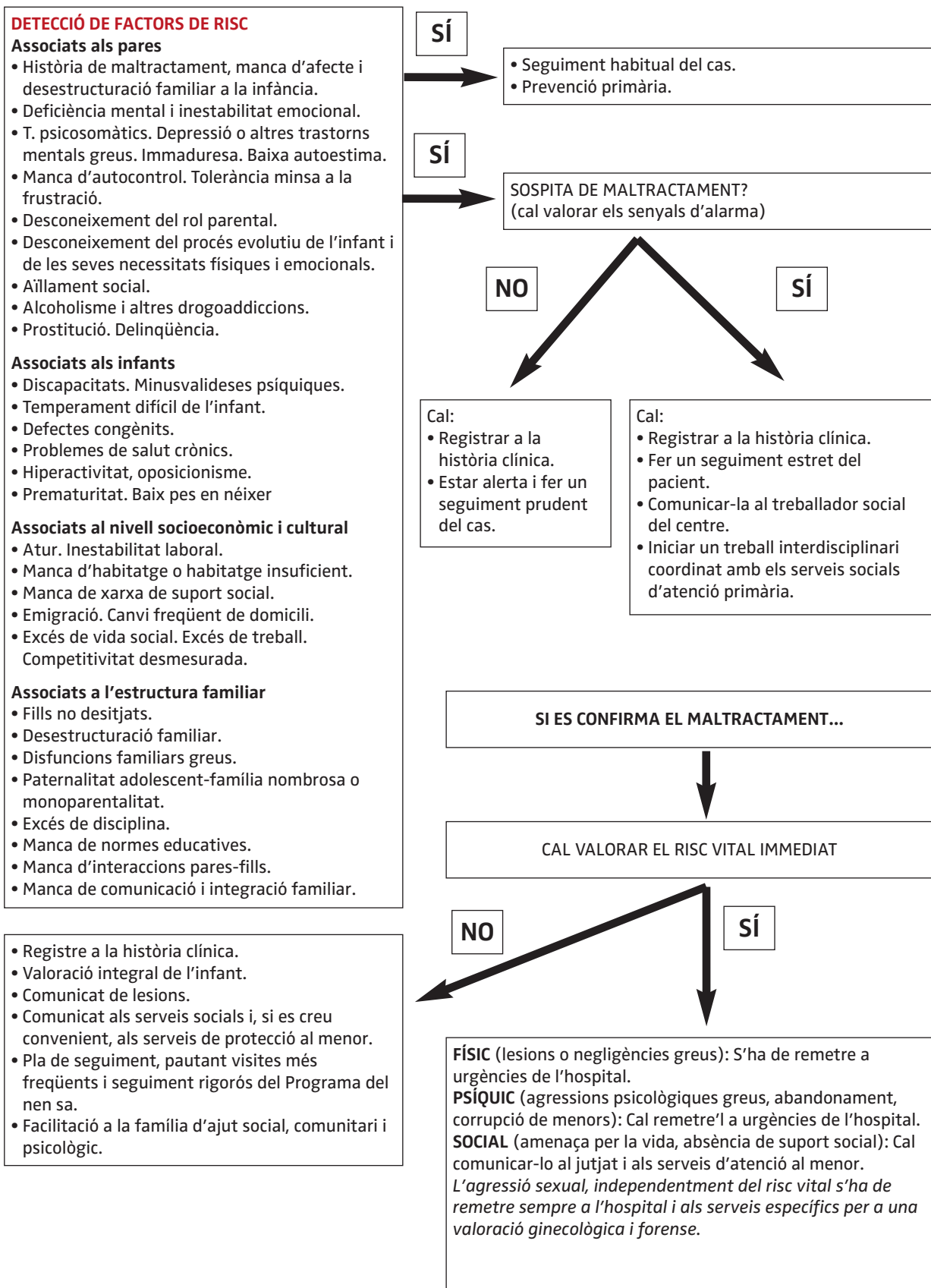
Davant un cas de maltractament clarament diagnosticat existeix l'obligació legal de comunicar-ho a:

- Fiscalia.
- Direcció General d'Atenció a la Infància.
- Serveis socials d'atenció primària.

Bibliografia

- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Llibre d'en Pau. Guia per a l'abordatge del maltractament en la infància per als professionals de la salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1996.
- Inglés i Prats, A. Maltractament d'infants a Catalunya: quants, com, per què. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Justícia, Centre d'Estudis Jurídics i Formació especialitzada; 2000.
- Tizón García JL, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso C, García Campayo J, Montón Franco C, Redondo Granado MJ. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. Aten Primaria 2001; 28 (supl. 2): 96-160.

MALTRACTAMENT INFANTIL



Adults-gent gran

- Trastorn per ansietat excessiva
- Depressió
- Distímia
- Trastorn psicòtic
- Trastorn de la personalitat
- Somatització
- Trastorn adaptatiu
- Trastorn de la conducta alimentària
- Alcoholisme i altres drogodependències
- Addicció al joc
- Demència
- Dol i pèrdua afectiva
- Violència de gènere/ maltractaments a les persones grans



TRASTORN PER ANSIETAT EXCESSIVA

Codi ECAP

F41.1: Trastorn d'ansietat generalitzat.

F41.2: Trastorn mixt d'ansietat i depressió.

F41.9: Trastorn d'ansietat inespecífic.

POBLACIÓ DIANA

Tota la població atesa a partir dels 15 anys d'edat amb factors de risc o símptomes d'alarma.

FACTORS DE RISC/SÍMPTOMES D'ALARMA

- *Símptomes i conductes suggerents de psicopatologia*

- Pacients amb manifestacions psicopatològiques.
- Pacients amb símptomes somàtics inespecífics (mareig, dolor crònic, parestèsies, cefalees...).
- Pacients consumidors habituals de psicofàrmacs o substàncies psicoactives.
- Pacients pluriconsultants i/o hiperfreqüentadors.

- *Transicions psicossocials amb factors que dificulten la seva elaboració*

En especial ruptura matrimonial, embaràs, naixement d'un fill amb disminució, atur, pèrdua d'un progenitor o d'un altre familiar, emigració desatesa psicossocialment, jubilació, pèrdua de funcions físiques, dol, malaltia a la família.

OBJECTIUS

- Prevenció primària
- Prevenció secundària/detecció precoç
- Tractament dels casos

CRITERIS DE BONA PRÀCTICA

Prevenció primària:

Provisió d'hàbits de vida saludable (Full de recomanacions per a la promoció de la salut mental del PAPPS, vg. annex).

Prevenció secundària/detecció precoç:

- Per al cribratge inicial pot ser útil l'ús de qüestionaris com ara l'Escala d'ansietat-depressió de Goldberg (EADG) a la població adulta (vg. annex).
- Identificació del tipus d'ansietat i el quadre clínic (vg. annex).

Tractament dels casos:

- Tractament de suport bàsic, consell i recomanació d'exercici físic regular.
- Activitats grupals psicoeducatives dels casos lleus-moderats.
- Evitació de l'ús de psicofàrmacs d'entrada. En casos greus, però no polimedcats, es poden utilitzar psicofàrmacs per períodes breus i sota supervisió mèdica estreta.
- Dispensació d'una especial atenció a les dones embarassades o amb infants petits al seu càrrec.

CRITERIS DE DERIVACIÓ

- Trastorn que interfereixi de forma perllongada la vida quotidiana del pacient o el seu entorn.
- Manca de resposta a les 4-6 setmanes de tractament pel metge de família o empitjorament clínic.
- Casos cronificats i invalidants.
- Consum crònic de benzodiazepines.
- Quan els recursos que requereix el pacient no estan a l'abast del metge de família.

Bibliografia

- Tizón García JL, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso C, García Campayo J, Montón Franco C, Redondo Granado MJ. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. *Aten Primaria* 2001; 28 (supl. 2): 96-160.
- Tizón García JL. Etiopatogenia de la ansiedad. Capítulo 1. En: *Trastornos por ansiedad (Curso 2003 FMC)*. FMC 2003; 10 (Nº extraordinario 1): 1-10.
- Anxiety: management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. Clinical Guideline 22. London: National Institute for Clinical Excellence; December 2004.
- Anxiety Review Panel. Evans M, Bradwejn J, Dunn L (Eds.). *Guidelines for the Management of Anxiety Disorders in Primary Care*. Toronto: Queen's Printer of Ontario; 2000.

TRASTORN PER ANSIETAT EXCESSIVA

Presenta el pacient alguna d'aquestes situacions?

1. Síntomes i conductes suggerents de psicopatologia

- Pacients amb manifestacions psicopatològiques.
- Pacients amb símptomes somàtics inespecífics (mareig, dolor crònic, parestèsies, cefalees...).
- Pacients consumidors habituals de psicofàrmacs o substàncies psicoactives.
- Pacients pluriconsultants i/o hiperfreqüentadors.

- #### 2. Transicions psicosocials amb factors que dificulten la seva elaboració, en especial ruptura matrimonial, embaràs, naixement d'un fill amb disminució, atur, pèrdua d'un progenitor o d'un altre familiar, emigració desatesa psicosocialment, jubilació, pèrdua de funcions físiques, dol, malaltia a la família.

NO

- Seguiment habitual del cas.
- Prevenció primària.

SÍ

Prevenció secundària/detecció precoç:

- Per al cribatge inicial pot ser útil l'ús de qüestionaris com ara l'Escala d'ansietat-depressió de Goldberg (EADG) a la població adulta (vg. annex).
- Identificació del tipus d'ansietat i el quadre clínic (vg. annex).

ES CONFIRMA EL DIAGNÒSTIC DE TRASTORN PER ANSIETAT AMB CRITERIS ESTANDARDITZATS?

NO

- Seguiment habitual del cas.
- Prevenció primària.

SÍ

- Tractament de suport bàsic, consell i recomanació d'exercici físic regular.
- Activitats grupals psicoeducatives dels casos lleus-moderats.
- Evitació de l'ús de psicofàrmacs, d'entrada. En casos greus, però no polimedcats, es poden utilitzar psicofàrmacs durant períodes breus i sota supervisió mèdica estreta.
- Dispensació d'una especial atenció a les dones embarassades o amb infants petits al seu càrrec.

CRITERIS DE DERIVACIÓ A SALUT MENTAL

- Trastorn que interfereix de forma perllongada en la vida quotidiana del pacient o el seu entorn.
- Manca de resposta a les 4-6 setmanes de tractament pel metge de família o empitjorament clínic.
- Casos cronificats i invalidants.
- Consum crònic de benzodiazepines.
- Quan els recursos que requereix el pacient no estan a l'abast del metge de família.

QUÈ ÉS LA SALUT MENTAL?

La salut mental pot definir-se com la capacitat d'estimar, gaudir, treballar i tolerar/tolerar-se un mateix i als altres. Per cuidar la salut mental i evitar el seu deteriorament cal que atengueu determinats aspectes de la vostra vida quotidiana. Cal que dediqueu una atenció especial a dos aspectes fonamentals:

1. CUIDAR-VOS

2. CUIDAR LA RELACIÓ AMB ELS ALTRES

1. CUIDAR-VOS

Recomanacions generals

- Apreneu a conèixer les situacions capaces de generar-vos malestar psíquic i enfronteu-vos-hi.
- Reconegeu què provoca els vostres estats d'ànim diversos: el que us fa estar alegres, tristos/es o el que us produeix temor.
- Apreneu a acceptar-vos, a sentir-vos en pau, coneixent el que podeu i el que no podeu fer que canviï, inclòs l'aspecte del vostre cos. Això voldrà dir que admeteu les vostres capacitats i les vostres limitacions.
- Resistiu-vos a l'entorn consumista. Gastar més en els desitjos que en les necessitats us pot generar decepció i ansietat.
- Dediqueu part de la vostra activitat a labors relacionades amb la solidaritat, sense una contrapartida econòmica. Us poden reportar compensacions no comparables a les de cap treball remunerat.
- Gaudiu del temps lliure, emprant-lo en activitats d'oci que us siguin satisfactòries.
- Cuideu aspectes de la vostra vida quotidiana com ara la dieta, l'exercici físic i el son.

Normes per ordenar les activitats relacionades amb la dieta, l'exercici físic i el son.

DIETA

- La dieta ha de ser variada, sana, agradable i correcta en calories per mantenir un pes adequat.
- Convé que reduïu el consum de greixos animals, sucres refinats i dolços, i eviteu també l'excés de begudes amb cafeïna i d'alcohol.
- És molt recomanable que respecteu els horaris dels menjars i que us prengueu el temps necessari per gaudir de l'alimentació.
- És recomanable que feu el possible per gaudir i cuidar les relacions en totes les ocasions que pugueu menjar en família.

EXERCICI FÍSIC

- El fet de fer exercici físic de forma regular us augmentarà l'esperança de vida i us ajudarà a mantenir la salut física i mental.
- És recomanable que feu l'exercici integrant l'activitat física en la vostra vida quotidiana: podeu caminar, pujar escales, passejar... Fer exercici físic no implica arribar a fer un esforç "de competició". Nivells raonables d'exercici són beneficiosos.
- No és necessari que feu tota l'activitat física "d'una vegada"; podeu practicar tot l'exercici desitjable de forma intercalada durant el dia. Si feu uns 30 minuts d'activitat física moderada la majoria dels dies de la setmana, serà suficient perquè aconseguiu els efectes saludables que comporta l'exercici físic.
- També si sou una persona gran, amb algun grau d'incapacitat i romaneu sedentària en el vostre domicili podeu millorar aspectes com ara l'equilibri, la força i la incapacitat, si realitzeu exercicis físics adaptats a la vostra situació personal.

SON

El descans adequat beneficia la vostra salut mental. Les recomanacions següents poden resultar-vos útils:

- És convenient mantenir un patró de son regular tots els dies, ficar-vos al llit i aixecar-vos a la mateixa hora. Eviteu acostumar-vos a desplaçar el moment d'aixecar-vos durant els caps de setmana més de 2 hores respecte del vostre horari habitual (si durant la setmana descanseu prou hores).
- Si el son és reparador (sense interrupcions brusques ni sobresalts), una persona adulta, és suficient que dormi unes 7-8 hores diàries, encara que les hores que necessita cada persona per sentir-se descansada varien entre els individus.
- És bo que feu alguna activitat lleugera i relaxant l'hora prèvia a ficar-vos al llit (llegir, escoltar música, dutxar-vos...), evitant situacions que us activin o impliquin emocionalment.
- Quan decidiu ficar-vos al llit, utilitzeu el llit i el dormitori només per dormir, mantingueu-vos inactiu/iva mentre intenteu agafar el son (no mireu la TV, ni escolteu la ràdio, ni llegiu).
- Cal que eviteu el consum de begudes amb cafeïna i l'alcohol; poden fragmentar el son. En canvi, podeu prendre alguna cosa lleugera, com ara un got de llet, abans de ficar-vos al llit; us pot ajudar a agafar la son.
- És convenient disposar d'un ambient adequat en el dormitori. L'habitació ha d'estar fosca, silenciosa, ventilada i a la temperatura adequada.
- Si esteu acostumat/ada a fer la migdiada, no la perllongueu més de 30 minuts.

2. CUIDAR LA RELACIÓ AMB ELS ALTRES

Recomanacions generals

- Compartiu les coses de cada dia amb una o més persones de confiança. Fer-ho us protegeix dels trastorns mentals. Tenir animals de companyia també us pot ajudar.
- Compartiu els problemes amb altres persones que hagin passat per circumstàncies semblants a les vostres. Això us pot ajudar a trobar una solució al conflicte i a sentir-vos menys sols/soles.
- Dediqueu temps a la família i als amics; alimenteu aquestes relacions constantment i busqueu el temps necessari per fer-ho.
- Procureu fer noves amistats i conservar les ja existents. Els amics ajuden a sentir major confiança en un mateix. L'amistat pressuposa un intercanvi: donar suport als altres i, alhora, rebre'n d'ells.
- Relativitzeu les preocupacions que us crea la feina. Procureu "desconnectar" després de la jornada laboral.

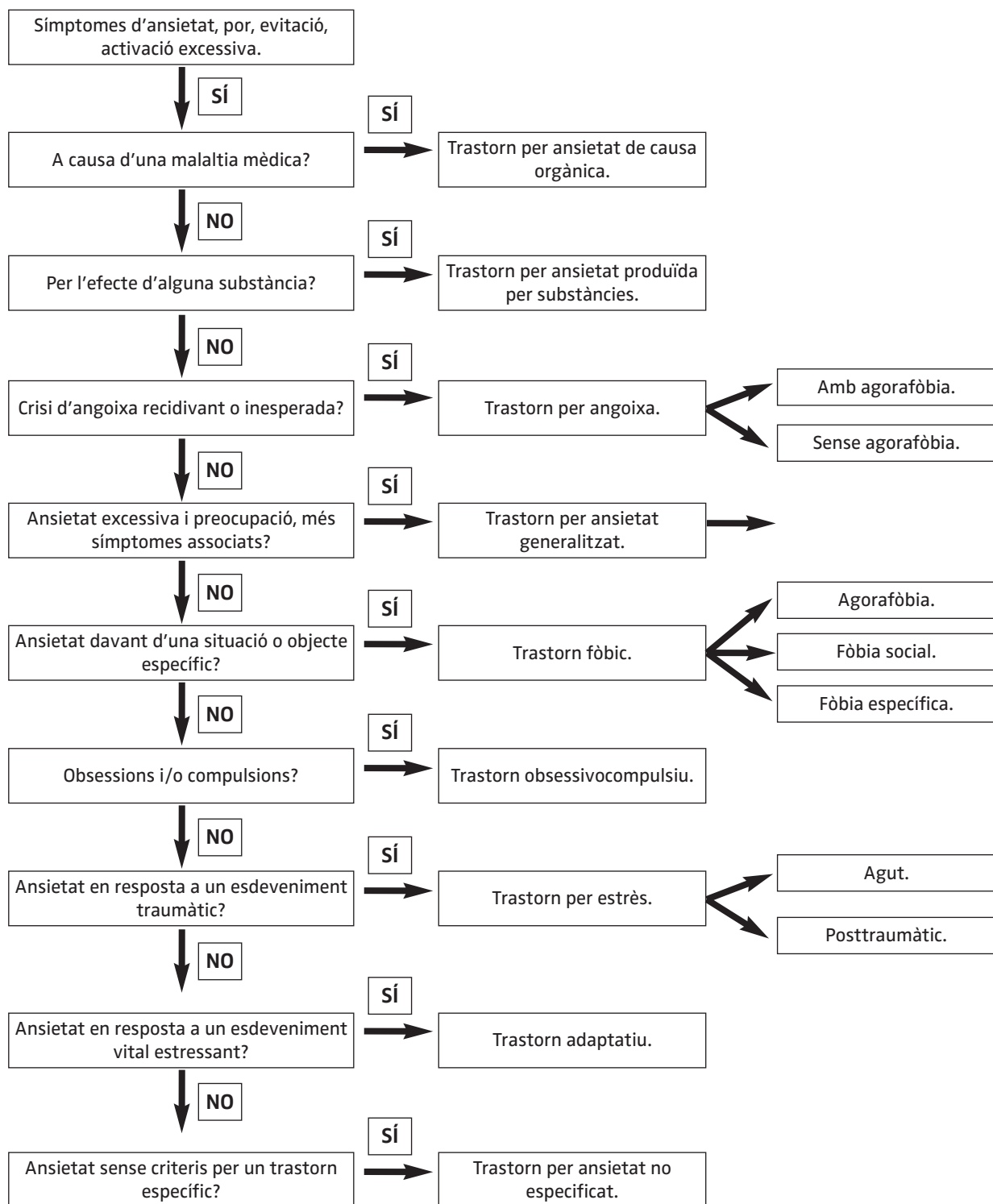
En ocasions, no obstant això, encara que les persones intentem cuidar el nostre equilibri mental, sentim que la nostra salut es ressent i es veu afectada per diverses circumstàncies: la feina, les dificultats econòmiques, els conflictes de la relació amb els altres, els problemes de salut (propis o de les persones properes) o per alguna raó no identificada. En aquests casos, convé que prenguem una decisió que pot ser crucial per no allargar un sofriment evitable en la immensa majoria dels casos. A continuació us assenyalem algunes normes que us poden ser útils per ajudar-vos a decidir sobre la necessitat de demanar ajuda a un professional.

QUAN DEMANAR AJUDA A UN PROFESSIONAL?

- Si els sentiments de malestar us arriben a desbordar, fent-vos sentir que no gaudiu de la vida suficientment.
- Si aprecieu que el vostre estat de salut no és adequat o apareixen símptomes (marejos, mals de cap, vertígens...) que no us expliquen i que abans no patíeu.
- Si viviu la feina com una sobrecàrrega, cada vegada més gran.
- Si existeixen conflictes a la llar que posen en perill l'estabilitat de la família.
- Si després de la mort o de la pèrdua d'un ésser estimat, existeixen dificultats per "anar endavant".
- Si existeix un consum excessiu d'alcohol o d'altres drogues que interfereix en la vostra vida.
- Si existeix un deteriorament permanent en la quantitat o qualitat del descans nocturn.

Elaborat pel Grup de Treball de Salut Mental del Programa d'activitats preventives i de promoció de la salut (PAPPS).

Annex. Full de recomanacions per a la promoció de la salut mental (PAPPS).



Annex. Algorisme diagnòstic dels trastorns per ansietat.

Escales "A" (ANSIETAT)

1. Us heu sentit molt excitat, nerviós o en tensió?
2. Heu estat molt preocupat per alguna cosa?
3. Us heu sentit molt irritable?
4. Heu tingut dificultat per relaxar-vos?

(Continueu si dues o més respostes són afirmatives.)

5. Heu dormit malament, heu tingut dificultats per dormir?
6. Heu tingut mals de cap o de clatell?
7. Heu tingut algun dels símptomes següents: tremolors, formigueigs, marejos, suors, diarrea?
8. Heu estat preocupat per la vostra salut?
9. Heu tingut alguna dificultat per agafar el son, per quedar-vos adormit?

Escales "D" (DEPRESSIÓ)

1. Us heu sentit amb poca energia?
2. Heu perdut l'interès per les coses?
3. Heu perdut la confiança en vosaltres mateixos?
4. Us heu sentit desesperat, sense esperança?

(Continueu si hi ha respostes afirmatives a qualsevol de les preguntes anteriors)

5. Heu tingut dificultats per concentrar-vos?
6. Heu perdut pes? (a causa de falta de gana).
7. Us heu estat despertant massa aviat?
8. Us heu sentit lent?
9. Creieu que heu tingut tendència a trobar-vos pitjor pels matins?

Aplicació i interpretació de l'EADG

- Només s'han de puntuar els símptomes que durin més de 2 setmanes. Les quatre primeres preguntes de les subescales d'ansietat i depressió són obligatòries, i només en cas de contestar-ne afirmativament dues o més preguntes d'ansietat o, almenys una de depressió, heu de prosseguir amb les cinc restants (5-9).
- La puntuació és independent per a cada escala.
- El punt de tall per a "ansietat probable" és ≥ 4 i per a "depressió probable" ≥ 2 .

Límits de l'EADG

- És important assenyalar que l'EADG no ens proporciona el diagnòstic d'un "cas psiquiàtric", sinó que tan sols indica la probabilitat que ho sigui: el diagnòstic definitiu ha de confirmar-se amb una entrevista diagnòstica semioberta o dirigida.
- Falsos positius: malalties somàtiques greus, dolor, estrès o adversitats recents, problemàtica social greu, afectació cerebral i situacions especials.
- Falsos negatius: trastorns crònics, personalitats anormals, conductes de negació, afectació cerebral, conveniència social i alcoholisme i drogodependència.

Annex. Escala d'ansietat-depressió de Goldberg (EADG)

DEPRESSIÓ

Codi ECAP

F32: Episodi depressiu.

F32.3: Episodi depressiu amb símptomes psicòtics.

F33: Depressió recurrent.

F41.2: Trastorn mixt d'ansietat i depressió.

F53: Trastorns mentals i del comportament associats al puerperi.

POBLACIÓ DIANA

Tota la població atesa a partir dels 15 anys d'edat amb factors de risc o símptomes d'alarma.

OBJECTIUS

Cal:

- Establir el diagnòstic diferencial entre la depressió menor o el trastorn adaptatiu amb estat d'ànim depressiu i el dol o la depressió major.
- Tractar les formes de depressió lleu o moderada (vg. l'annex).
- Derivar a salut mental els casos de depressió major greu i/o recurrents.

FACTORS DE RISC I SÍMPTOMES D'ALARMA:

1. Símptomes i conductes suggerents de psicopatologia

- Pacients amb manifestacions psicopatològiques.
- Pacients amb símptomes somàtics inespecífics (mareig, dolor crònic, parestèsies, cefalees...).
- Pacients consumidors habituals de psicofàrmacs o substàncies psicoactives.
- Pacients pluriconsultants i/o hiperfreqüentadors.

2. Transicions psicossocials amb factors que dificulten la seva elaboració, en especial ruptura matrimonial, embaràs, naixement d'un fill amb disminució, atur, pèrdua d'un progenitor o d'un altre familiar, emigració desatesa psicossocialment, jubilació, pèrdua de funcions físiques, dol, malaltia a la família.

PREGUNTES INICIALS CLAU

1.- Durant el darrer mes, heu estat preocupat perquè us sentíeu decaigut, deprimat o sense esperança?

2.- Durant el darrer mes, sovint heu estat preocupat perquè heu sentit poc interès o il·lusió per fer les coses?

La resposta afirmativa a qualsevol de les 2 preguntes (cal fer-les totes 2) aconsella descartar la depressió amb una entrevista clínica estandarditzada.

També pot ser útil l'ús de qüestionaris com ara l'Escala d'ansietat-depressió de Goldberg (EADG), a la població adulta (vg. l'annex).

ASPECTES CLAU

- Interferència en el funcionament familiar, social o laboral.
- Disponibilitat de suport familiar i social.
- Ideació o plans de suïcidi (cal preguntar sempre sobre aquest aspecte).
- Durada del trastorn: en trastorns crònics, cal fer el diagnòstic diferencial amb el trastorn de la personalitat associat a distímia.

CRITERIS DE BONA PRÀCTICA

A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

- Detectar la depressió precoçment i definir-ne la gravetat. Avaluat el risc de suïcidi. En la depressió postpart, pot ser útil l'escala d'Edimburg (EPDS) (vg. l'annex).
- Fomentar les mesures no farmacològiques d'entrada en els casos de depressió lleu-moderada i en els trastorns adaptatius: exercici físic regular, activitats de socialització.
- Fer activitats grupals psicoeducatives en els casos de depressió menor o en els trastorns adaptatius.
- Evitar de tractar, d'entrada, amb fàrmacs, la depressió lleu o moderada.
- Prescriure fàrmacs antidepressius en depressió moderada que no respon a tractaments de suport o altres recursos no farmacològics.
- Assegurar el control i seguiment dels casos.
- Valorar les necessitats de suport i ajuts socials, especialment en la gent gran
- Registrar-ho tot a la història clínica.
- Controlar la demanda del tractament psicofarmacològic, els seus efectes secundaris, la dependència i la síndrome d'abstinència.

CRITERIS DE DERIVACIÓ

- Trastorn que interfereix de forma perllongada en la vida quotidiana del pacient o el seu entorn.
- Manca de resposta a les 4-6 setmanes de tractament pel metge de família o empitjorament clínic.
- Depressió recurrent.
- Ideació i/o pla suïcida o antecedents d'intent de suïcidi.
- Quan els recursos que requereix el pacient no estan a l'abast del metge de família.
- Afavoriment, quan estiguin indicada, de la provisió dels tractaments en què l'evidència científica ha demostrat major efectivitat clínica: teràpia de resolució de problemes, suport psicològic amb objectius a mitjà termini i psicofàrmacs en els casos indicats pels professionals especialistes en salut mental.
- Valoració addicional dels antecedents, història familiar, discapacitat associada i disponibilitat de suport social. La derivació a salut mental ha de tenir en compte també aquests criteris (vg. l'annex).

Bibliografia

- Tizón García JL, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso C, García Campayo J, Montón Franco C, Redondo Granado MJ. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. *Aten Primaria* 2001; 28 (supl. 2): 96-160.
- NICE. Depression: management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 23. London: National Institute for Clinical Excellence (NICE); December 2004.
- Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM, Rodgers B. Effectiveness of complementary and self-help treatments for depression *MJA* 2002; 176: S84-S96.
- Philippe Pignarre. La depresión. Una epidemia de nuestro tiempo. Barcelona: Random House Mondadori S.A; 2003.
- Briffault X, Caria A, Finkelstein C, Herique A, Nuss Ph, Terra JL, Wooley S. La dépression. En savoir plus pour en sortir. Paris. Institut National de Prévention et d'éducation pour la santé (INPES); 2007 Disponible a internet a:
http://www.info-depression.fr/dist/_doc/DEPRESSION_LIVRET.pdf
- Depresión. Atención a la depresión en APSM. A: Tizón JL, San José J, Nadal D. Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental (2ª ed.). Barcelona: Herder; 2000 (pàgs.: 111-132).

DEPRESSIÓ

Presenta el pacient alguna d'aquestes situacions?

1. Síntomes i conductes suggerents de psicopatologia

- Pacients amb manifestacions psicopatològiques.
- Pacients amb símptomes somàtics inespecífics (mareig, dolor crònic, parestèsies, cefalees...).
- Pacients consumidors habituals de psicofàrmacs o substàncies psicoactives.
- Pacients pluriconsultants i/o hiperfreqüentadors.

2. **Transicions psicossocials amb factors que dificulten la seva elaboració**, en especial ruptura matrimonial, embaràs, naixement d'un fill amb disminució, atur, pèrdua d'un progenitor o d'un altre familiar, emigració desatesa psicossocialment, jubilació, pèrdua de funcions físiques, dol, malaltia a la família.

NO

Seguiment habitual pacient.

SÍ

CAL FER LES PREGUNTES CLAU:

- 1.- Durant el darrer mes, heu estat preocupat perquè us heu sentit decaigut, deprimat o sense esperança?
- 2.- Durant el darrer mes, sovint heu estat preocupat perquè heu sentit poc interès o il·lusió per fer les coses?

La resposta afirmativa a qualsevol de les 2 preguntes (cal fer-les les 2), obliga a descartar depressió amb entrevista clínica estandarditzada.

Alguna de les preguntes ha tingut una resposta afirmativa?

NO

Seguiment del pacient.

SÍ

Cal:

- Avaluar la interferència en el funcionament familiar, social o laboral.
- Avaluar la disponibilitat de suport familiar i social.
- Avaluar la durada del trastorn: en trastorns crònics, cal fer un diagnòstic diferencial amb trastorn de la personalitat associat a distímia.
- Definir la gravetat de la depressió (vg. annex). Avaluar el risc de suïcidi. En la depressió postpart, pot ser útil l'Escala d'Edimburg (EPDS) (vg. annex).
- Fomentar les mesures no farmacològiques d'entrada en els casos de depressió lleu-moderada i en els trastorns adaptatius: exercici físic regular, activitats de socialització.
- Fer activitats grupals psicoeducatives en els casos de depressió lleu-moderada o en els trastorns adaptatius.
- Evitar de tractar, d'entrada, amb fàrmacs, la depressió lleu-moderada. Fàrmacs antidepressius en depressió moderada que no respon a tractament de suport o altres recursos no farmacològics. Assegurar sempre un control i seguiment dels casos.
- Valorar les necessitats de suport i ajuts socials, especialment en la gent gran.
- Registrar-ho tot a la història clínica.
- Controlar la demanda de tractament psicofarmacològic, els seus efectes secundaris, la dependència i la síndrome d'abstinència.

CRITERIS DE DERIVACIÓ A SALUT MENTAL

- Trastorn que interfereix de forma perllongada en la vida quotidiana del pacient o el seu entorn.
- Manca de resposta a les 4-6 setmanes de tractament pel metge de família o empitjorament clínic.
- Depressió recurrent.
- Ideació i/o pla suïcida o antecedents d'intent de suïcidi.
- Quan els recursos que requereix el pacient no estan a l'abast del metge de família.
- Valoració addicional dels antecedents, història familiar, discapacitat associada i disponibilitat de suport social (vg. annex).

Presentar la majoria dels dies, la major part del temps, durant almenys 2 setmanes, els símptomes següents:

- Tristesa persistent o estat d'ànim baix (*) (#).
- Pèrdua d'interès o de la capacitat per experimentar plaer (*) (#).
- Fatiga o baixa energia (*) (#).

- Trastorn de la son.
- Dificultat per concentrar-se o per prendre decisions.
- Baixa autoestima.
- Disminució o augment de la gana.
- Pensaments o actes suïcides.
- Agitació o lentitud de moviments.
- Sentiments de culpa o autoagressions.

DEPRESSIÓ LLEU: quatre símptomes.

DEPRESSIÓ MODERADA: cinc o sis símptomes.

DEPRESSIÓ GREU: set o més símptomes, amb símptomes psicòtics o sense.

(#) *La tristesa o fatiga/baixa energia d'anys d'evolució sense fluctuacions importants de l'estat d'ànim orienta cap al diagnòstic de trastorn de la personalitat associat a distímia, més que a depressió.*

(*) Símptomes CLAU (en negreta). Es requereix, com a mínim, un d'aquests símptomes per fer el diagnòstic de depressió. Si existeix, almenys, un d'aquests símptomes, cal valorar els següents.

Annex. Classificació de la depressió segons la gravetat (adaptat de *National Institute for Clinical Excellence [NICE]. Depression: management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 23. London: National Institute for Clinical Excellence [NICE]; December 2004*).

VALORACIÓ ADDICIONAL DELS ANTECEDENTS, HISTÒRIA FAMILIAR, DISCAPACITAT ASSOCIADA I DISPONIBILITAT DE SUPORT SOCIAL. EN FUNCIÓ DE LES TROBALLES, ES RECOMANA SEGUIR LES CONDUCTES SEGÜENTS:

RECOMANACIONS GENERALS DE SUPORT I CONDUCTA EXPECTANT ACTIVA (*)

- Quatre símptomes o menys.
- Sense antecedents personals o familiars.
- Disponibilitat de suport social.
- Símptomes intermitents o de menys de 2 setmanes d'evolució.
- Pacient sense idees ni pla suïcida.
- Escassa disfunció social associada.

TRACTAMENT MÉS ACTIU A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

- Cinc símptomes o més.
- Antecedents personals o familiars de depressió.
- Baix nivell de suport social.
- Pensaments suïcides.
- Disfuncions socials associades.

DERIVACIÓ A SALUT MENTAL

- Resposta pobre o incompleta a dues intervencions.
- Episodi recurrent en el període d'un any previ.
- Sol·licitud del pacient o dels familiars.
- Autonegligència.

DERIVACIÓ URGENT A PSIQUIATRIA O A URGÈNCIES D'UN HOSPITAL

- Idees o plans suïcides actius.
- Símptomes psicòtics.
- Agitació greu associada a 7 o més símptomes.
- Autonegligència greu.

(*) És prudent citar el pacient a les 2 setmanes i valorar la seva situació novament (conducta expectant activa).

Annex. Aspectes biopsicosocials clau a tenir en compte per a la valoració addicional de la depressió a l'atenció primària. *Modificada de NICE. Depression: management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 23. London: National Institute for Clinical Excellence (NICE); December 2004.*

QÜESTIONARI SOBRE LA DEPRESSIÓ POSTNATAL D'EDIMBURG (EPDS)

Volem saber com us sentiu, si heu tingut un fill recentment. Per favor, marqueu la resposta que més s'acosti a com us heu sentit en ELS DARRERS 7 DIES, no només com us sentiu avui.

En els darrers set dies:

1. Heu estat capaç de riure i veure el costat bo de les coses?

Tant com sempre

No tant

Molt menys

No, no he pogut

2. Heu mirat el futur amb plaer?

Tant com sempre

Una mica menys de com ho solia fer

Definitivament menys

No, gens

***3. Us heu culpats sense necessitat quan les coses no sortien bé?**

Sí, la majoria de les vegades

Sí, algunes vegades

No gaire sovint

No, mai

4. Heu estat ansiosa i preocupada sense motiu?

No, gens

Gairebé gens

Sí, de vegades

Sí, sovint

***5 Heu sentit por i pànic sense cap motiu?**

Sí, bastant

Sí, de vegades

No, no gaire

No, gens

***6. Heu pensat que les coses us superaven, us sobrepassaven?**

Sí, la major part de les vegades

Sí, de vegades

No, gairebé mai

No, gens

***7. Us heu sentit tan infeliç que heu tingut dificultats per dormir?**

Sí, la majoria de les vegades

Sí, de vegades

No gaire sovint

No, gens

***8 Us heu sentit trista i desgraciada?**

Sí, gairebé sempre

Sí, bastant sovint

No molt sovint

No, gens

***9 Heu estat tan infeliç que heu plorat?**

Sí, gairebé sempre

Sí, bastant sovint

Només en ocasions

No, mai

***10 Heu pensat a fer-vos mal?**

Sí, bastant sovint

De vegades

Gairebé mai

No, mai

Nom: _____

Adreça: _____

Data de naixement: _____

Data de naixement del nadó: _____

Telèfon: _____

Instruccions per a l'ús del Qüestionari sobre depressió postnatal d'Edimburg

1. Heu de demanar-li a la mare que marqui la resposta més afí a com s'ha sentit en els darrers 7 dies.
2. Cal que completi totes les preguntes.
3. Heu de prendre la precaució d'evitar la possibilitat que la mare discuteixi les respostes amb els altres. (Les respostes han de ser de la mare o de la dona embarassada).
4. La mare ha de completar el qüestionari per si sola, tret que tingui dificultat amb la lectura.
5. El qüestionari pot ser utilitzat de sis a vuit setmanes després del part. L'àmbit hospitalari i d'atenció primària, en la visita postnatal, així com les llars de mares, poden ser oportunitats útils per completar-lo.

Interpretació de la puntuació

L'escala EPDS conté 10 ítems amb quatre possibles alternatives de resposta, d'acord amb la gravetat dels símptomes durant la darrera setmana, puntuats de 0 a 3. El rang total va de 0 a 30 .

PREGUNTES 1, 2 i 4 (sense un asterisc *) es qualifica de 0, 1, 2 o 3, donant-li la puntuació de 0 a la primera línia i 3 a l'última línia.

PREGUNTES 3, 5, 6, 7, 8, 9 i 10 (marcades amb un asterisc*) són qualificades a la inversa; es qualifica de 0, 1, 2 o 3, donant-li la puntuació de 3 a la primera línia i 0 a l'última línia.

Puntuació màxima: 30.

Possible depressió: 10 o major.

Les mares que obtenen una puntuació més alta de 13 poden patir un trastorn depressiu de gravetat variable.

La puntuació de l'EPDS no té el mateix valor que el diagnòstic clínic. Per confirmar el diagnòstic s'haurà de dur a terme una avaluació clínica detallada.

El qüestionari indica com s'ha sentit la mare durant la setmana prèvia. En casos dubtosos pot ser útil repetir el qüestionari després de 2 setmanes. El qüestionari no podrà detectar les mares amb neurosi, fòbies ni trastorns de la personalitat.

Annex. Qüestionari sobre la depressió postnatal d'Edimburg (EPDS)

(s'indiquen també les instruccions per a l'ús del qüestionari i recomanacions per a la interpretació de la puntuació).

DISTÍMIA

Codi ECAP

F34.1: Distímia.

DEFINICIÓ

Estat d'ànim deprimat quasi diàriament durant, com a mínim, dos anys, però que no reuneix els criteris de gravetat de la depressió major.

FACTORS DE RISC

Pacients amb trets de la personalitat predisposants: emotivitat, gran dependència de l'entorn, egocentrisme marcat, poca tolerància a la frustració, trets histriònics, preocupació excessiva per la salut.

CRITERIS DE BONA PRÀCTICA

Diagnòstic:

• Per reunir criteris de distímia cal presentar, **almenys durant 2 anys, un mínim de dos símptomes d'entre els següents:**

1. Poques ganes de menjar o excessives.
2. Insomni o hipersòmia.
3. Fatiga o baix estat d'energia.
4. Poca autoestima.
5. Indecisió o poca capacitat de concentració.
6. Sentiments de desesperança o pessimisme.

• Cal fer el diagnòstic diferencial respecte de les malalties associades.

• Cal fer el diagnòstic diferencial respecte dels símptomes residuals d'una depressió major no completament recuperada.

Tractament:

- Tractament de suport psicològic.
- Suport en grups psicoeducatius, d'autoajuda o de xarxa social.
- D'entrada, no està indicat el tractament farmacològic. Pot estar indicat puntualment en els agreujaments depressius desencadenats per qualsevol esdeveniment vital, frustració o pèrdua (períodes en què pugui complir criteris de depressió major moderada-greu).
- Afavoriment de la continuïtat en els tractaments psicològics, fins i tot en les crisis.
- Activitat física: gimnàstica.

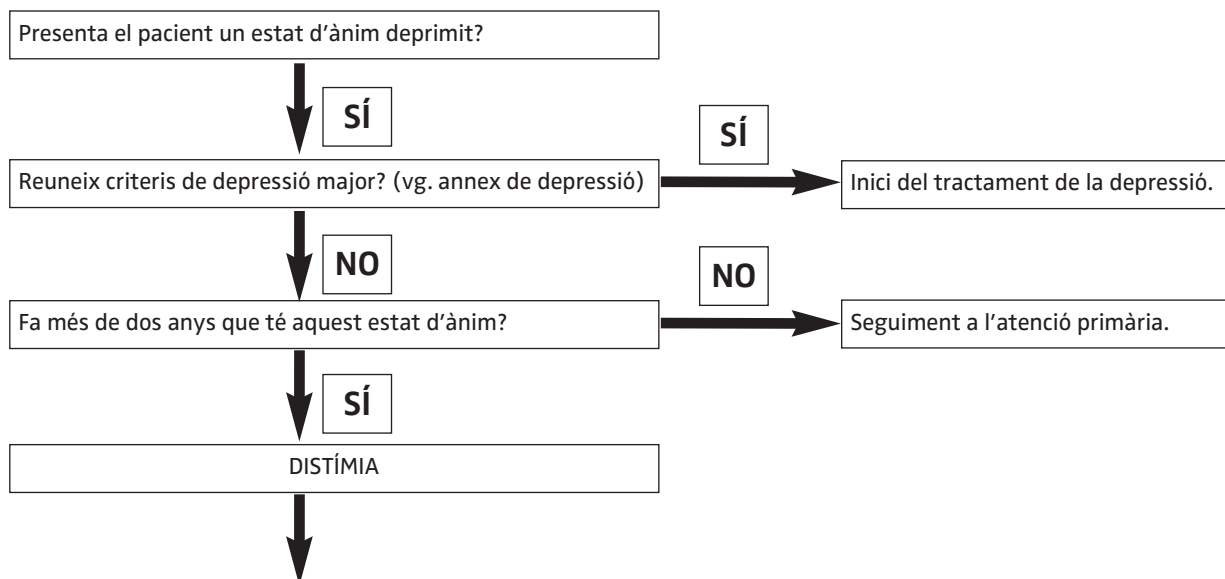
CRITERIS DE DERIVACIÓ

Empitjorament dels símptomes depressius que no responen als tractaments anteriors.

Bibliografía

- CIE. 10. Capítulo V: Pautas diagnósticas y de actuación en los trastornos mentales en atención primaria. Madrid: Izquierdo, S.A.; 1996.
- Vázquez – Barquero AL. Psiquiatría en atención primaria. Madrid: Aula Médica; 2007(246-249).
- Vallejo, J. Introducción a la psicopatología y psiquiatría (6ª ed.). Barcelona: Masson; 2006.
- Tizón JL, San José J, Nadal D. Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental (2ª ed.). Barcelona: Herder; 2000.

DISTÍMIA



Criteris de bona pràctica

Diagnòstic:

- Per reunir criteris de distímia cal presentar, **almenys durant 2 anys, un mínim de 2 símptomes d'entre els següents:**

1. Poques o excessives ganes de menjar.
2. Insomni o hipersòmnia.
3. Fatiga o baix estat d'energia.
4. Poca autoestima.
5. Indecisió o poca capacitat de concentració.
6. Sentiments de desesperança o pessimisme.

- Cal fer el diagnòstic diferencial amb malalties associades.
- Cal fer el diagnòstic diferencial amb símptomes residuals d'una depressió major no completament recuperada.

Tractament:

- Tractament de suport psicològic.
- Suport en grups psicoeducatius.
- D'entrada, no està indicat el tractament farmacològic. Pot estar indicat puntualment en els agreujaments depressius desencadenats per qualsevol esdeveniment vital, frustració o pèrdua (períodes en què pugui reunir criteris de depressió major moderada-greu).

Criteris de derivació?

- Empitjorament dels símptomes depressius que no milloren amb els tractaments anteriors.

TRASTORN PSICÒTIC

Codi ECAP

- F20:** Esquizofrènia.
- F22:** Trastorn delirant.
- F25:** Trastorn esquizoafectiu.
- F29:** Psicosi d'origen no orgànic, inespecífica.
- F31:** Trastorn afectiu bipolar.

POBLACIÓ DIANA

Tota la població atesa a partir dels 15 anys d'edat amb signes o símptomes d'alarma o diagnòstic establert de trastorn psicòtic.

OBJECTIUS

- Fer detecció precoç. Avaluat els signes i símptomes d'alarma. Cal derivar tots els casos, prèvia vinculació assistencial adequada amb els professionals d'atenció primària.
- Assegurar-nos que el pacient rep una atenció adequada pels serveis de salut mental, de les patologies agudes i cròniques, al llarg de la seva vida, una vegada diagnosticat.

SÍMPTOMES D'ALARMA

- Irritabilitat.
- Pèrdua de concentració, pensaments molt reiteratius.
- Abúlia, falta de motivació.
- Ansietat.
- Sentiment d'inseguretat.
- Astènia permanent.
- Desconfiança, suspicàcia, sentiments de persecució.
- Actitud agressiva.
- Aïllament social i dels amics.
- Conductes o actituds percebudes com a "rars" pel professional o per la família del pacient.
- Excessiva preocupació per "coses misterioses".

ASPECTES CLAU QUE CAL VALORAR (en cas de sospita de psicosi):

- Funcionament social (llar, família, educació, treball, activitats d'oci, interès en la xarxa social).
- Estat cognitiu (delusions, al·lucinacions).
- Estat d'ànim.
- Curs del pensament. (desordre, confusió).
- Consum de drogues (tabac, alcohol i altres).

PREGUNTES CLAU (requereixen una mínima vinculació prèvia amb el patiment del pacient):

- Com us trobeu? (cal començar per una pregunta oberta).
- En els darrers temps creieu que algú us vol fer mal o us vigila?
- Creieu que algú sap el que penseu?
- Alguna vegada heu sentit veus que altres no senten?
- En cas de dubte, podeu utilitzar un qüestionari, com ara l'ERlraos.

EN CAS DE SOSPITA FONAMENTADA

Cal:

- Establir el diagnòstic diferencial amb psicosis secundàries a patologia orgànica o a consum de drogues.
- Derivar el pacient als serveis de salut mental, prèvia vinculació adequada amb els professionals d'atenció primària.
- Registrar-ho a la història clínica.
- Assegurar-nos del seguiment del pacient a través d'ell mateix o d'un familiar referent.

EN EL CAS DEL PACIENT DIAGNOSTICAT

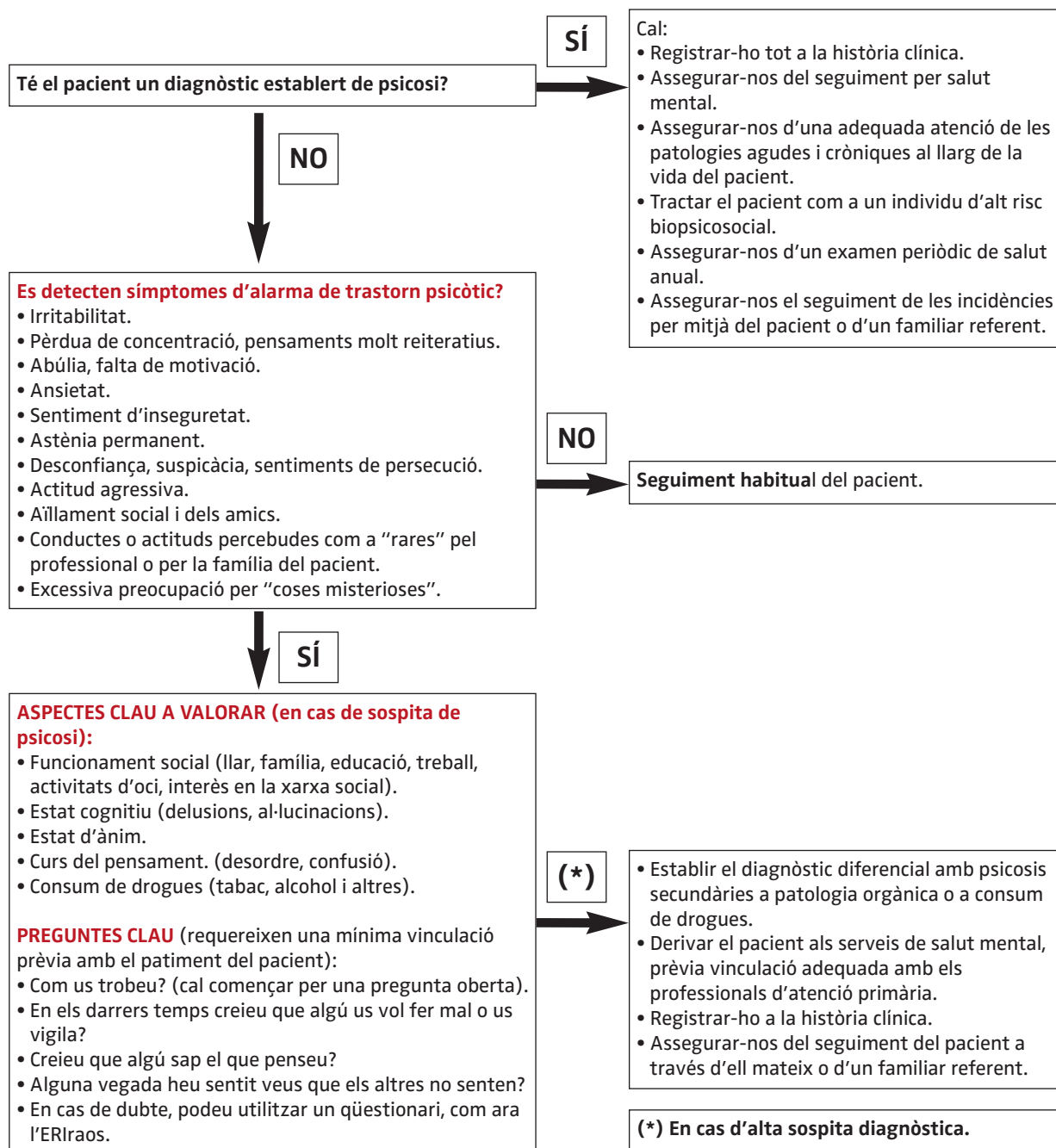
Cal:

- Registrar-ho a la història clínica.
- Assegurar-nos del seguiment per salut mental.
- Assegurar-nos d'una adequada atenció de les patologies agudes i cròniques al llarg de la vida del pacient.
- Tractar el pacient com a un individu d'alt risc biopsicosocial.
- Assegurar-nos d'un examen periòdic de salut (anual).
- Assegurar-nos del seguiment de les incidències per mitjà del pacient o d'un familiar referent.

Bibliografia

- Tizón García JL, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso C, García Campayo J, Montón Franco C, Redondo Granado MJ. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. *Aten Primaria* 2001; 28 (supl. 2): 96-160.
- Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. Clinical Guidelines 1. National Institute for Clinical Excellence (NICE). London: December; 2002.
- The early diagnosis and management of psychosis. A booklet for General Practitioners. Melbourne (Australia). ORYGEN; Youth Health: 2002.

TRASTORN PSICÒTIC



TRASTORN DE LA PERSONALITAT

Codi ECAP

- F60.0:** Trastorn paranoide.
- F60.1:** Trastorn esquizoide.
- F60.2:** Trastorn antisocial.
- F60.4:** Trastorn histriònic.
- F60.8:** Altres trastorns de la personalitat específics.
- F60.9:** Trastorn de la personalitat no especificat.

POBLACIÓ DIANA

Tota la població atesa a partir dels 15 anys d'edat amb símptomes que suggereixen trastorn de la personalitat.

OBJECTIU

- Avaluació diagnòstica dels individus amb signes o símptomes suggerents de presentar trastorn de la personalitat.
- Establiment d'una adequada vinculació assistencial.
- Derivació els casos diagnosticats greus als serveis de salut mental.

ASPECTES CLAU QUE CAL VALORAR

- La personalitat, cal entendre-la avui com un patró complex de característiques psicològiques, profundament incorporades en el psiquisme de l'individu, en gran part inconscients i difícilment modificables, que s'expressen de forma automàtica en quasi qualsevol àrea del funcionament psíquic.
- Quan les conductes dels pacients es desvien de les expectatives de la societat, generen conflictes que condicionen malestar i desadaptació psicològica. Els trastorns de la personalitat i les seves característiques clíniques es mostren a l'annex.

CRITERIS DE BONA PRÀCTICA

- Cuidar especialment els aspectes relacionals amb els pacients (vg. l'annex).
- Registrar-ho a la història clínica.
- En qualsevol cas, cal indicar i motivar el pacient per a:
 - Les relacions socials.
 - Els grups profans.
 - Les activitats físiques.
 - La xarxa social.
- La realització de psicoteràpies específiques.

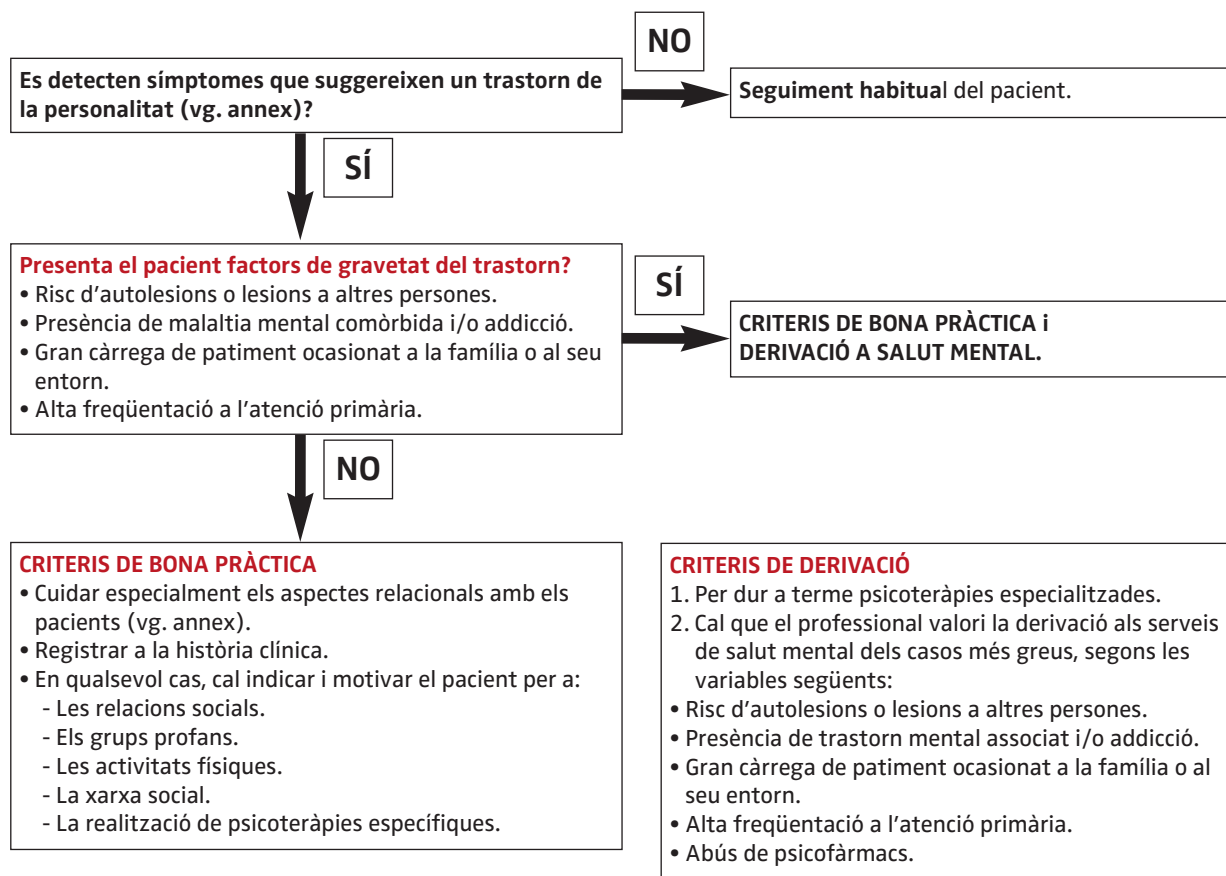
CRITERIS DE DERIVACIÓ

1. Per dur a terme psicoteràpies especialitzades.
2. Cal que el professional valori la derivació als serveis de salut mental dels casos més greus, segons les variables següents:
 - Risc d'autolesions o lesions a altres persones.
 - Presència de trastorn mental associat i/o addicció.
 - Gran càrrega de patiment ocasionat a la família o al seu entorn.
 - Alta freqüentació a l'atenció primària.
 - Abús de psicofàrmacs.

Bibliografia

- Tizón García JL, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso C, García Campayo J, Montón Franco C, Redondo Granado MJ. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. *Aten Primaria* 2001; 28 (supl. 2): 96-160.
- National Institute for Mental Health in England (NIMH). Personality disorder: no longer a diagnosis of exclusion. Policy implementation guidance for the development of services for people with personality disorder. London: NIMH; 2003.
- Mas Hesse J, Fernández Liria A. Trastornos de la personalidad *FMC* 2005; 12: 589-599.

TRASTORN DE LA PERSONALITAT



ANNEX

TIPUS DE TRASTORN DE LA PERSONALITAT	CARACTERÍSTIQUES CLÍNIQUES	PAUTES RELACIONALS RECOMANADES ALS PROFESSIONALS
Límit (borderline)	Inestabilitat en les relacions interpersonals, l'autoimatge i els afectes i marcada impulsivitat.	Mantenir-se receptiu. Acceptar les demandes del pacient, si són acceptables. Evitar actituds d'autodefensa tancada. Quan s'estableixen normes, fer-ho amb empatia. En la mesura del possible, mantenir l'enquadrament de l'entrevista, malgrat les pressions i urgències del pacient i de les seves contínues variacions i canvis, tant d'actitud com de demanda. És convenient tenir una actitud acollidora, però no il·limitada o que aparenti que no hi ha límits per a la nostra ajuda: més val aclarir els nostres límits que oferir el que després no podem mantenir.
Antisocial	Tendència a l'actuació. Indiferència i/o violació dels drets dels altres.	Explicitar normes clares de comportament. Mantenir l'enquadrament extern de la consulta, atès que l'intern és difícil (solen provocar-nos sentiments negatius). Procurar contenir la nostra irritació i les nostres tendències (especulars) a actuar. Pactar normes, però només les legals i èticament admissibles, i ser ferm en el compliment del pactat (drets i deures). Evitar aliances no clares o corruptes (col·lusions).
Histriònic	Emotivitat excessiva, dramatització, tendència a somatitzar i a les conversions, i desig de captar l'atenció.	Acceptar les manifestacions del pacient com a pròpies d'ell. Elogiar els aspectes positius als quals el pacient dóna poca importància, però que resulti útil destacar. Mantenir tant l'enquadrament extern com, en la mesura que puguem, l'intern: no deixar-nos seduir ni sorprendre per les dramatitzacions, ni creure'ns les idealitzacions del pacient sobre el nostre equip o sobre nosaltres mateixos, ni acceptar el menyspreu cap als altres... Evitar de deixar-vos maltractar o idealitzar. Evitar de caure en l'assistencialisme i la medicació excessiva: pensar-nos cada derivació, fàrmac, exploració... No hi ha fàrmacs que "curin" l'histrionisme, però molts poden empitjorar-lo, passivitzant i fent més dependent el consultant. Sobretot si hi ha "diagnòstics" sobreafegits del tipus "fibromiàlgia" i/o "fatiga crònica". El risc de medicar en excés, passivitzar i reduir l'autonomia del consultant són, llavors, enormes. Mantenir una actitud de "reducció del dany": "Potser jo no el puc ajudar gaire, però almenys intentaré ajudar-lo a què no li facin o no es faci mal..."
Narcisista (egocèntric)	Grandiositat, necessitat d'admiració i manca d'empatia. Tendència al control, al menyspreu i al triomf sobre els altres.	Mostrar interès. Elogiar les qualitats que ens siguin útils (p. e.: la constància, l'adhesió al tractament, si es donen). Atrevir-se a interpretar la transferència (fenomen universal inconscient i automàtic pel qual "tenyim" la nostra percepció del present o del passat amb les nostres representacions mentals i, en especial, amb els nostres afectes). Evitar de deixar-se maltractar i menysprear: Si apareixen aquestes situacions, aclarir l'actitud i el pacte de "no agressió". Evitar de cedir a medicacions o exploracions inútils: després en vindran altres.

ANNEX (continuació)

TIPUS DE TRASTORN DE LA PERSONALITAT	CARACTERÍSTIQUES CLÍNiques	PAUTES RELACIONALS RECOMANADES ALS PROFESSIONALS
Per evitació	Inhibició social, sentiments d'incapacitat i hipersensibilitat a la valoració negativa. Temors i pors excessives, en especial en les relacions socials o situacions de compromís.	Oferir protecció i suport elogiant les vertaderes qualitats del pacient. Evitar de fomentar la demanda de suport al professional: intentar desenvolupar les seves capacitats d'autonomia. Evitar els fàrmacs addictius o els que afavoreixen la dependència i la passivitat. Recomanar l'exercici físic en grup, la xarxa social, les relacions socials, els avenços laborals o escolars... Recollir cada avanç com un avanç...
Per dependència	Conducta submissa i adherent en relació amb una necessitat excessiva d'ésser cuidat.	Confiar en els criteris dels pacients que impliquin la presa de decisions. Donar suport a les actituds i als trets d'autonomia del pacient. Confiar en els criteris dels pacients que impliquin la presa de decisions. Donar suport a les actituds i als trets d'autonomia del pacient. Pactar compromisos que impliquin autonomia. Evitar de caure en l'assistencialisme i la medicació excessiva: pensar-nos cada derivació, fàrmac, exploració... No hi ha fàrmacs que "curin" les tendències dependents, però molts poden empitjorar-les, passivitzant i fent més dependent el consultant. Sobretot si hi ha "diagnòstics" sobreafegits del tipus "fibromiàlgia" i/o "fatiga crònica". El risc de medicar en excés, passivitzar i reduir l'autonomia del consultant són, llavors, enormes. Recomanar l'exercici físic en grup, xarxa social, relacions socials, avenços laborals o escolars... Evitar els fàrmacs addictius o que afavoreixen la dependència i la passivitat. Recollir cada avanç com un avanç...
Esquizoide	Aïllat de les relacions socials i amb restricció de la capacitat d'expressió emocional.	Mantenir la distància que marki el pacient. Escalfar la relació, però amb límits: parlant de les emocions, mantenint una actitud oberta i empàtica, acceptant les seves (limitades) expressions emocionals... Però estar atent als seus límits emocionals i procurar no forçar-los, si no és molt lentament. Amb precaució; una forma d'apropament és utilitzar el sentit de l'humor. Evitar els temes que incomodin el pacient. Mostrar empatia, amb una actitud professional.
Paranoide	Reserva, control, desconfiança i suspicàcia. Els motius dels altres s'interpreten com a malèvols.	Mantenir-se receptiu. Saber escoltar. Promoure l'autonomia del pacient. Evitar de col·ludir amb el pacient sobre els seus sentiments de persecució, ni contradir-los obertament. En un cas extrem, es pot utilitzar la tècnica de l'entrevista de les "realitats alternatives" ("Vostè i jo tenim una visió diferent d'aquesta qüestió, però podem acceptar que respectem l'opinió de l'altre"). Evitar la col·lusió amb les seves actituds reivindicatives i paranoides i, encara més, si són respecte a altres equips. Evitar les actituds d'autodefensa per no deixar-se involucrar en les seves fantasies i reivindicacions paranoides.

ANNEX (continuació)

TIPUS DE TRASTORN DE LA PERSONALITAT	CARACTERÍSTIQUES CLÍNiques	PAUTES RELACIONALS RECOMANADES ALS PROFESSIONALS
Obsessivcompulsiu	Preocupació per l'ordre, el perfeccionisme i el control.	Prioritzar amb cautela la importància del conjunt sobre els detalls, però atendre amb atenció les demandes que preocupen el pacient. Proporcionar normes simples de tractament, amb pragmatisme. Evitar de col·laborar amb la seva obsessivitat: per exemple, no recomanar-li activitats que impliquin un major control, autoexigència, sacrifici o més limitacions vitals que les imprescindibles.
Esquizotípic	Creences en el límit del racional i idees sobrevalorades. Sentiment d'incomoditat en les relacions estretes, distorsions cognitives i de la percepció i excentricitats en les conductes.	Acceptar el comportament del pacient, adaptant-se al seu ritme de llenguatge, a la forma de mirar. Adaptar les prescripcions a les seves peculiaritats. Mostrar empatia professional. Evitar de col·ludir amb els sentiments de persecució del pacient, ni contradir-los obertament. En casos extrems, es pot utilitzar la tècnica de l'entrevista de les "realitats alternatives" ("Vostè i jo tenim una visió diferent d'aquesta qüestió, però podem acceptar que respectem l'opinió de l'altre").

Annex. Característiques clíniques i pautes relacionals útils per als professionals d'APS en els diversos trastorns de la personalitat.

(Taula de Jorge L. Tizón i Ramon Ciurana, usant com a referència idees de "Health Canada. A report on mental illnesses in Canada. Ottawa. Canada, 2002" i de Real Pérez M, Real Pérez MA: El paciente raro (trastornos de la personalidad) a: Guía de actuación en Atención Primaria (coordinador: Jordi Espinás). Barcelona: SemFYC; 2002 (240-244).

SOMATITZACIÓ

Codi ECAP

F45.0: Trastorn de somatització

DEFINICIÓ

Expressió de queixes somàtiques reiterades per a les quals no s'identifica una causa orgànica definida.

CRITERIS DIAGNÒSTICS: vg. l'annex.

OBJECTIUS

- Prevenció primària. Identificació de la població de risc.
- Prevenció secundària . Detecció precoç.
- Identificació dels casos que requereixin derivació.

FACTORS DE RISC

- Família somatitzadora. Hi ha un aprenentatge en les conductes personals, culturals i familiars davant la malaltia.
- Persones amb dificultat per expressar i viure els seus sentiments i les seves emocions.
- Emigració desatesa psicosocialment.
- Antecedents de maltractaments.
- Trastorn de la personalitat antisocial.
- Familiars fòbics o amb ansietat excessiva.

CRITERIS DE BONA PRÀCTICA

Cal:

- Dur a terme una exploració clínica i una valoració mèdica acurada.
- Tenir present que l'expressió del malestar psicològic amb símptomes somàtics és molt freqüent en determinades cultures.
- Reconèixer que les seves queixes són reals.
- Fer comprendre que les seves emocions tenen a veure amb les queixes orgàniques.
- Ajudar els pacients a connectar amb el seu patiment psicològic.
- Tenir una actitud negociadora per organitzar el nombre de visites. Intentar visites regulars pactades.
- Tolerar la relació de dependència que crea el pacient amb nosaltres, posant límits per la nostra part.
- Potenciar recursos, com ara les activitats socials i l'exercici físic.
- Intentar implicar la família i recomanar-li que no potencii la conducta del pacient.
- Evitar, tant com sigui possible, les derivacions a l'especialista, les proves, la medicació excessiva.
- Evitar l'ús dels psicofàrmacs, si no hi ha comorbiditat que el justifiqui.
- Tractar els pacients crònics és molt complex. L'objectiu, en aquests casos, és més aviat tenir cura del pacient que guarir-lo, intentant evitar de fer-li mal i limitant un cost injustificat al sistema sanitari.
- Procurar de no alterar l'enquadrament ni intern ni extern.
- Afavorir i fer comprendre al pacient la necessitat de grups profans, grups d'autoajuda, grups de somatitzadors, activitat física i gimnàstica, activitats relacionals, activitats culturals i lúdiques.
- Reforçar-li l'autoestima i l'autonomia.
- Distingir què fer i què no fer: vg. annex.

CRITERIS DE DERIVACIÓ

- Si hi ha comorbiditat psiquiàtrica.
- En els casos que comportin una discapacitat familiar i social greu.

Bibliografia

- Vázquez-Barquero JL. Psiquiatría en atención primaria. Madrid: Grupo Aula Médica SA; 2007. 337-359.
- Caballero L. Trastornos somatomorfos. En: Roca M (ed). Trastornos neuróticos. Barcelona: Ars Médica; 2002 (pp. 385-421).
- Caballero, L. Trastornos disociativos y conversivos. En: Vallejo J, Leal C. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Ars Médica; 2005 (pàg. 1.311-1.341).
- Singh BS. Managing Somatoform disorders. Mental Health. Practice Essentials. Med J Aust; 1998: 572-577.
- Servan-Schreiber D, Kolb NR, Tabas G. Somatizing patients: Part I. Practical diagnosis. Am Fam Physician 2000; 61: 1.073-1.080.
- Servan-Schreiber D, Kolb NR, Tabas G. Somatizing patients: Part II. Practical management. Am Fam Physician 2000; 61: 1.423-1.428.
- Tizón JL, San José J, Nadal D. Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental (2ª ed.). Barcelona: Herder; 2000.

SOMATITZACIÓ

El pacient consulta reiteradament per símptomes físics sense objectivar-ne organicitat?

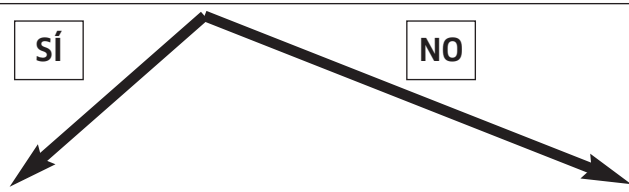


Presenta el pacient algun **factor de risc**:

- Família somatitzadora. Hi ha un aprenentatge en les conductes personals, culturals i familiars davant la malaltia.
- Persones amb dificultat per expressar i viure els seus sentiments i les seves emocions.
- Emigració desatesa psicosocialment.
- Antecedents de maltractaments.
- Trastorn de la personalitat antisocial.
- Familiars fòbics o amb ansietat excessiva.

SÍ

NO



CRITERIS DE BONA PRÀCTICA

- Dur a terme una exploració clínica i una valoració mèdica acurada.
- Tenir present que l'expressió del malestar psicològic amb símptomes somàtics és molt freqüent en determinades cultures.
- Reconèixer que les seves queixes són reals.
- Fer-li comprendre que les seves emocions tenen a veure amb les queixes orgàniques.
- Ajudar els pacients a connectar amb el seu patiment psicològic.
- Tenir una actitud negociadora per organitzar el nombre de visites. Intentar fer visites regulars pactades.
- Tolerar la relació de dependència que crea el malalt amb nosaltres, posant-li límits.
- Potenciar recursos com ara les activitats socials i l'exercici físic.
- Intentar implicar la família i recomanar-li que no potencïi la conducta del pacient.
- Evitar, tant com sigui possible, les derivacions a l'especialista, les proves, la medicació excessiva.
- Evitar l'ús dels psicofàrmacs, si no hi ha comorbiditat que el justifiqui.
- Tractar els pacients crònics és molt complex. L'objectiu, en aquests casos, és més aviat tenir cura del pacient que guarir-lo, intentant evitar de fer-li mal i limitant un cost injustificat al sistema sanitari.
- Procurar no alterar ni l'enquadrament intern, ni l'extern.
- Afavorir i fer-li comprendre al pacient la necessitat de grups profans, grups d'autoajuda, grups de somatitzadors, activitat física i gimnàstica, activitats relacionals, activitats culturals i lúdiques.
- Reforçar-li l'autoestima i l'autonomia.
- Què hem de fer i què hem d'evitar: vg. l'annex.

- El pacient presenta una preocupació excessiva o por a patir una malaltia greu.
Trastorn hipocondríac
- El pacient presenta símptomes simulats intencionalment.
Simulació
- El pacient presenta preocupació excessiva per tenir un defecte en l'aspecte físic.
Trastorn dismòrfic corporal

Presenta el pacient **critèris de derivació**?

- Comorbiditat psiquiàtrica.
- Casos que comportin una discapacitat familiar i social greu.

NO

S'ha de continuar el seguiment a l'atenció primària.

SÍ

Cal derivar-lo al centre de salut mental.

ANNEXOS

La classificació dels trastorns somatomorfs és variada i genera certa confusió.

Segons el DSM-IV els trastorns somatomorfs inclouen: trastorn per somatització, trastorn somatomorf indiferenciat, trastorn conversiu, trastorn per dolor, hipocondria, trastorn dismòrfic corporal i trastorn somatomorf no especificat.

Tots ells comparteixen les característiques següents:

- Els símptomes físics manifestats no s'expliquen per una malaltia orgànica definida.
- Ocasionen importants dificultats en la vida social, ocupacional i en altres àrees de la vida, a l'individu que els pateix.

A continuació s'exposen algunes definicions útils:

SOMATITZACIÓ: La tendència a experimentar, conceptualitzar i comunicar el malestar i els estats mentals com a símptomes físics o disfuncions corporals.

TRASTORN SOMATOMORF: La presència de símptomes físics que suggereixen, però que no queden completament explicats per un trastorn mèdic, per l'efecte directe dels fàrmacs o per un altre trastorn mental.

Els símptomes poden ocasionar malestar clínic significatiu o alteracions en els àmbits social i ocupacional o en altres àrees de funcionament. A diferència del que succeeix en el trastorn factici i la simulació, els símptomes físics no són intencionals.

TRASTORN PER SOMATITZACIÓ: És una versió extrema i poc freqüent del trastorn somatomorf, on el pacient durant molts anys busca atenció mèdica per símptomes físics diversos sense evidència de patologia orgànica. El diagnòstic del trastorn requereix la presència de 14 de 37 símptomes potencials en les dones i de 12 en els homes.

HIPOCONDRIA: Preocupació amb por de tenir una malaltia greu. La preocupació ha de persistir un temps mínim de 6 mesos, persistir malgrat una adequada avaluació mèdica i les explicacions tranquil·litzadores del professional i causar malestar clínic significatiu o alteració en el funcionament social, ocupacional o en altres àrees importants de la vida.

TRASTORN FACTICI: Producció intencional de símptomes falsos o enormement exagerats per raons que no són òbvies. Se suposa que existeix una necessitat psíquica d'assumir el paper de malalt i de rebre atenció. Els pacients presenten sovint la seva història amb exageració marcada (pseudologia fantàstica) i ingressen a l'hospital repetides vegades (síndrome de Munchausen). Cal fer el diagnòstic de simulació quan existeixen incentius externs per a aquesta conducta (per ex.: guany financer).

Significat clínic i glossari dels principals trastorns somatomorfs.

Atès que rarament es reuneixen tots els criteris requerits per a les classificacions més acadèmiques (DSM-IV), alguns autors consideren que a l'atenció primària resulta més pragmàtica la classificació dels trastorns somatomorfs següent:

1. Elevat nombre de símptomes funcionals (l'anomenada Síndrome per somatització). Representa l'expressió incompleta del Trastorn per somatització i no requereix un nombre tan elevat de símptomes per fer el diagnòstic. Es requereixen un mínim de tres símptomes exagerats (l'listat de símptomes i síndromes), que afecten, sovint, diversos sistemes orgànics i la presentació d'un curs crònic (de més de 2 anys de durada).
2. Hipocondriasi o "preocupació" per la malaltia.
3. Manifestacions somàtiques de l'ansietat i la depressió.

Classificació pragmàtica dels trastorns somatomorfs a l'atenció primària.

SÍMPTOMES GASTROINTESTINALS	SÍMPTOMES PSEUDONEUROLÒGICS	SÍNDROMES
<ul style="list-style-type: none"> • Vòmits. • Dolor abdominal. • Nàusees. • Meteorisme (gasos). • Diarrea. • Intolerància alimentària. 	<ul style="list-style-type: none"> • Amnèsia. • Dificultat per empassar. • Pèrdua de la veu. • Sordesa. • Visió doble o borrosa. • Ceguesa. • Debilitat. • Dificultat en la marxa. • Convulsions (pseudoconvulsions). • Debilitat muscular. • Dificultats per orinar. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Al·lèrgies alimentàries” vagues. • Dolor toràcic atípic. • Síndrome de l’articulació temporomandibular. • Hipoglicèmia. • Síndrome de fatiga crònica. • Fibromiàlgia. • “Deficiència vitamínica” vaga. • Síndrome premenstrual. • Sensibilitat química múltiple.
SÍMPTOMES DE DOLOR	SÍMPTOMES DELS ÒRGANS REPRODUCTIUS	SÍMPTOMES CARDIOPULMONARS
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor difús (“Em fa mal tot”). • Dolor a les extremitats. • Mal d’esquena. • Dolor articular. • Disúria. • Cefalea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensació de cremor als òrgans sexuals. • Disparèunia. • Dismenorrea. • Cicles menstruals irregulars. • Hipermenorrea. • Vòmits durant l’embaràs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispnea en repòs. • Palpitacions. • Dolor toràcic. • Vertigen.

Llistat de símptomes i síndromes relatats més freqüentment pels pacients amb somatitzacions.

Modificat de: Blackwell B, De Morgan NP. The primary care of patients who have bodily concerns. Arch Fam Med 1996;5: 457-463.

QUÈ HEM DE FER?

Cal:

- Assegurar-nos, en la mesura del possible, que el pacient té un metge de referència (sempre el mateix).
- Pautar-li visites regulars, freqüents i breus, procurant no focalitzar-les en les queixes noves.
- Permetre-li el "rol de malalt"; focalitzar l'atenció més en la funció que en els símptomes.
- Explorar els aspectes psicosocials.
- Prescriure tractaments benignes i temps de lleure.
- Vincular-se emocionalment al pacient.

QUÈ HEM D'EVITAR?

Cal evitar de:

- Suggestir-li que "tot està al seu cap".
- Entrar en una dinàmica de sol·licitud de proves diagnòstiques invasives, medicacions o intervencions quirúrgiques, si no hi ha indicacions molt precises.
- Derivar el pacient a diversos especialistes.
- Focalitzar l'atenció només en els símptomes.

Què hem de fer i què hem d'evitar en el pacient somatitzador?

Modificat de: Servan-Schreiber D, Kolb NR, Tabas G. Somatizing patients: part II. Practical management. Am Fam Physician; 61: 1.423-1.428.

TRASTORN ADAPTATIU

Codi ECAP

F43.2: Trastorn adaptatiu.

I00069: Afrontament inefectiu.

POBLACIÓ DIANA

Tota la població atesa a partir de 15 anys d'edat que viu un procés de canvi.

OBJECTIUS

- Prevenció primària, identificant la població de risc.
- Prevenció secundària (detecció precoç). Annex.
- Identificació dels casos que requereixen derivació.

FACTORS DE RISC

- Poc suport familiar i/o social.
- Atur.
- Dols insuficientment elaborats.
- Nivell socioeconòmic baix.
- Grau d'autoestima baix.
- Rigidesa i narcisisme.
- Tolerància a la frustració baixa.
- Acumulació de pèrdues (pèrdua o separació dels pares, pèrdua del contacte amb la família i/o escola, etc.).
- Antecedents de trastorns mentals.
- Embaràs (especialment, el primer).
- Naixement d'un fill disminuït.
- Ruptura matrimonial.
- Emigració.
- Jubilació.

CRITERIS DE BONA PRÀCTICA

Cal:

- Identificar la població de risc.
- Valorar la presència d'esdeveniments estressants psicosocials.
- Ajudar la persona a identificar l'esdeveniment vital estressant com la causa del seu malestar.
- Potenciar les capacitats adaptatives mobilitzant els recursos propis del pacient (personals, familiars i socials).
- Donar-li consells anticipats, si el canvi és previsible (p.ex.: jubilació, canvi de feina...).
- Recomana-li grups psicoeducatius.
- Els fàrmacs poden ser un ajut complementari si els símptomes són greus o persistents, però cal evitar el seu ús crònic.
- Donar-li suport i contenció.
- Afavorir la tríada de grups, activitats i relacions: grups profans, grups d'autoajuda, grups de somatitzadors; l'activitat física i la gimnàstica, les activitats relacionals, culturals i lúdiques.

CRITERIS DE DERIVACIÓ

- Si coexisteixen altres trastorns mentals.
- Si el trastorn persisteix després de sis mesos de tractament.
- En pacients de tractament difícil.
- Si es creu, d'acord amb el pacient, que es pot beneficiar d'un suport psicològic regular.
- Si el pacient presenta alteracions greus de la conducta i/o risc de suïcidi (derivació urgent).

Bibliografia

- Corbera i Bachs J, Fernández de Sanmamed i Santos MJ, Iglesias i Serrano C, Jiménez i Leal R, Leon i Sanromà M, López i Cortacans G, Márquez i Rowe M, Moretó i Reventós A, Muñoz i López J, Rico i Busquets M, Rodríguez i Morató M, Sánchez i Ibáñez M J, Sancho i Beltran J M. Salut mental i atenció primària. Barcelona: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària; 2005.
- Tizón García JL, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso C, García Campayo J, Montón Franco C, Redondo Granado MJ. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. Aten Primaria 2001; 28 (supl. 2): 96-160.

TRASTORN ADAPTATIU

PACIENT QUE VIU UN PROCÉS DE CANVI

PRESENTA EL PACIENT ALGUN FACTOR DE RISC DE TRASTORN ADAPTATIU?

- Poc suport familiar i/o social.
- Atur.
- Dols insuficientment elaborats.
- Nivell socioeconòmic baix.
- Grau d'autoestima baix.
- Rigidesa i narcisisme.
- Tolerància a la frustració baixa.
- Acumulació de pèrdues (pèrdua o separació dels pares, pèrdua del contacte amb la família i/o escola, etc.).
- Antecedents de trastorns mentals.
- Embaràs (especialment el primer).
- Naixement d'un fill disminuït.
- Ruptura matrimonial.
- Emigració.
- Jubilació.

NO

Seguiment prudent del cas.

SÍ

CRITERIS DE BONA PRÀCTICA

Cal:

- Identificar la població de risc.
- Valorar la presència d'esdeveniments estressants psicosocials.
- Ajudar la persona a identificar l'esdeveniment vital estressant com a causa del seu malestar.
- Potenciar les capacitats adaptatives mobilitzant els recursos propis del pacient, personals, familiars i socials.
- Donar-li consells anticipats quan el canvi és previsible (p.ex.: jubilació, canvi de feina...).
- Recomana grups psicoeducatius.
- Els fàrmacs poden ser un ajut complementari si els símptomes són greus o persistents, però cal evitar el seu ús crònic.
- Donar-li suport i contenció.
- Afavorir la triada de grups, activitats i relacions: grups profans, grups d'autoajuda, grups de somatitzadors; l'activitat física i la gimnàstica, les activitats relacionals, culturals i lúdiques.

CRITERIS DE DERIVACIÓ

- Si coexisteixen altres trastorns mentals.
- Si el trastorn persisteix després de sis mesos de tractament.
- En pacients de tractament difícil.
- Si es creu, d'acord amb el pacient, que es pot beneficiar d'un suport psicològic regular.
- Si el pacient presenta alteracions greus de la conducta i/o risc de suïcidi (derivació urgent).

Annex

CRITERIS DIAGNÒSTICS DEL TRASTORN D'ADAPTACIÓ SEGONS EL MANUAL DSM-IV

1. Síntomes emocionals o comportaments en resposta a un estrès psicosocial identificable.
2. Els símptomes apareixen durant els tres mesos següents a la presència de l'esdeveniment estressant i no persisteixen més de sis mesos després de la seva fi.
3. Els símptomes consisteixen en un malestar major del que es podia esperar en resposta al fet estressant i/o en un deteriorament significatiu de l'activitat social, laboral o acadèmica.
4. Els símptomes no reuneixen criteris per a cap altre trastorn de l'eix I.
5. Els símptomes no estan causats per un dol.
6. Cal especificar si és:
 - Agut: els símptomes duren menys de sis mesos.
 - Crònic: els símptomes duren més de sis mesos.

TRASTORN DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA

Codi ECAP

F50: Trastorn de la ingesta d'aliments.

F50.0: Anorèxia nerviosa.

F50.2: Bulímia nerviosa.

OBJECTIUS

- Prevenció primària, identificant la població de risc.
- Prevenció secundària (detecció precoç). Annex 1 i 2.
- Identificació dels casos que requereixen derivació.

FACTORS DE RISC

- Incorporació del fet d'estar prim com un valor d'èxit social.
- Pressió mediàtica a favor d'un cos prim: moda, productes per aprimar, societat de consum, etc.
- Rebuig marcat a l'obesitat.
- Canvis en els hàbits i estils alimentaris.
- Conflictivitat familiar.
- Preadolescents i adolescents del sexe femení.
- Antecedents familiars de trastorns de la conducta alimentària i obesitat.
- Pràctica de determinats esports o activitats (ballarines, atletes, models, gimnastes, etc).
- Homosexualitat en homes.
- Dependència excessiva, immaduresa i aïllament.
- Problemes mèdics crònics que afecten l'autoimatge (diabetis, obesitat, etc.).
- Esdeveniments vitals estressants en els darrers anys.

CRITERIS DE BONA PRÀCTICA

Cal:

- Identificar la població de risc.
- Diferenciar clarament l'anorèxia greu i la bulímia dels trastorns de la conducta alimentària (TCA) no especificats, que constitueixen la majoria dels casos.
- Valorar els motius de consulta que poden ser sospitosos de trastorn de la conducta alimentària.
- Fer la història clínica, realitzar l'exploració física i analítica bàsiques. Si el pacient ve acompanyat de la família, la història clínica s'ha de fer per separat.
- Crear un ambient de confiança i empàtic.
- Donar normes dietètiques, explicar els riscos del trastorn i identificar els símptomes que presenta el/la jove com a conseqüència de la malaltia.
- Visites setmanals de seguiment que s'han de mantenir, fins i tot quan es faci la derivació al centre de salut mental (derivacions acompanyades).
- Trastorn de la conducta alimentària no especificat, vigilància des de l'atenció primària.
- L'anorèxia greu, cal derivar-la sempre a salut mental.
- En la bulímia, cal afavorir la triada de grups, activitats i relacions: grups profans, grups d'autoajuda; l'activitat física i la gimnàstica; les activitats relacionals, culturals i lúdiques.

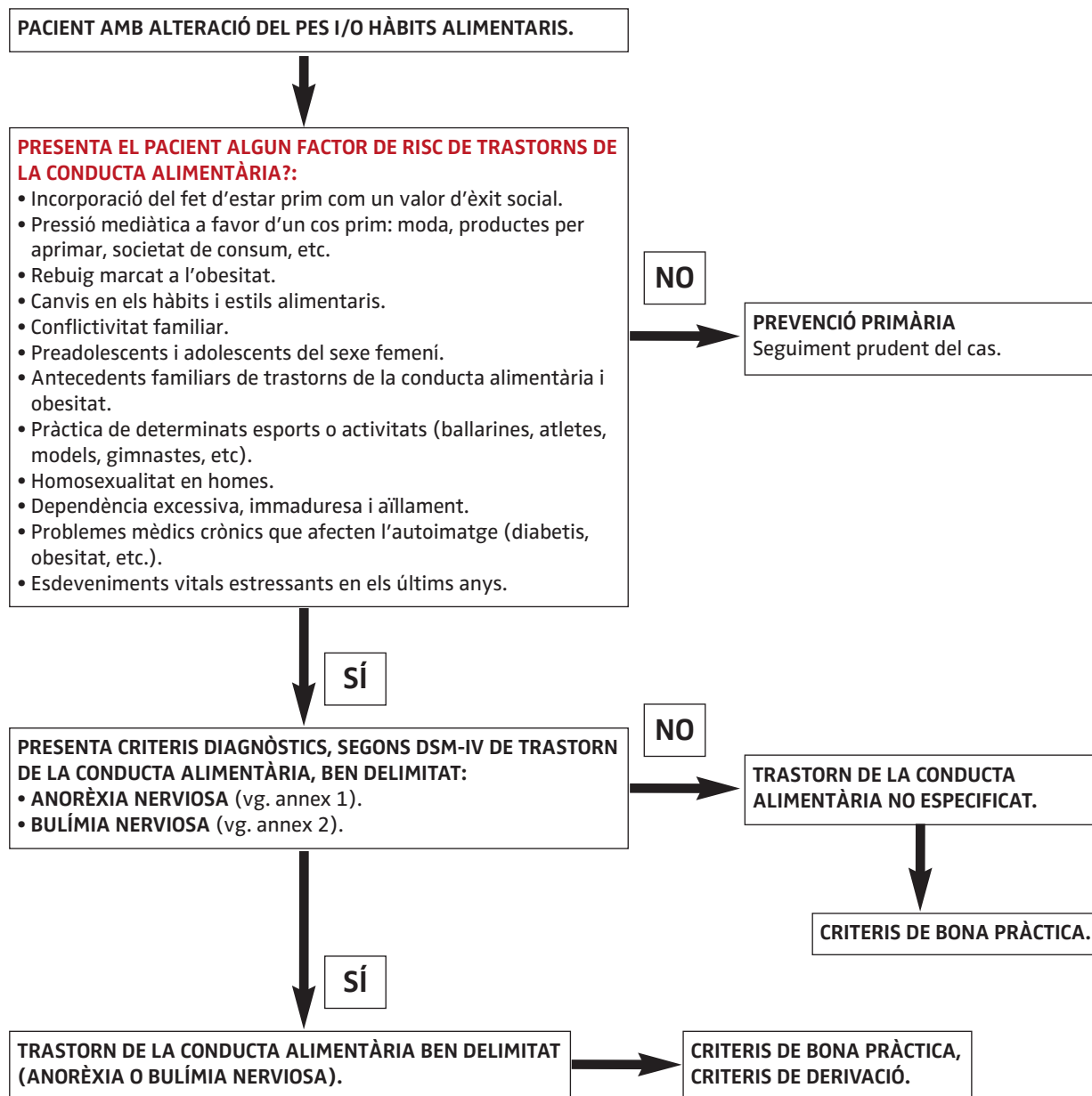
CRITERIS DE DERIVACIÓ

- Trastorn de la conducta alimentària ben delimitat i amb definició estricta (anorèxia i bulímia nerviosa); cal derivar el pacient al centre de salut mental.
- Aparició d'alteracions orgàniques severes i/o psicopatològiques greus; cal derivar el pacient a un centre hospitalari, urgentment.

Bibliografia

- Corbera i Bachs J, Fernández de Sanmamed i Santos MJ, Iglesias i Serrano C, Jiménez i Leal R, Leon i Sanromà M, López i Cortacans G, Márquez i Rowe M, Moretó i Reventós A, Muñoz i López J, Rico i Busquets M, Rodríguez i Morató M, Sánchez i Ibáñez MJ, Sancho i Beltran JM. Salut mental i atenció primària. Barcelona: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària; 2005.
- Fernández Alonso MC, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, García-Campayo J, Montón Franco C, Tizón García JL. Prevención de los trastornos de salud mental desde atención primaria. *Aten Primaria* 2005; 28 (Sup. 2): 85-96. Disponible a: <http://www.papps.org/upload/file/recomendaciones/2005/09-expertos-salud-mental.pdf>

TRASTORN DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA



Annex1. Criteris diagnòstics d'anorèxia nerviosa, segons el DSM-IV1

1. Rebuig a mantenir el pes corporal igual o per sobre del valor mínim considerat per l'edat i la talla; per exemple, pèrdua de pes que dóna lloc a un pes inferior al 85 % del que es pot esperar o fracàs per assolir l'augment de pes normal durant el període de creixement. El resultat és un pes inferior al 85 % del que s'esperava.
2. Por intensa a guanyar pes o a convertir-se en obesa, encara que s'estigui per sota del pes normal.
3. Alteració de la percepció del pes o la silueta corporals; exageració de la importància en l'autoavaluació o negació del perill que comporta el pes corporal baix.
4. En les dones postmenàrquiques hi ha amenorrea, és a dir, l'absència d'almenys tres cicles menstruals consecutius. Es considera que una dona té amenorrea si les seves menstruacions només es produeixen mitjançant l'administració d'hormones, p.ex., estrògens.
5. Aquells trastorns que no reuneixen alguns dels criteris diagnòstics poden ser identificats com a TCA no especificats o atípics.

Annex 2. Criteris diagnòstics de bulímia nerviosa, segons el DSM-IV

1. Episodis recorrents d'afartaments que es caracteritzen per:
 - A. Ingerir, en un període curt de temps (p.ex., dues hores) una quantitat de menjar clarament superior a la ingerida per la majoria de les persones durant un període de temps similar i en circumstàncies similars.
 - B. Durant l'episodi, una falta de control sobre la ingestió (p.ex., la sensació de no poder parar la ingestió o controlar què i quant s'està menjant).
2. Comportaments compensatoris inadequats recorrents, a fi d'evitar l'augment de pes, com ara vòmits autoinduïts, mala utilització de laxants, diürètics, ènemes i altres medicaments, dejuni o exercici excessiu.
3. Tant els afartaments com els comportaments compensatoris ocorren, com a mitjana, almenys dues vegades per setmana, durant tres mesos.
4. El pes i la forma del cos influeixen indegudament en l'autoestima.
5. El trastorn no apareix exclusivament durant els episodis d'anorèxia nerviosa.
6. Aquells trastorns que incompleixen alguns dels criteris diagnòstics poden ser identificats com a TCA no especificats o atípics.

ALCOHOLISME I ALTRES DROGODEPENDÈNCIES

Codi ECAP

- Z50.2:** Rehabilitació de l'alcohòlic.
- Z50.3:** Rehabilitació del drogoaddicte.
- Z71.4:** Consulta per assessorament i vigilància per abús d'alcohol.
- Z71.5:** Consulta, assessorament i vigilància per abús de drogues.
- Z72.1:** Problemes relacionats amb l'abús d'alcohol.
- Z72.2:** Problemes relacionats amb l'abús de substàncies.
- Z86.4:** Història personal d'abús de substàncies psicoactives.

FACTORS DE RISC

- Trets de la personalitat predisposants.
- Esdeveniments vitals estressants (jubilació, separacions, viudetat).
- Antecedents d'alcoholisme en els progenitors.
- Família desestructurada i/o amb addiccions.
- Sexe masculí.
- Depressió.
- Antecedent de consum d'altres drogues.
- Fàcil contacte amb persones i medis d'abús d'alcohol i drogues.
- Escassa tolerància a les frustracions, esperant sempre les solucions des de fora.
- Inmaduresa, impulsivitat, immediatesa.
- Incapacitat per aprendre amb l'experiència, amb els fracassos.

OBJECTIUS

- Activitats preventives per evitar l'abús d'alcohol i altres substàncies addictives.
- Detecció precoç dels bevedors de risc i dels consumidors ocasionals d'altres drogues.
- Tractament i seguiment en els casos amb dependència lleu-moderada amb bona motivació pel canvi.
- Exploració, motivació i suport al pacient en les recaigudes; centralitzat o globalitzat en el pacient.
- Derivació als centres de deshabitació dels casos reincidents i amb dependència alta.
- Cribratge de patologia orgànica secundària a la drogoaddicció.

CRITERIS DE BONA PRÀCTICA

PREVENCIÓ PRIMÀRIA:

- Cribratge per interrogatori del consum d'alcohol i altres drogues en majors de 14 anys, cada dos anys.
- Detecció de la síndrome de dependència alcohòlica entre els bevedors de risc: Test de CAGE i MALT (vg. annexos 1 i 2).
- Educació sanitària per informar de l'ús correcte i de l'efecte addictiu d'aquestes substàncies. Efectes de tolerància i dependència.
- Detecció dels bevedors de risc sense criteris d'alcoholisme i dels consumidors ocasionals de drogues i pràctica del consell sanitari per disminuir el consum.
- Consell d'activitat física.

PREVENCIÓ SECUNDÀRIA:

Cal:

- Informar i orientar el pacient sobre la malaltia i l'addicció.
- Donar-li consell sanitari per disminuir el consum.
- Integrar la família en el projecte terapèutic com a condició indispensable per iniciar i garantir el tractament.
- Detectar els problemes orgànics secundaris. Fer-ne el seguiment clínic i analític.
- Explorar la síndrome d'abstinència, en la fase de desintoxicació, valorant si cal l'ingrés hospitalari o el tractament ambulatori.
- Motivar el pacient perquè abandoni la drogo dependència, informant-lo dels recursos i serveis disponibles.
- Valorar els problemes personals, familiars i socials que té el pacient.
- Fer que el pacient reconegui que l'alcoholisme és un problema important, però que té solució.
- Recomanar-li l'activitat física.
- Recomanar-li grups d'autoajuda.
- Recomanar-li grups psicoeducatius.

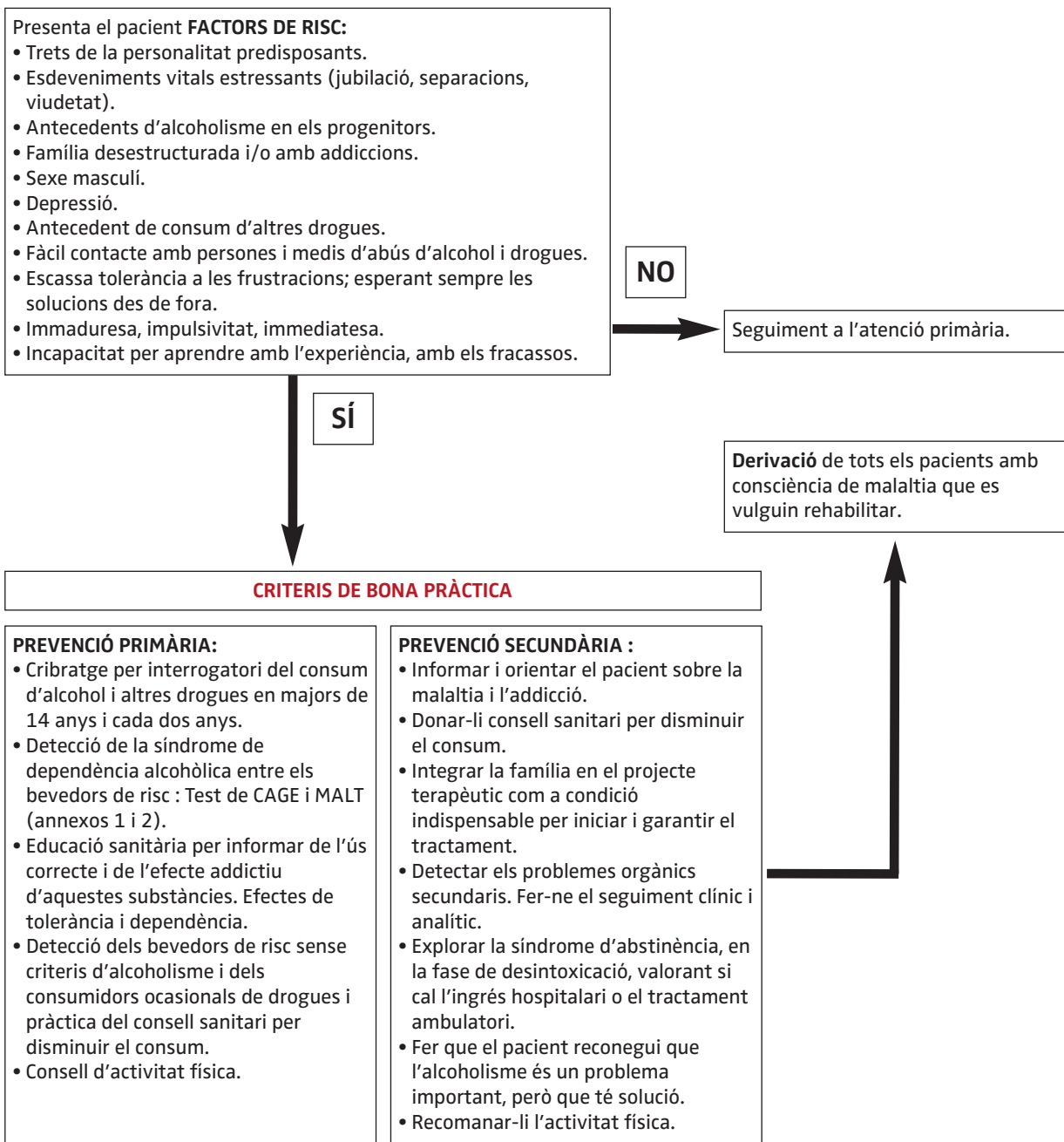
CRITERIS DE DERIVACIÓ

- Pacients amb alcoholisme i consciència de la malaltia amb desig de rehabilitar-se.

Bibliografia

- Programa Beveu menys. Generalitat de Catalunya. Material disponible a:
<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/guia.pdf>
- Kaner EFS, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, Saunders J, Burnand B. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2008 Issue 2. Resum disponible a:
<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab004148.html>
- US Preventive Services Task Force. Screening and Behavioral counselling interventions in primary care to reduce alcohol misuse. Ann Intern Med 2004; 140: 555-557. Disponible a: <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/alcohol/alcomisrs.pdf>

ALCOHOLISME I ALTRES DROGODEPENDÈNCIES



ANNEXOS

Annex 1

- Heu tingut alguna vegada la impressió que hauríeu de beure menys?
- Us ha amoïnat alguna vegada que la gent us critiqués la vostra manera de beure?
- Us heu sentit alguna vegada culpable pel vostre hàbit de beure?
- Alguna vegada us ha passat que la primera cosa que heu fet al matí ha estat beure una copa per calmar els nervis?

Puntuació:

1 punt per resposta afirmativa.

Valoració:

1 punt és indicatiu de problemes amb l'alcohol.

2 o més punts són sospita de dependència de l'alcohol.

Test de CAGE. (Adaptat de: López-Marina V, Gregori Pizarro Romero G, Alcolea García R. Síndrome de malabsorció: a propòsit d'un cas. Butlletí de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària 2006; 24: 76-80).

Annex 2

MALT-S

1. Darrerament em tremolen sovint les mans.
2. Algunes temporades, sobretot pel matí, tinc una sensació nauseosa o ganes de vomitar.
3. Alguna vegada he intentat calmar la ressaca, la tremolor o la nàusea matutina amb alcohol.
4. Actualment, em sento amargat pels meus problemes i dificultats.
5. No és rar que begui alcohol abans d'esmorzar o dinar.
6. Després dels primers gots d'una beguda alcohòlica, de vegades, sento la necessitat irresistible de seguir bevent.
7. Sovint penso en l'alcohol.
8. De vegades he begut alcohol, fins i tot quan el metge m'ho havia prohibit.
9. En les temporades que bec més, menjo menys.
10. A la feina m'han cridat a l'ordre pel meu consum d'alcohol i/o alguna vegada he faltat a la feina per haver begut massa la vigília.
11. Darrerament prefereixo beure alcohol sol (sense que em vegin).
- 11 bis. Bec d'un glop i més de pressa que els altres.
12. Des que bec més, sóc menys actiu.
13. Sovint tinc remordiments (sentiment de culpa) després d'haver begut.
14. He assajat un sistema per beure, (per exemple, evitar de beure abans de determinades hores).
15. Crec que hauria de limitar el meu consum d'alcohol.
16. Sense l'alcohol, jo no tindria tants problemes.
17. Quan estic excitat, bec alcohol per tranquil·litzar-me.
18. Crec que l'alcohol està destruint la meua vida.
19. Tan aviat vull deixar de beure com canvio d'idea i torno a pensar que no ho vull fer.
20. Les altres persones no poden comprendre per què bec.
21. Si jo no begués, m'avindria més amb la meua dona o parella.
22. Ja he provat de passar temporades sense alcohol.
23. Si no begués, estaria content amb mi mateix.
24. Repetidament m'han mencionat el meu «alè d'alcohòlic».
25. Aguanto beure quantitats importants d'alcohol sense notar gairebé res.
26. De vegades, en despertar-me després d'un dia d'haver begut molt, encara que sense embriagar-me, no recordo en absolut les coses que van passar la vigília.

MALT-O

1. Malaltia hepàtica d'origen alcohòlic segur o versemblable.
2. Polineuropatia. Aquest ítem solament és vàlid quan no existeixin altres causes conegudes, com ara diabetis *mellitus* o intoxicacions cròniques específiques.
3. *Delirium tremens* (actual o en l'anamnesi).
4. Consum superior a 150 ml (en la dona, 120 ml) d'alcohol pur al dia, almenys, durant un mes.
5. Consum superior a 300 ml (en la dona, 240 ml) d'alcohol pur, una o més vegades al mes.
6. Fetor alcohòlic (en el moment de l'exploració mèdica).
7. Els familiars o amics pròxims ja han cercat, en alguna ocasió, consell sobre el problema alcohòlic del pacient (al metge, assistent social o a institucions pertinents).

INSTRUCCIONS I INTERPRETACIÓ DELS RESULTATS

- Les preguntes de l'apartat MALT-S, les ha de complimentar el pacient; per exemple, quan espera per ser visitat. Cada resposta afirmativa té el valor d'1 punt.
- Les preguntes de l'apartat MALT-O, les ha de complimentar el metge. En aquest cas, cada resposta afirmativa té el valor de 5 punts.
- La suma del MALT-S + MALT-O constitueix la puntuació final:
 - 0-5 punts: no existeix síndrome de dependència alcohòlica.
 - 6-11 punts: sospita de síndrome de dependència alcohòlica.
 - 12 punts o més: síndrome de dependència alcohòlica.

Test de MALT. (Adaptat de: López-Marina V, Gregori Pizarro Romero G, Alcolea García R. Síndrome de malabsorció: a propòsit d'un cas. Butlletí de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària 2006; 24: 76-80 i de: Bruguera M, Gual A, Salleras L, Rodés J. Cribado del consumo excesivo de alcohol. Med Clin (Barc) 1994;102 (Supl 1):85-92).

ADDICCIÓ AL JOC

Codi ECAP

F63.0: Joc patològic

FACTORS DE RISC

- Depressió.
- Consum excessiu d'alcohol.
- Antecedents de trastorn per dèficit d'atenció a la infància, baixa tolerància a la frustració, gust pel risc, ambició, susceptibilitat a l'avorriment, tendència a la soledat, aïllament social.
- Jugador habitual.
- Antecedents personals d'altres addiccions.
- Trastorn límits de la personalitat.

SIGNES D'ALARMA

- Síntomes d'angoixa i/o depressió.
- Necessitat de demanar diners.
- Mentides sobre el temps o els diners dedicats al joc.
- Recerca de noves maneres de fer diners.
- Inquietud i irritabilitat si intenta jugar menys.
- Necessitat de jugar quantitats més grans, cada vegada.
- Conducta addictiva: grans fumadors, consumidors excessius d'alcohol.

CRITERIS DE BONA PRÀCTICA

Cal:

- Avaluat si existeixen criteris diagnòstics d'addicció al joc (annex).
- Intentar que el pacient prengui consciència de malaltia.
- Informar la família, amb el consentiment del pacient, i intentar que col·labori amb el tractament.
- Limitar la disponibilitat de diners al pacient.
- Abordar els problemes familiars, laborals i financers del pacient.
- Aconsellar-li que no augmenti el temps ni els diners dedicats al joc, en espera del procés terapèutic de l'addicció.
- Valorar els grups d'autoajuda.

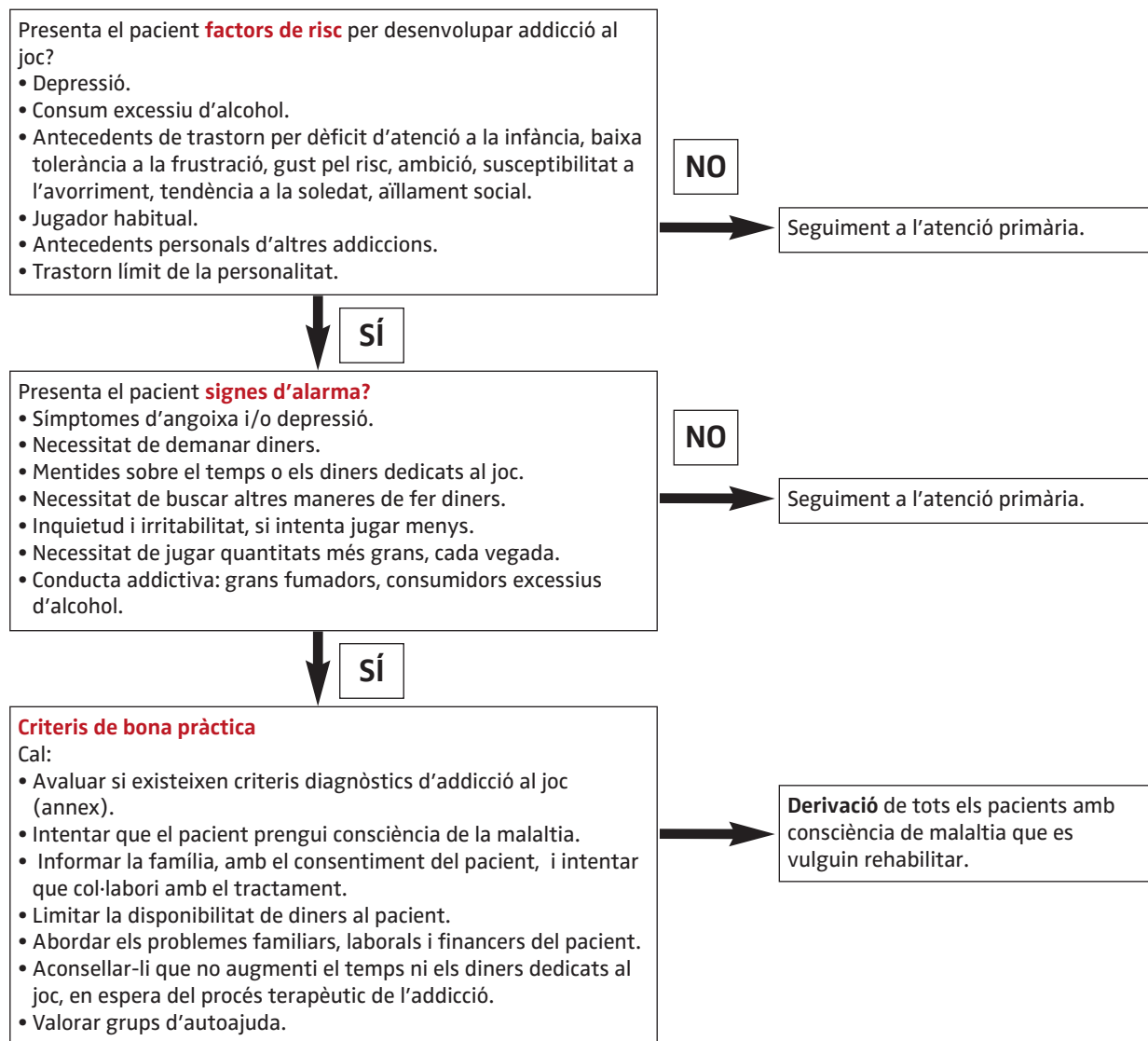
CRITERIS DE DERIVACIÓ

Pacients amb consciència de la malaltia que es volen rehabilitar.

Bibliografia

- Becoña, E. La ludopatía. Madrid: Santillana; 1996.
- González Ibáñez A. Juego patológico. FMC 1996; 3: 73-82.
- Ibáñez Cuadrado I, Saiz Ruíz J. La ludopatía: Una nueva enfermedad. Barcelona: Masson; 2001.
- Ochoa E, Labrador FJ, Echeburúa. El juego patológico. Madrid: Plaza y Janés; 1997.

ADDICCIÓ AL JOC



ANNEX

Definició

L'addicció al joc o el joc patològic es defineix com una conducta recurrent i desadaptativa amb el joc que ocasiona un desequilibri en la vida personal, familiar o laboral.

La conducta desadaptativa i recurrent amb el joc ha de reunir almenys 5 dels següents criteris:

- Necessita invertir una quantitat creixent de diners en el joc per obtenir la satisfacció desitjada.
- Han existit intents previs per deixar el joc, sense èxit.
- Experimenta fatiga o irritabilitat si s'intenta controlar la tendència a jugar.
- Utilitza el joc per fugir dels problemes que el preocupen.
- Sovint intenta recuperar les pèrdues amb el joc.
- Menteix per no reconèixer la vertadera dimensió de l'addicció.
- Arriba a robar per seguir jugant.
- Ha posat en perill una feina o una relació personal significativa.
- Ha hagut de confiar en altres persones per resoldre els problemes ocasionats pel joc.
- La tendència incontrolada a jugar el preocupa.

Definició i criteris diagnòstics de l'addicció al joc.

DEMÈNCIA

Codi ECAP

F00: Demència Alzheimer.

F01: Demència vascular.

F03: Demència inespecífica.

POBLACIÓ DIANA

Tota la població atesa que presenta alteracions de la memòria i/o altres alteracions cognitives.

OBJECTIUS

- Prevenció primària, identificant la població de risc.
- Prevenció secundària (detecció precoç). Annex 1 i 2.
- Identificació dels casos que requereixen derivació.

FACTORS DE RISC

- Edat.
- Història de síndrome de Down en un familiar de primer grau.
- Depressió.
- Antecedents familiars de malaltia d'Alzheimer.
- Abús d'alcohol.
- Traumatisme cranioencefàlic.
- Deteriorament cognitiu lleu.
- Malalties cardiovasculars.
- Tabaquisme.
- Diabetis.

CRITERIS DE BONA PRÀCTICA

- No hi ha evidència suficient per recomanar la realització sistemàtica de cribratge de demència a la població asimptomàtica.
- Observació del professional dels canvis perceptibles de la capacitat cognitiva.
- Davant la sospita de deteriorament cognitiu es recomana l'entrevista clínica (al pacient o la família), tests neuropsicològics, i seguiment.
- Informació inicial al pacient i al cuidador.
- Exercicis de memòria.

EN CAS DE MALALTIA ESTABLERTA

- Instruccions per al maneig no farmacològic dels problemes de comportament més freqüents.
- Instruccions de maneig d'activitats bàsiques de la vida diària.
- Adaptació del domicili.
- Concertació d'entrevista amb el treballador social per valorar necessitats socials.
- Tràmit d'ajut per dependència tan aviat com sigui possible.
- Cura del cuidador. Cal assegurar-li períodes de descans i suport.
- Ajuda en la presa de decisions difícils.
- Afavoriment del contacte amb grups d'autoajuda (familiars de malalts d'Alzheimer...).
- Àcid acetilsalicílic 100 mg/d, en la demència vascular d'origen isquèmic.

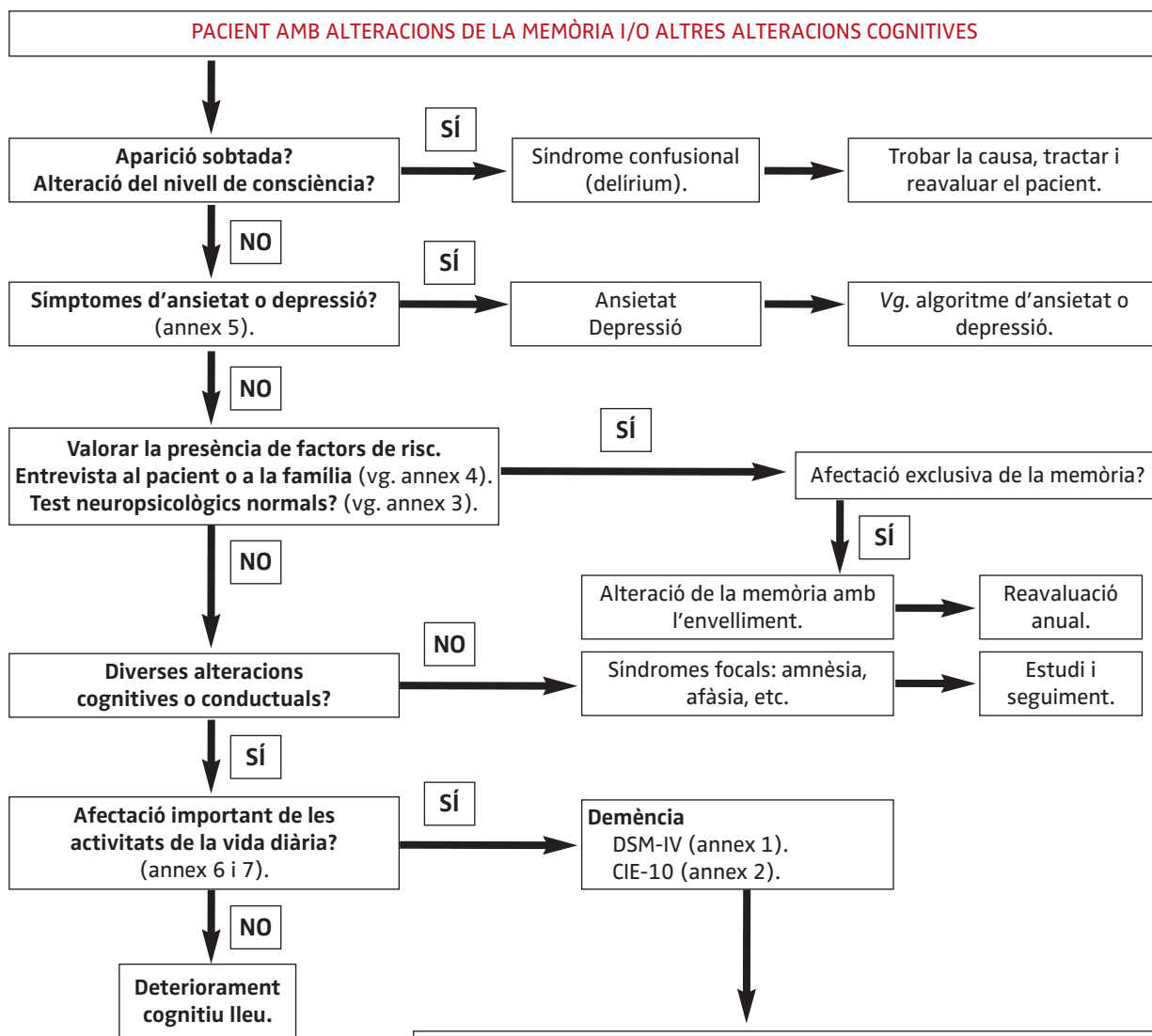
CRITERIS DE DERIVACIÓ

- Trastorns del comportament no controlats a l'atenció primària i símptomes psicòtics a salut mental.
- Dubtes sobre el diagnòstic dels diferents tipus de demència, derivació a neurologia.
- Intent per millorar la funció cognitiva amb inhibidors de la colinesterasa, derivació a neurologia.

Bibliografia

- Tapias Merino E, Canto de Hoyos Alonso M, García de Blas González F. Demencia. AMF 2006; 2: 17.
- Álvarez del Solar M, Fernández Hernández JA, Font Morey MC, García de Blas F, Gómez Salado MJ, González Moneo MJ, Regato Pajares P, Rodríguez Cubas JL, Serrano Santos P, Tapias Merino E. Demencias. Recomendaciones semFYC. Barcelona: SenFYC; 1999.
- Espinás Boquet J, Casabella Abril B, Megido Badía MJ, Rico Busquets MM. Protocolo de Demencias en Atención Primaria. FMC 1999; 6 (supl. 5).
- Olivera Pueyo FJ, Rodríguez Torrente M. Nuevos fármacos para la enfermedad de Alzheimer. FMC 1998; 5: 669-679.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with dementia. Edinburgh: SIGN; 2006. Disponible a internet a: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign86.pdf>

DEMÈNCIA



Diagnòstic etiològic:

- Anamnesi (annex 8).
- Exploració física i neurològica.
- Exploracions complementàries.

Criteris de bona pràctica

- Instruccions per al maneig no farmacològic dels problemes de comportament més freqüents.
- Instruccions per al maneig d'activitats bàsiques de la vida diària.
- Adaptació del domicili.
- Concertació d'entrevista amb el treballador social per valorar les necessitats socials.
- Tràmit d'ajut per a la dependència, tan aviat com sigui possible.
- Cura del cuidador. Cal assegurar-li períodes de descans i suport.
- Ajuda en la presa de decisions difícils.
- Afavoriment del contacte amb grups d'autoajuda (familiars de malalts d'Alzheimer...).
- Àcid acetilsalicílic, 100 mg/d, en la demència vascular d'origen isquèmic.

Criteris de derivació

- Trastorns del comportament no controlats a l'atenció primària i símptomes psicòtics, derivació a salut mental.
- Dubtes sobre el diagnòstic dels diferents tipus de demència, derivació a neurologia.
- Intent per millorar la funció cognitiva amb inhibidors de la colinesterasa, derivació a neurologia.

ANNEX 1

Críteris del DSM-IV per al diagnòstic de la demència

- **A1:** deteriorament de la memòria (registre, retenció, evocació, reconeixement).
- **A2:** una o més de les alteracions cognitives següents:
 - A2a: afàsia.
 - A2b: apràxia.
 - A2c: agnòsia.
 - A2d: trastorn de la funció executiva.
- **B:** alteració de la vida familiar, social i professional. Declinació a un nivell previ de funcionament intel·lectual.
- **C:** descartada patologia orgànica.

ANNEX 2

Críteris del Classificació internacional de malalties (CIM-10) per al diagnòstic de la demència

Deteriorament de la memòria:

- Alteració per registrar, emmagatzemar i recuperar informació nova.
- Pèrdua de continguts mnèsics relatius a la família o al passat.
- Deteriorament del pensament i del raonament.
- Demència és més que dismnèsia.
- Reducció del flux d'idees.

Deteriorament en el procés d'emmagatzemar informació:

- Dificultat per posar atenció a més d'un estímul a la vegada (conversa pluripersonal).
- Dificultat per canviar el focus d'atenció.
- Interferència en l'activitat de cada dia.
- Consciència clara. Possibilitat de superposició deliri/demència.
- Síptomes presents almenys durant 6 mesos.

ANNEX 3

Minixamen cognitiu o MEC (de Lobo)

1. Orientació

- En quin any estem? 1
- En quina estació de l'any estem? 1
- En quin dia de la setmana estem? 1
- Quin dia (número) és avui? 1
- En quin mes estem? 1
- En quina província estem? 1
- En quin país estem? 1
- En quin poble o ciutat estem? 1
- En quin lloc estem, en aquest moment? 1
- Es tracta d'un pis o d'una planta baixa? 1

2. Fixació

- Repetiu aquestes 3 paraules: "pesseta, cavall, poma" (1 punt per cada resposta correcta).
Una vegada puntuat, si no les ha dites bé, les hi repetirem amb un límit de 6 intents, fins que les aprengui.
Recordeu-les perquè us les preguntaré d'aquí a una estona. 3

3. Concentració i càlcul

- Si teniu 30 EUR. i me'n doneu 3, quants us en queden?, i si me'n doneu 3 més? (cal repetir la pregunta fins a 5 operacions de resta). 5
- Repetiu aquests números 5-9-2 (cal repetir-los fins que els aprengui). Ara repetiu-los al revés (cal puntuar l'encert en el número i l'ordre). 3

4. Memòria

- Recordeu els 3 objectes que us he dit abans? 3

5. Llenguatge i construcció

- Ensenyeu-li un bolígraf. Què és això? 1
 - Ensenyeu-li un rellotge. Què és això? 1
 - Repetiu aquesta frase: "En un camp de blat hi havia cinc gossos" (si és correcta). 1
 - Una poma i una pera són fruites, veritat?
Què són un gat i un gos? 1
 - I el vermell i el verd? 1
 - Ara feu el que us dic: agafeu aquest paper amb la mà dreta, doblegueu-lo per la meitat i poseu-lo damunt la taula (1 punt per cada acció correcta). 3
 - Feu el que us escric aquí (en un paper i en majúscules escriviu: TANQUEU ELS ULLS). 1
 - Ara escriviu, per favor, una frase, la que vulgueu, en aquest paper (li donem un paper). 1
 - Copieu el dibuix, anoteu 1 punt si tots els angles es mantenen i s'entrellacen en un polígon de 4 costats. 1
- La puntuació màxima és de 35 punts.

Valors normals: 30-35 punts.

Suggereix deteriorament cognitiu: > 65 anys: < 24 punts (24-29 = *borderline*)

< o igual 65 anys: < 28 punts.

ANNEX 4

Test de l'informador breu (Test TIN)

Recordeu, per favor, com era el vostre familiar fa 5 o 10 anys i compareu com és en aquests moments. Contesteu si hi ha hagut algun canvi al llarg d'aquest temps en la capacitat del vostre familiar per a cada un dels aspectes que us preguntem.

Puntueu amb els criteris següents:

- 1: ha millorat molt
- 2: ha millorat una mica
- 3: quasi sense canvis
- 4: ha empitjorat una mica
- 5: ha empitjorat molt

Pregunta:

- Recordar el nom de les persones més íntimes (parents, amics)?
- Recordar coses que han succeït recentment, durant els 2-3 darrers mesos (notícies, coses seves o dels seus familiars)?
- Recordar de què es va parlar en una conversa d'uns dies abans?
- Oblidar què ha dit uns minuts abans, parar-se en la meitat d'una frase i no saber què anava a dir, repetir el que ha dit una estona abans?
- Recordar la data en què viu?
- Conèixer el lloc exacte dels armaris de la casa i on es guarden les coses?
- Saber on va una cosa que ha trobat fora de lloc?
- Aprendre a utilitzar un aparell nou (rentadora, ràdio...)?
- Recordar les coses que han succeït recentment?
- Aprendre coses noves (en general)?
- Comprendre el significat de paraules poc usuals (del diari, TV, conversa)?
- Entendre articles dels diaris o revistes en què està interessat?
- Seguir una història en un llibre, la premsa, el cinema, la radio o TV?
- Prendre decisions tant en qüestions quotidianes (quina roba posar-se, quin menjar preparar) com en assumptes de més transcendència (on anar de vacances o com invertir els diners)
- Controlar els seus assumptes financers (cobrar la pensió, pagar els impostos, tractar amb el banc)?
- Controlar altres problemes de càlcul quotidià (temps entre visites de familiars, distàncies entre llocs i quants aliments s'han de comprar i preparar, especialment, si hi ha convidats)?
- Creu que la seva intel·ligència (en general) ha canviat durant els darrers 10 anys?

Punts:

Puntuació total: 85 punts.

A partir de 57 punts (> 57 punts), indica probable deteriorament cognitiu.

ANNEX 5

Escala de depressió geriàtrica de Yesavage reduïda

Marqueu la xifra de la columna de l'esquerra, si la resposta és sí o la de la dreta si és no.

Comptabilitzeu els 1 per saber-ne el total.

Indiqueu al pacient que la resposta no ha de ser molt meditada.

	SÍ	NO
Esteu satisfet amb la vostra vida?	0	1
Heu abandonat moltes de les vostres activitats o interessos?	1	0
Noteu que la vostra vida està buida?	1	0
Esteu sovint avorrit?	1	0
La major part del temps esteu de bon humor?	0	1
Teniu por que us passi quelcom dolent?	1	0
Us sentiu feliç la major part del temps?	0	1
Us sentiu sovint abandonat?	1	0
Preferiu quedar-vos a casa en lloc de sortir i fer coses?	1	0
Creieu que teniu més problemes de memòria que la majoria de la gent?	1	0
Creieu que viure és meravellós?	0	1
Us és difícil d'iniciar projectes nous?	1	0
Esteu ple d'energia?	0	1
Creieu que la vostra situació és desesperada?	1	0
Creieu que les altres persones estan millor si us hi compareu?	1	0

TOTAL:

Resultats:

0 - 5 = normal.

6 - 9 = probable depressió.

> 9 = depressió establerta.

ANNEX 6

Escala de Lawton i Brody

Escala d'activitat instrumental de la vida diària.

Capacitat per utilitzar el telèfon

- Utilitza el telèfon per iniciativa pròpia. 1
- És capaç de marcar bé alguns números familiars. 1
- És capaç de contestar el telèfon, però no de marcar. 1
- No utilitza el telèfon. 0

Realització de compres

- Fa totes les compres necessàries, independentment. 1
- Fa, independentment, petites compres. 0
- Necessita anar acompanyat per fer qualsevol compra. 0
- És totalment incapaç de comprar. 0

Preparació del menjar

- Organitza, prepara, i serveix el menjar per si sol, adequadament. 1
- Prepara adequadament el menjar, si se li proporcionen els ingredients. 0
- Prepara, calenta i serveix el menjar, però no segueix una dieta adequada. 0
- Necessita que li preparin i serveixin el menjar. 0

Cura de la casa

- Manté la casa sol o amb ajuda ocasional (per a feines pesades). 1
- Fa tasques senzilles, com rentar els plats o fer els llits. 1
- Fa tasques senzilles, però no pot mantenir un nivell adequat de neteja. 1
- Necessita ajuda en totes les tasques de casa. 1
- No participa en cap tasca de la casa. 0

Rentada de la roba

- Renta per si sol tota la seva roba. 1
- Renta per si sol petites peces. 1
- Tota la rentada de la roba, l'ha de fer un altre. 0

Ús de mitjans de transport

- Viatja sol en transport públic o condueix el seu propi cotxe. 1
- És capaç d'agafar un taxi, però no utilitza cap altre mitjà de transport. 1
- Viatja en transport públic quan va acompanyat per una altra persona. 1
- Utilitza el taxi o el cotxe, sols amb l'ajuda d'altres. 0
- No viatja. 0

Responsabilitat respecte a la seva medicació

- És capaç de prendre's la medicació a l'hora i en la dosi correcta. 1
- Pren la seva medicació, si la dosi està preparada prèviament. 0
- No és capaç d'administrar-se la medicació. 0

Cura dels assumptes econòmics

- S'encarrega dels seus assumptes econòmics per si sol. 1
- Fa les compres de cada dia, però necessita ajuda en les grans compres, per anar al banc... 1
- És incapaç de manejar diners. 0

Màxima dependència: 0 punts

Independència total: 8 punts

ANNEX 7

Índex de Barthel

Anoteu amb l'ajut del cuidador principal, quina és la situació personal del pacient, respecte a aquestes 10 situacions d'activitat bàsica de la vida diària.

Ítem	Punts
Activitat bàsica de la vida diària.	
Menjar	
Totalment independent. 10	
Necessita ajuda per tallar carn, pa... 5	
Dependent. 0	
Rentar-se	
Independent. Entra i surt sol del bany. 5	
Dependent. 0	
Vestir-se	
Independent. Capaç de posar-se i treure's la roba, botonar-se, lligar-se les sabates. 10	
Necessita ajuda. 5	
Dependent. 0	
Empolainar-se	
Independent per rentar-se la cara, les mans, pentinar-se, afaitar-se, maquillar-se. 5	
Dependent. 0	
Defecar	
Continent. 10	
Ocasionalment, algun episodi d'incontinència o necessita ajuda per administrar-se supositoris o lavatives. 5	
Incontinent. 0	
Orinar	
Continent o capaç de tenir cura de la sonda. 10	
Ocasionalment, un episodi d'incontinència en 24 h, com a màxim, o necessita ajuda per a la cura de la sonda. 5	
Incontinent. 0	
Utilitzar el WC	
Independent per anar al WC, treure's i posar-se la roba. 10	
Necessita ajuda per anar al WC, però es neteja sol. 5	
Dependent. 0	
Traslladar-se	
Independent per anar de la cadira al llit. 15	
Ajuda física mínima o supervisió. 10	
Ajuda física important, però és capaç de mantenir-se assegut per si sol. 5	
Dependent. 0	
Deambular	
Independent, camina sol 50 m. 15	
Necessita ajuda física o supervisió per caminar 50 m. 10	
Independent en cadira de rodes sense ajuda. 5	
Dependent. 0	
Pujar o baixar esglaons	
Independent per pujar i baixar escales. 10	
Necessita ajuda física o supervisió. 5	
Dependent. 0	
Total:	
Micció i deposició: cal valorar la setmana prèvia.	
Màxima puntuació: 100 punts (90, en cas d'anar en cadira de rodes).	
Resultat: Inferior a 20: dependent total; 20-35: dependent greu; 40-55: dependent moderat; Superior o igual a 60: dependent lleu; 100: independent.	

ANNEX 8

Escala isquèmica d'Hachinski

- Inici agut (2)
- Deteriorament per brotades (1)
- Curs fluctuant (2)
- Confusió nocturna (1)
- Conservació de la personalitat (1)
- Depressió (1)
- Síntomes somàtics (1)
- Labilitat emocional (1)
- Història d'hipertensió (1)
- Història d'accident vascular cerebral isquèmic (2)
- Signes d'arteriosclerosi (1)
- Síntomes neurològics focals (2)
- Signes neurològics focals (2)

Demència multiinfart: 7 punts o més. Malaltia d'Alzheimer: 4 punts o menys.

DOL I PÈRDUA AFECTIVA (*)

Codi ECAP

Z63.4: Desaparició o mort d'un membre de la família.

Z63.5: Divorci; separació de la parella.

Y83.5: Amputació.

I00000: Dol

POBLACIÓ DIANA

Població atesa a partir dels 15 anys d'edat que viu un procés de dol.

OBJECTIUS

- Iniciar les activitats preventives prèvies al dol.
 - Avaluat i fer un seguiment sistemàtic de la persona en dol.
 - Derivar a salut mental el dol patològic.
- (*) Incloure aquí les pèrdues afectives; és a dir altres situacions que promouen reaccions i riscos psicopatològics similars, p. ex.: divorci; síndrome d'esgotament professional (burnout); pèrdua de funcions psicofísiques.

FACTORS DE RISC I ALTRES ASPECTES RELLEVANTS QUE CAL VALORAR

Factors de risc

- Infants preadolescents a la família.
- Vidus de més de 75 anys.
- Persones que viuen soles, aïllades socialment i/o amb xarxa social deficitària.
- Morts sobtades, en especial per suïcidi.
- Relacions conflictives amb el difunt.
- Antecedents psiquiàtrics, en especial la depressió.
- Disfunció familiar.
- Factors ambientals que impliquen canvis adaptatius.
- Esposa sobrevivent, especialment durant el primer any.
- Escasses autoestima i confiança en si mateix.
- Antecedents de dols previs no elaborats.

Sistemes o xarxa social de suport

Estat de salut de la persona en dol

- Malalties prèvies o concurrents.
- Malalties o factors de risc similars a les que va presentar el difunt.

CRITERIS DE BONA PRÀCTICA

Aspectes que cal monitorar o atendre en qualsevol procés de dol:

- Acceptació de la pèrdua (del difunt).
- Vivència de pena i patiment.
- Adaptació al medi, en absència de la persona morta.
- Expressió de dubtes, culpa, protesta, crítiques, etc. sobre la persona morta i la relació amb ella (poden ser mostres de l'inici d'un dol patològic o de la confiança en el professional; caldrà valorar-ho en cada cas).
- Elaboració de la relació amb la persona morta: sense idealitzar-la.
- Exploració de les creences del pacient i com poden ajudar-lo a elaborar la pèrdua.
- Capacitat de readaptació a la nova situació.
- Diferenciació entre l'evolució del dol "normal", del complicat i del patològic.
- Valoració sobre la formació de "grups de dol" i afavoriment de la participació en ells.
- Evitació de l'ús d'antidepressius, si no existeix una depressió clínica establerta. Els antidepressius poden impedir una adequada elaboració del dol, si s'utilitzen quan no estan indicats.

Els pacients amb factors de risc o amb poc suport social o comorbiditat han de ser valorats de forma especialment acurada i han de ser citats amb una periodicitat més freqüent.

CRITERIS DE DERIVACIÓ

- Empitjorament de l'evolució del dol malgrat les accions preses pels professionals d'atenció primària.
- Dol crònic de lenta resolució que interfereix en la vida quotidiana del pacient o el seu entorn.
- Presència de signes clars de psicopatologia (dol patològic).

Bibliografia

- Tizón García JL, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso C, García Campayo J, Montón Franco C, Redondo Granado MJ. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. *Aten Primaria* 2001; 28 (supl. 2): 96-160.
- Tizón JL. Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia. Barcelona: Ediciones Paidós/Fundació Vidal i Barraquer; 2004.
- Casarett D, Kutner JS, Abrahm J, for the End-of-Life Care Consensus Panel. Life after death: a practical approach to grief and bereavement. *Ann Intern Med* 2001; 134: 208-215.

DOL I PÈRDUA AFECTIVA (*)

(*) Cal incloure aquí les pèrdues afectives, és a dir altres situacions que promouen reaccions i riscos psicopatològics similars, p. ex.: divorci; síndrome d'esgotament professional (*burnout*); pèrdua de funcions psicofísiques.

Presenta el pacient amb dol recent alguna d'aquestes circumstàncies?:

Factors de risc

- Infants preadolescents a la família.
- Vidus de més de 75 anys.
- Persones que viuen soles, aïllades socialment i/o amb xarxa social deficitària.
- Morts sobtades, en especial per suïcidi.
- Relacions conflictives amb el difunt.
- Antecedents psiquiàtrics, en especial la depressió.
- Disfunció familiar.
- Factors ambientals que impliquen canvis adaptatius.
- Esposa sobrevivent, especialment durant el primer any.
- Escasses autoestima i confiança en si mateix.
- Antecedents de dols previs no elaborats.

Sistemes o xarxa social de suport

Estat de salut de la persona en dol

- Malalties prèvies o concurrents.
- Malalties o factors de risc similars als que va presentar el difunt.

NO



Aspectes a monitorar o atendre en qualsevol procés de dol:

- Acceptació de la pèrdua (del difunt).
- Vivència de pena i patiment.
- Adaptació al medi, en absència de la persona morta.
- Expressió de dubtes, culpa, protesta, crítiques, etc sobre la persona morta i la relació amb ella (poden ser mostres de l'inici d'un dol patològic o de confiança en el professional; caldrà valorar-ho en cada cas).
- Elaboració de la relació amb la persona morta: sense idealitzar-la.
- Exploració de les creences del pacient i com poden ajudar-lo a elaborar la pèrdua.
- Capacitat de readaptació a la nova situació.
- Diferenciació entre l'evolució del dol "normal", del complicat i del patològic.
- Valoració sobre la formació de "grups de dol" i l'afavoriment de la participació en ells.
- Evitació de l'ús d'antidepressius, si no existeix una depressió clínica establerta. Els antidepressius poden impedir una adequada elaboració del dol, si s'utilitzen quan no estan indicats.

SÍ



CAL VALORAR MÉS ESTRETAMENT: aspectes que cal monitorar o atendre en qualsevol procés de dol. Cal citar el pacient més freqüentment:

- Acceptació de la pèrdua (del difunt).
- Vivència de pena i patiment.
- Adaptació al medi, en absència de la persona morta.
- Expressió de dubtes, culpa, protesta, crítiques, etc., sobre la persona morta i la relació amb ella (poden ser mostres de l'inici d'un dol patològic o de la confiança en el professional; caldrà valorar-ho en cada cas).
- Elaboració de la relació amb la persona morta: sense idealitzar-la.
- Exploració de les creences del pacient i com poden ajudar-lo a elaborar la pèrdua.
- Capacitat de readaptació a la nova situació.
- Diferenciació entre l'evolució del dol "normal", del complicat i del patològic.
- Valoració sobre la formació de "grups de dol" i afavoriment de la participació en ells.
- Evitació de l'ús d'antidepressius, si no existeix una depressió clínica establerta. Els antidepressius poden impedir una adequada elaboració del dol, si s'utilitzen quan no estan indicats.

CRITERIS DE DERIVACIÓ A SALUT MENTAL

- Empitjorament de l'evolució del dol malgrat les accions preses pels professionals d'atenció primària.
- Dol crònic de lenta resolució que interfereix en la vida quotidiana del pacient o el seu entorn.
- Presència de signes clars de psicopatologia (dol patològic).

VIOLÈNCIA DE GÈNERE/ MALTRACTAMENT A LES PERSONES GRANS

Codi ECAP

Z63.0: Problemes en la relació entre el matrimoni o la parella.

T74: Síndrome de maltractament.

R45.6: Violència física.

Z04.5: Examen o observació d'una altra lesió infligida consecutiva.

Z63.8: Altres problemes especificats relacionats amb el grup primari de suport.

POBLACIÓ DIANA

Tota la població atesa, major de 15 anys, susceptible de patir maltractaments.

FACTORS DE RISC

- Aïllament social.
- Antecedents de maltractaments.
- Vivència de violència domèstica en la família d'origen.
- Nivell cultural baix.
- Nivell socioeconòmic baix.
- Edat avançada.
- Estat de salut deficient.
- Incontinència.
- Deteriorament cognitiu i alteracions de la conducta.
- Dependència física i psíquica del cuidador.
- Aïllament psicològic i social.
- Autoestima baixa.
- Submissió i dependència.
- Embaràs.
- Desequilibri de poder en la parella.
- Consum d'alcohol o drogues.

SENYALS D'ALARMA

- Físics: ferides, senyals de cops, hematomes, discrepància entre les conseqüències físiques de l'accident, i les seves característiques o la seva descripció, etc.
- Psíquics: ansietat, depressió, confusió, agitació, síndrome d'estrès posttraumàtic, intents de suïcidi.
- Actituds de la víctima: por, nerviosisme, absència de contacte visual, inquietud, sobresalt pel soroll més petit, mirades inquietes a la porta, passivitat, abstracció, tendència a donar-se la culpa i a excusar a seva parella, reticència a respondre preguntes o a deixar-se explorar, incapacitat per prendre decisions.
- Actituds de l'agressor: excessiva preocupació i control, excessiva despreocupació.
- Estat emocional de la víctima: tristesa, por a morir, idees suïcides, ansietat extrema.
- Altres símptomes: queixes cròniques, insomni, cefalees, abdominàlgies, disfuncions sexuals, consum abusiu de medicaments, hiperfreqüentació, absentisme laboral, avortaments provocats o espontanis, etc.
- Els trastorns per somatització són una possible conseqüència de la violència domèstica sostinguda.
- Identificació de factors de risc del cuidador agressor: sobrecàrrega física i emocional, antecedents de patir trastorn psicopatològic, abús d'alcohol o altres tòxics, antecedents familiars de maltractament, incapacitat del cuidador per suportar emocionalment les cures.

ASPECTES CLAU

- Identificació dels factors de risc de la dona maltractada.
- Identificació de situacions de risc o de major vulnerabilitat.
- Valoració inicial de la situació de risc immediat.
- Valoració de si es tracta d'una situació aguda o crònica.
- Atenció a si víctima i agressor comparteixen l'habitatge.
- Relacions deteriorades entre la víctima i l'agressor.
- Manca de suport familiar, social i econòmic.
- Dependència econòmica o d'habitatge de l'ancià/ana.

Preguntes clau o facilitadores per a la dona maltractada

Us veig preocupada, com van les coses a la vostra família?

- Teniu algun problema amb el marit o els fills?
- Us heu sentit maltractada alguna vegada?
- Us sentiu segura?
- Heu tingut por, alguna vegada?
- Heu estat violentada o agredida físicament o sexualment?
- Algú us controla les sortides?
- Algú us controla els diners?
- Us han amenaçat alguna vegada?
- Heu explicat el vostre problema a algun familiar o amic?

Preguntes clau o facilitadores per a l'ancià/ana

- Algú us ha fet mal, a casa?
- Teniu por d'alguna de les persones amb qui conviu?
- Us han amenaçat?
- Us han obligat a firmar documents que no enteneu?
- Us han posat dificultats perquè pugueu valdre-us sol/a?
- Us han tocat sense consentiment?
- Us han obligat a fer coses en contra de la vostra voluntat?
- Algú us pren coses que us pertanyen sense consentiment?
- Esteu sol/a tot sovint?

CRITERIS DE BONA PRÀCTICA

AMB RISC IMMEDIAT

Físic

- Urgències hospitalàries.

Psíquic (intents d'autòlisi)

- Urgències psiquiàtriques.

Social

- Treballador/a social del CAP, serveis socials d'atenció primària, urgències socials.

Agressió sexual

- Sempre, cal derivar a l'hospital per a valoració ginecològica i forense.

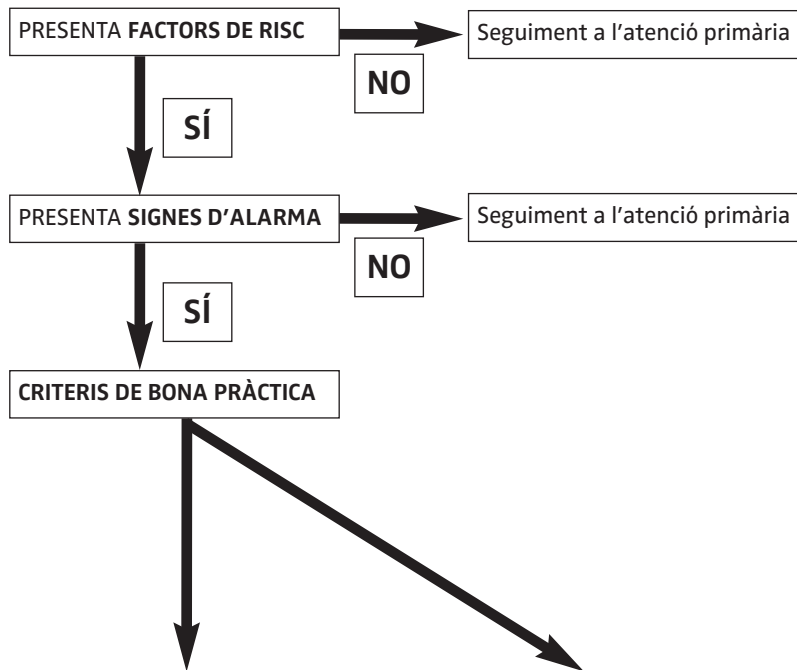
SENSE RISC IMMEDIAT

- Comunicació de lesions al Jutjat (i còpia a la història clínica).
- Valoració integral.
- Coordinació amb treballador/a social del CAP.
- Oferiment de serveis d'atenció social (Circuit de Violència BCN – www.csbcn.net/cvdbcn).
- Informe al pediatre, si hi ha menors.
- Seguiment.
- Anotació a la història clínica.
- Escolta activa i empatia.
- Informació sobre les repercussions de les decisions que s'han de prendre i respecte per les decisions que s'han pres.
- Evitació dels judicis de valor.
- Evitació de minimitzar els riscos de la situació.
- Evitació de la victimització secundària.

Bibliografía

- Tizón García JL, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R (coordinador del grupo), Chocrón Bentata L, Fernández Alonso C, García Campayo J, Montón Franco C, Redondo Granado MJ. Prevención de los trastornos de salud mental desde la atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 32 (supl. 2): 77-101. Disponible a: <http://www.papps.org/upload/file/recomendaciones/2003/experto7.pdf>
- Violencia doméstica. Fernández Alonso MC, Herrero Velázquez S, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, García Campayo J, Montón Franco C, Redondo Granado MJ, Tizón García JL. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, PAPPs-Semfyc; 2003. Disponible a: http://www.msc.es/ciudadanos/violencia/docs/VIOLENCIA_DOMESTICA.pdf
- Alberdi I, Matas N. La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Cap. VI. La violencia doméstica en cifras. Estudios La Caixa [edición electrónica] 2002; p.115-55. Disponible a: www.estudios.lacaixa.es
- Yuste Marco A, Bruguera Villagrasa R, Coma Solé M, Tabueña M, Valls Borrueu G, San José Laporte A, Marco Segarra E, Guevara Casanova A, Benet Travé J. Maltractaments a la gent gran. Quaderns de la bona praxi. (Núm. 20). Barcelona: Col·legi de Metges de Barcelona, 2003. Disponible a: <http://www.comb.cat/cat/comb/publicacions/bonapraxi/praxi20.pdf>

VIOLÈNCIA DE GÈNERE/MALTRACTAMENT A LES PERSONES GRANS



Aspectes clau

- Identificació dels factors de riscos de la dona maltractada.
- Identificació de les situacions de risc o de major vulnerabilitat.
- Valoració inicial de la situació de risc immediat.
- Valoració sobre si es tracta d'una situació aguda o crònica.
- Atenció a si víctima i agressor comparteixen l'habitatge.
- Relacions deteriorades entre la víctima i l'agressor.
- Manca de suport familiar, social i econòmic.
- Dependència econòmica o d'habitatge de l'ancià/ana.

AMB RISC IMMEDIAT

Físic

- Urgències hospitalàries.
- Psíquic (intent autòlisi):
- Urgències psiquiàtriques.

Social

- Treballador/a social del CAP, serveis socials d'atenció primària, urgències socials.

Agressió sexual

- Sempre, cal derivar a l'hospital per a valoració ginecològica i forense.

SENSE RISC IMMEDIAT

- Comunicació de lesions al Jutjat (i còpia a la història clínica).
- Valoració integral.
- Coordinació amb treballador/a social del CAP.
- Oferiment de serveis d'atenció social (Circuit de violència BCN – www.csbcn.net/cvdbcn).
- Informe al pediatre, si hi ha menors.
- Seguiment.
- Anotació a la història clínica.
- Escolta activa i empatia.
- Informació sobre les repercussions de les decisions que s'han de prendre i respecte per les decisions que s'han pres.
- Evitació dels judicis de valor.
- Evitació de minimitzar els riscos de la situació.
- Evitació de la victimització secundària.

Preguntes clau o facilitadores per a la dona:

Us veig preocupada, com van les coses a la vostra família?

- *Teniu algun problema amb el marit o amb els fills?*
- *Us heu sentit maltractada alguna vegada?*
- *Us sentiu segura?*
- *Heu tingut por, alguna vegada?*
- *Heu estat violentada o agredida físicament o sexualment?*
- *Algú us controla les sortides?*
- *Algú us controla els diners?*
- *Us han amenaçat alguna vegada?*
- *Heu explicat el vostre problema a algun familiar o amic?*

Preguntes clau o facilitadores amb l'ancià:

- *Algú us ha fet mal, a casa?*
- *Teniu por d'alguna de les persones amb qui conviu?*
- *Us han amenaçat?*
- *Us han obligat a firmar documents que no enteneu?*
- *Us han posat dificultats perquè pugueu valdre-us sol/a?*
- *Us han tocat sense consentiment?*
- *Us han obligat a fer coses en contra de la vostra voluntat?*
- *Algú us pren coses que us pertanyen sense consentiment?*
- *Esteu sol/a tot sovint?*

