

**DIAGNOSI DE L'ESTAT DE LA  
SALUT MENTAL DEL DISTRICTE 3  
DE SABADELL**

**Diagnòstic des de la perspectiva de  
la Salut Mental Comunitària**

**2017-2018**



**Autors:**

Josep Moya Ollé (Coordinador del Projecte. Corporació Parc Taulí. OSAMCAT)

José Antonio Monreal (Centre de Salut Mental del Parc Taulí)

Meritxell Tost (Centre de Salut Mental del Parc Taulí)

Montserrat Carmona (Centre de Salut Mental del Parc Taulí)

Maria Jesús Merino (Infermera de la Corporació Parc Taulí)

Antonio Rodríguez (Metge de família. ABS Ca N' Oriach)

Teresa Corbella (Salut Pública Ajuntament de Sabadell)

Ester Fornells (OSAMCAT)

Marcos Antonio Catalán (Parc de Salut Sant Joan de Deu)

Manuel de Armas (OSAMCAT/ Universidad de Las Palmas de Gran Canaria)

## **Índex:**

1. <i>Introducció</i> .....	4
2. <i>Objectius</i> .....	5
3. <i>Justificació</i> .....	6
4. <i>Marc teòric</i> .....	8
5. <i>Descripció del territori</i> .....	17
6. <i>Cronograma</i> .....	19
7. <i>Mètode</i> .....	20
8. <i>Pressupost</i> .....	24
9. <i>Referències</i> .....	25

## **1. Introducció**

El projecte que es presenta és una iniciativa del Moviment Crida Sabadell, l'Àrea Bàsica de Salut de Ca N' Oriac i l'Observatori de Salut Mental de Catalunya.

La demanda s'articula perquè des dels dispositius de salut, treball social i agents socials del barri es veu la necessitat de procedir a una anàlisi de l'estat de la salut mental del barri des d'una perspectiva comunitària. Aquesta implica posar l'èmfasi en aquells factors socials que tenen una especial incidència en la salut mental i comporta transcendir la consideració de la salut mental com una circumstància individual i projectar-se cap una aproximació centrada en la comunitat.

Alhora, es té l'objectiu de plantejar un programa d'actuació en el marc de les competències municipals. Aquestes venen definides per la Llei 27/2013 de 27 de desembre, de Racionalització i Sostenibilitat de l'Administració Local (LERSAL) (Ley de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local, 2013). Aquesta llei, en l'article 25, apartat e, estableix que una de les competències municipals en matèria de salut és l'avaluació i informació de situacions de necessitat social i d'atenció immediata a persones en situació o risc d'exclusió social. Ara bé, és conegut que la malaltia mental, greu o comú, genera sovint el que la persona que la pateix quedi en situació de risc o d'exclusió social. I és a partir d'aquesta premissa que es fa necessària la implementació de polítiques municipals que tinguin com objectiu la prevenció dels trastorns mentals en les seves diferents vessants (primària, secundària i terciària

Per fer aquesta feina es proposa fer un diagnòstic dels elements més rellevants de la salut mental i extreure les línies de treball que haurà de contemplar un Programa Municipal de Salut Mental.

## **2. Objectius**

Els Objectius del Programa s'estructuren en dos apartats: a) objectius generals, b) objectius específics

### **a) Objectius Generals**

Realitzar un diagnòstic de la situació general de la Salut Mental de la població del Districte 3 de Sabadell des de la perspectiva del Model de Salut Mental Comunitària i dins del marc de les competències municipals en matèria de salut i salut mental.

### **b) Objectius específics**

1. Identificar els indicadors generals de salut i de salut mental del Districte 3 de Sabadell.
2. Identificar els factors de risc psicosocial en el Districte 3.
3. Identificar els factors de protecció psicosocial en el Districte 3.
4. Identificar les necessitats i recursos de les persones amb problemes de salut mental i els professionals.
5. Programar accions i serveis en salut mental des dels serveis socials municipals, l'Àrea Bàsica de Salut, el Centre de Salut Mental de la Corporació Parc Taulí i l'Observatori de Salut Mental de Catalunya (OSAMCAT).
6. Optimitzar les tasques realitzades des dels serveis socials vers les persones amb malaltia mental i els seus familiars.
7. Recomandar accions i programes de prevenció en salut mental en el si de la comunitat del Districte 3.

## **3. Justificació**

La justificació del Projecte s'emmarca en la prioritització d'actuacions que estableix el Pla Integral d'Atenció a les Persones amb Trastorn Mental i Addiccions, elaborat per la Generalitat de Catalunya (Generalitat de Catalunya, 2014). Aquest Pla integral pretén donar resposta als objectius següents:

- Contribuir a la millora de la salut mental i la disminució de les desigualtats socials d'aquest col·lectiu
- Incorporar estratègies transversals de promoció de la salut, prevenció de la malaltia, atenció i reinserció social i laboral, possibilitant l'acció integrada i complementària dels serveis de salut, social, educació, laboral i de la justícia

- Aconseguir un progrés significatiu en la participació dels afectats en primera persona i una opció d'equitat i reequilibri a favor de la població més vulnerable
- Disposar d'un instrument de planificació de les polítiques i accions públiques que doni coherència a les accions que s'estan desenvolupant des dels diferents departaments de la Generalitat per a l'atenció d'aquestes persones, amb criteris d'eficiència dels serveis públics.

El Pla s'estructura en diverses línies estratègiques, algunes de les quals són competència de les administracions locals; així, la Línia Estratègica n.3 promou la participació ciutadana i social de les persones amb problemes de salut mental i promou es seus drets en els entorns assistencials. D'altra banda, la Línia Estratègica 5 té per objectiu promoure les accions necessàries per a la consecució activa de la inclusió comunitària de les persones adultes amb trastorn mental greu i addiccions. Finalment, la Línia Estratègica 11 vol promoure l'associacionisme i la participació ciutadana i social de les persones amb problemes de salut mental i de les seves famílies.

És clar que totes aquestes línies estratègiques estan basades en una tesi fonamental: la missió de la institució de salut mental ve determinada pel mandat que aquesta rep de la comunitat (Caplan, 1993). És la comunitat la que detecta i coneix en profunditat les necessitats dels seus ciutadans; a més, és en el sí de la comunitat on es produeixen els diferents fets que porten al creixement dels individus, on es generen les dificultats i on es produeixen les situacions necessàries per fer front a les mateixes (Leal, 2006).

Cal afegir que el nivell local és el més adequat per formular una estratègia de servei que prengui en consideració els següents tipus d'enllaç amb el servei psiquiàtric general: enllaços amb serveis especialitzats de salut mental, enllaços amb els serveis de salut general, incloent els d'atenció primària i especialitzada; i una gama de serveis no clínics com els serveis socials, organismes de la vivenda, grups representatius dels pacients, polítics locals, ràdios locals, associacions de familiars, cuidadors i voluntaris.

Finalment, l'èmfasi en el nivell local pot invertir la tendència que porta al trasllat de pacients fora de les seves llars o de la seva comunitat local, quelcom fou la

característica del període en el qual es varen construir institucions destinades a grans àrees de captació. L'avantatge al emfatitzar els serveis locals és que aquella tendència inverteix la seva direcció: enlloc de traslladar els pacients a llocs distants, són els serveis els que es veuen obligats a apropar-se a l'àrea local dels pacients.

## 4. Marc teòric

El marc teòric del projecte està configurat per dos eixos: A) Model de salut mental comunitària i, b) Tipologies de trastorns mentals.

### 1. Salut Mental comunitària

Utilitzarem la definició donada per Thornicroft i Tansella (2005) els quals expressen que:

“La salut mental comunitària és aquella que incorpora un ventall complet de cures eficaces de salut mental a una població definida, i que es dedica al tractament i suport de les persones que pateixen trastorns mentals, en proporció al seu patiment o malestar, en col·laboració amb altres organismes locals”.

Això comporta un plantejament que va molt més enllà dels àmbits de la psiquiatria, la psicologia clínica i la infermeria de salut mental ja que inclou no solament altres professionals (treballadors socials, monitors, pedagogs, logopedes, etc.) sinó també altres xarxes (educació, serveis socials de primària, justícia i justícia juvenil) i, sobre tot, un marc conceptual en el que s'articulin els diferents discursos i les diverses intervencions. Els instruments musicals són nombrosos, però la simfonia és la mateixa.

Això fa que un modern servei de salut mental comunitari sigui una alternativa i no un element complementari dels models tradicionals, més orientats a la custòdia i dominats pels grans hospitals psiquiàtrics i per les consultes externes dels hospitals generals, els quals, per realitzar el seguiment, ofereixen cures que massa sovint es limiten al maneig de la medicació. En aquest sentit cal recordar que si bé tothom sembla assolir el trinomi bio-psico-social, en la pràctica es dona un predomini del primer element, en perjudici dels dos restants.

Però un model de salut mental comunitària només es pot emmarcar en un plantejament de salut pública i aquest té dues implicacions:



- Els serveis han de ser accessibles a aquells que els necessiten, amb independència de la seva capacitat per pagar-los.
- La salut mental de les persones està intrínsecament unida a la salut econòmica i social de les seves comunitats.

D'això es desprèn que una estratègia que promogui la salut mental en la població en el seu conjunt ha de considerar-se d'interès públic i no pot limitar-se a les actuacions pròpies de l'àmbit individual ja que en cas contrari es pot perdre el control dels determinants socials de la salut mental (Muntaner i cols, 2004).

## **2. Principis bàsics del model comunitari**

Un model comunitari en salut mental es regeix per 8 principis: Autonomia, continuïtat, accessibilitat, comprensivitat, equitat, recuperació personal, responsabilització i qualitat (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

I. **Autonomia.** És la capacitat per a respectar i promoure la independència i l'autosuficiència de les persones. En conseqüència, es tracta de promoure actituds en virtut de les quals les persones amb trastorns mentals siguin el més autònomes possibles i s'integrin en els entorns "naturals" de la seva comunitat.

II. **Continuïtat.** La continuïtat comporta proporcionar tractament, rehabilitació, cures i suport, de manera continuada al llarg de la vida i de manera coherent, entre els serveis que la componen.

III. **Accessibilitat.** és la capacitat d'un servei per a prestar assistència al pacient i als seus familiars quan i on la necessitin. Es tracta, doncs, d'aproximar els recursos als llocs de residència.

IV. **Comprensivitat.** Es pot fonamentar amb la implantació de tots els dispositius bàsics d'un servei en cada àrea sanitària, sense que, per motius

d'eficiència, l'atenció a alguns trastorns de baixa prevalença i elevada gravetat es puguin centralitzar en unitats de referència comuns a vàries àrees sanitàries.

V. **Equitat.** és la distribució dels recursos sanitaris i socials, adequada en qualitat i proporcionada en quantitat, a les necessitats de la població d'acord amb principis explícits i racionals.

VI. **Recuperació personal.** Posterior a haver patit un trastorn mental greu, per exemple, una crisi esquizofrènica, implica dos processos paral·lels i complementaris:

- a) La recuperació de la salut en sentit estricte
- b) Un procés de canvi i de creixement personal, orientat a superar els efectes negatius pel desenvolupament personal que, en molts casos, tenen els trastorns mentals.

VII. **Responsabilització.** És el reconeixement per part de les institucions sanitàries de la seva responsabilitat davant dels pacients i les seves famílies i la comunitat. Això comporta, entre d'altres, l'adopció de criteris explícits i transparents pel establiment de prioritats així com la publicació de la cartera de serveis i prestacions en salut mental.

VIII. **Qualitat.** Comporta augmentar contínuament la probabilitat d'obtenir els resultats que es desitgen, utilitzant procediments basats en proves (que no evidències).

### **3. Tipologies de trastorns mentals**

Abans d'abordar la temàtica de les tipologies de trastorns mentals és precís definir les bases conceptuals que delimiten i diferencien els trastorns mentals de les malalties mentals.

#### **i. Malaltia mental versus trastorn mental**

Malgrat que des de la publicació del DSM III l'any 1980 el concepte de malaltia mental va ser explícitament relegat al món de les discussions especulatives (cal

recordar que el Manual plantejava explícitament la renúncia a emprar el terme de “malaltia mental”) és clar que en la pràctica assistencial i, en general, en tots els forums de discussió, el terme malaltia mental és emprat de manera habitual, tot i que amb significats no sempre coincidents. Així, mentre uns es refereixen a malaltia mental en un sentit purament mèdic, és a dir, com un tipus particular de malaltia, altres, ho fan en un sentit més vinculat als valors.

No obstant, per tal d'aclarir la naturalesa del problema cal remuntar-nos als orígens del concepte de malaltia mental, més concretament a la figura d'Emil Kraepelin. Aquest psiquiatre alemany va plantejar la següent formulació: En psiquiatria hi ha entitats nosològiques; per a la seva delimitació s'ha de partir d'aquest postulat: a cada factor etiològic ha de correspondre un quadre clínic peculiar, un curs determinat, un final comú i una anatomia patològica precisa. Aquestes condicions semblarien donar-se en entitats nosogràfiques com la demència de Pick, la corea de Huntington o la malaltia d'Alzheimer, però, com va advertir el professor Carlos Castilla del Pino (Pino, 1991), tampoc en aquests processos neuropsiquiàtrics això es compleix de manera precisa ja que la simptomatologia psíquica d'aquestes entitats és variable i de cap manera es pot establir una correspondència entre lesions cerebrals i símptomes psicològics.

Des de llavors, els intents per definir la malaltia mental han estat infructuosos i és així com Rojo (Rojo, 1995) adverteix que la definició del concepte de malaltia mental és un problema per resoldre. Aquest autor afegeix que definir si quelcom és una malaltia o no, on ha d'estar i si hi ha o no continuïtat amb la normalitat són coses per decidir. Normalitat o anormalitat, salut mental versus malaltia mental, són qüestions sobre les quals les acotacions no estan definides. Això ha portat a que cap sistema classificatori actual hagi arribat a definir completament la malaltia mental. Si consultem el DSM III-R o el DSM IV ens trobarem que ni tan sols existeix una definició satisfactòria que especifiqui els límits precisos del concepte de trastorn mental.

En efecte, el DSM IV-TR i posteriorment el DSM V (Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals, 5ena edició) defineix el trastorn mental en els següents termes:

“un trastorn mental és una síndrome caracteritzada per una alteració clínicament significativa de l'estat cognitiu, la regulació emocional o el comportament de l'individu que reflecteix una disfunció dels processos psicològics, biològics o del desenvolupament subjacents en la seva funció mental. Habitualment, els trastorns mentals van associats a un estrès significatiu o a discapacitat, ja sigui social, laboral o d'altres activitats importants. Una resposta previsible o culturalment acceptable davant d'un estrès usual o una pèrdua, tal com la mort d'un ésser estimat, no constitueix un trastorn mental. Els comportaments socialment anòmals i els conflictes existents principalment entre l'individu i la societat no són trastorns mentals, llevat que l'anomalia o el conflicte siguin deguts a una disfunció de l'individu com les descrites anteriorment” ( DSM V, Barcelona, 2014, p. 20).

Els autors, a diferència del que es plantejava en el DSM IV-TR (Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals, 4a. Edició) no es mostren gaire crítics amb el concepte de trastorn mental ni reconeixen les limitacions que li són inherents. No obstant, el concepte que es manega en el DSM -5 té molts punts dèbils; així, quan s'empra l'expressió “alteració clínicament significativa” no s'aclareix què significa, ésa dir, a partir de què i de quins criteris es pot considerar que un malestar psíquic és clínicament significatiu. El cas de les reaccions de dol és un exemple prou clar: Quan una reacció de dol és normal i quan és anormal? Quina és la durada que es pot considerar acceptable en una reacció de dol? Quins símptomes de l'expressió de dol són susceptibles de ser etiquetats d'anomals?

Allen Frances, psiquiatre nordamericà que va presidir el grup de treball del DSM IV va expressar el problema de manera clara: En la seqüència salut/malaltia es poden establir diverses variants:

Clarament malalt – Lleument malalt – Probablement sà – Definitivament sà.

Frances explica que en els extrems, la distinció entre els completament sans i els completament malalts es`ta perfectament clara i no es presta en aboslut a la manipulació. Pero, la distinció, molt més confusa entre els lleument malalts i els probablement sans és fàcil i freqüentment manipulable (Frances, 2014).

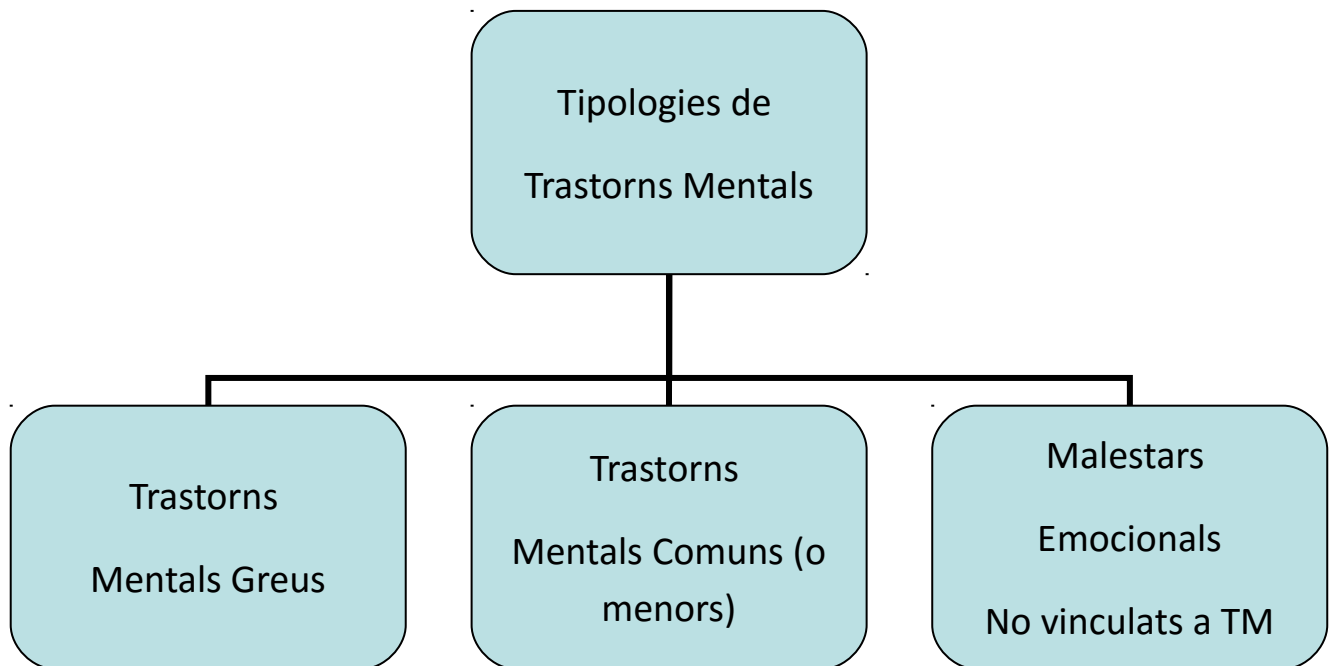
En efecte, quan es tracta de casos extrems, un episodi psicòtic amb al·lucinacions, deliris de persecució i alteracions de la conducta, per exemple, no hi ha dificultat en atribuir-li un caràcter patològic, però, si el que mostra la persona és una vivència segons la qual a la feina l'estan assetjant encarregant-li les tasques més avorrides i tedioses i no adreçant-li la paraula la dilucidació de la naturalesa de l'esmentada vivència serà molt més problemàtica. Ara bé, l'experiència clínica indica que la major part dels casos es troben en la zona de grisos, és a dir, aquella que inclou els "lleument malalts i els probablement sans".

Tot això ens porta a adoptar una posició de molta prudència a l'hora de fer catalogacions i a centrar-nos més en el patiment de les persones i no tant en les etiquetes diagnòstiques.

## **ii. Tipologies de trastorns mentals**

Acceptant, amb prudència, la noció de trastorn mental com eina de treball pel projecte que proposem i per tal de racionalitzar la utilització de recursos a les diferents necessitats dels pacients i de les seves famílies es fa necessari establir uns grans blocs de tipologies de problemes de salut mental. I, tenint en compte l'establiment de guies de pràctica clínica i de programes d'intervenció ja existents es poden definir tres grans blocs (figura 1):

- a) Trastorns mentals greus
- b) Trastorns mentals comuns
- c) Malestars emocionals no constitutius de trastorns



**Figura 1. Tipologies de Trastorns Mentals (Font pròpia)**

**A) Trastorns Mentals Greus (severs)**

En medicina el concepte de gravetat és complex i la seva avaluació es relaciona amb criteris molt diferents. Pot estar lligat entre d'altres a la intensitat de la simptomatologia, però també al pronòstic, així, per exemple, una malaltia es més greu en tant que la mortalitat que entranya és més elevada o bé que la seva tendència a la cronicitat sigui més gran. Tanmateix, intensitat de la simptomatologia i pronòstic no estan necessàriament correlacionats. Un episodi psicopatològic com un Trastorn Psicòtic Breu pot ser simptomatològicament greu, però no l'és des del punt de vista de la seva evolució si es cura ràpidament i no provoca recaigudes (Pichot, 2005). Ans al contrari, alguns casos d'esquizofrènia incipient amb símptomes lleugers i poc nombrosos són greus per la possibilitat d'una evolució cap un estat deficitari.

En aquest marc conceptual, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya va elaborar un Programa d'Atenció Específica als Trastorns Mentals Severs (J. Ramos, 2003) en el qual es va establir que el concepte de Trastorn Mental Sever engloba un conjunt d'entitats nosològiques de diferent naturalesa

i presentació clínica, que tenen en comú criteris de gravetat i persistència en el temps, amb tendència al deteriorament i a l'alteració de les relacions personals, familiars i socials de la persona que els pateix. El programa afegia, a més, que l'evolució dels trastorns mentals severos (TMS) no depèn únicament dels aspectes clínics de la malaltia sinó també de l'atenció rebuda, la coherència dels procediments emprats i la continuïtat assistencial.

Els TMS engloben, com ja s'explica en el concepte, diverses entitats nosològiques; són les següents:

- Trastorns esquizofrènics
- Depressió major recurrent
- Trastorn bipolar maníac
- Trastorn bipolar depressiu
- Trastorn bipolar mixt
- Paranoia
- Agorafòbia amb crisi d'angoixa
- Trastorn obsessiu compulsiu
- Trastorn límit de la personalitat
- Personalitat esquizotípica

Finalment, el conjunt de procediments assistencials per aquestes persones engloba dos elements principals: El Pla Terapèutic Individual (PTI) i el Pla Individual de Rehabilitació i Reinserció (PIRR).

#### B) Trastorns Mentals Comuns (menors)

El concepte de Trastorn Mental Comú o Menor és molt més difícil de definir que el de TMS, entre d'altres raons per la borrositat del símptoma mental i la manca d'instruments que possibilitin "mesurar" la seva intensitat. No obstant, podem partir d'una concepció intuïtiva segons la qual es tracta de persones que es presenten en les consultes d'atenció primària i especialitzada amb símptomes mínims i sovint persistents, amb estats psicològics més o menys habituals, que tots nosaltres podem experimentar en diversos graus d'intensitat i en diferents moments, que revelen el difús dels límits entre la normalitat i el trastorn mental i l'escassa fiabilitat en la que es mouen les categories diagnòstiques (Desviat, 2009).

Els trastorns mentals més freqüents en aquest gran bloc són: la distímia, els trastorns adaptatius (amb ansietat, depressió o mixtos), els trastorns d'ansietat generalitzada i la dependència de l'alcohol, entre d'altres (Retolaza, 2009).

Aquest autor assenyala, a més, que per motius evidents, en el context de l'atenció primària, es produeix una important comorbiditat entre la malaltia mèdica comú i els trastorns psiquiàtrics. En línies generals, els pacients que presenten patologies mèdiques més greus o amenaçadores així com aquells que presenten patologies limitacions o discapacitats derivades d'elles tendeixen a presentar major freqüència i severitat de trastorns mentals.

#### C) Patiments emocionals no vinculats a trastorns mentals

La crisi econòmica iniciada l'any 2008 així com les polítiques d'austeritat aplicades pels governs neoliberals han produït i estan produint un important patiment social. A les consultes d'atenció primària, el patiment causat per les dificultats socials té diverses maneres de presentar-se, ja sigui en forma de símptomes psicològics o en forma de símptomes orgànics. No obstant, en moltes ocasions, aquests malestars emocionals no reuneixen les condicions necessàries per ser etiquetats de trastorns mentals, la qual cosa no implica que no requereixin atenció per part dels professionals de la salut. D'altra banda, cal advertir que la crisi econòmica ha evolucionat a una situació d'empobriment que serà irreversible a curt termini, amb el consegüent estancament de les males condicions econòmiques i socials i la cronificació del patiment, que es manifestarà en malestar emocional. (M. J. Fernández, E. Serrano i F. Zapater, 2016)

## 5. Descripció del territori

**Ca n'Oriac** és un barri de Sabadell situat al nord de la ciutat, que deu el nom a l'antiga masia de Ca n'Oriac. Antigament, el territori pertanyia a la parròquia de Sant Julià d'Altura del municipi de Sant Pere de Terrassa.

El barri es formà arran de la immigració de mitjans del segle XX. Els primers habitatges hi foren construïts els anys 40. Forma part del Districte 3 del municipi, que inclou barris com Torreguitart, Torrent del Capellà, la Plana del Pintor, Can Deu, la Roureda i Can Llong, entre d'altres.

L'eix comercial del barri és l'avinguda de Matadepera.



El barri rep el nom de la masia, amb finestrals gòtics, de l'antic terme de Sant Julià d'Altura que avui es conserva molt deteriorada. La família Oriac és documentada a Sabadell des del 1542 fins al segle XIX. El 1578, Antic Oriac adquirí el mas Boadella, que amb els temps prendria el nom de Ca n'Oriac.

Segons dades proporcionades pel Pla de Mobilitat Urbana de Sabadell (2010), Ca N'Oriac té una població de 19.968 habitants, el que suposa un 10 per cent de la població total de Sabadell.

**Taula 1. Agents de salut, salut mental, Serveis Socials, Educació i justícia del Districte 3 de Sabadell**

<b>Salut</b>	Àrea Bàsica de Salut Hospital de Sabadell
<b>Salut Mental</b>	Centre de Salut Mental Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil Centre d'Atenció a les Drogodependències
<b>Serveis Socials</b>	Serveis Socials Bàsics del Districte 3
<b>Educació</b>	IES Joan Oliver EIS Jonqueres Escoles de Primària: Floresta, Can Déu, Roureda, Sant Julià, Calvet d'Estrella
<b>Justícia</b>	Jutjats Equip d'Atenció a la Víctima EAT Penal

## **6. Cronograma**

El cronograma del projecte s'exposa en la taula 2:

Taula 2. Cronograma del Projecte Diagnosi de l'Estat de Salut Mental del Districte 3 de Sabadell

Gener- Febrer 2017	Presentació del Projecte a les Institucions implicades (Ajuntament de Sabadell, Corporació Sanitària Parc Taulí, Institut Català de la Salut, Servei Català de la Salut, Programa de Salut Mental i Addiccions, ...)
Març-Maig 2017	Elaboració dels indicadors de Salut i de

	Salut Mental del Districte
Juny – Desembre 2017	Recollida de les dades quantitatives (Mortalitat, morbiditat, percentatge de patologia mental severa, atur, fracàs escolar, absentisme escolar, atenció domiciliària, etc). Grups focals (Salut, Benestar Social, Educació, Lleure, )
Gener-Abril 2018	Anàlisi de les dades
Maig- Juny 2018	Elaboració de l'informe
Setembre – Desembre 2018	Presentació de l'informe

## 7. **Mètode**

L'estudi es realitzarà amb una metodologia quantitativa i qualitativa. Amb la primera es recolliran dades quantificables com, per exemple, les dades del CMBD, les taxes de natalitat i mortalitat, la prevalença del suïcidi, l'esperança de vida així com tot un conjunt d'indicadors socials, econòmics i culturals.

Amb la segona es pretén conèixer la dimensió psicològica i psicosocial dels actors implicats. La metodologia qualitativa té per objectiu la captació i reconstrucció de significat, és a dir, pretén captar el significat de les coses (processos, comportaments, actes) més que descriure els fets socials. En segon lloc, és una metodologia que prefereix recollir la informació a través de l'observació detinguda o de les entrevistes en profunditat. En tercer lloc, el seu procediment és més inductiu que deductiu, és a dir, que enlloc de partir d'una teoria i unes hipòtesis perfectament elaborades i precises opta per partir de les dades per intentar reconstruir un món. Finalment, la seva orientació no és particularista i generalitzadora sinó holística i concreta (Ruiz, 2009).

## 7.1. Participants

Per decidir els participants del Projecte s'elaborarà un mapa dels agents implicats en l'atenció i assistència en salut mental tenint en compte que s'han seleccionat tots aquells que tenen incidència en el districte 3, encara que no tinguin la seva seu física en el barri.

Posteriorment, un cop elaborat el mapa, es definiran els agents claus per fer grups focals. Inicialment, es proposen els següents grups focals (taula 3):

Taula 3. Grups focals Districte 3 de Sabadell

<b>Àmbit</b>	<b>Participants</b>
Salut	<ul style="list-style-type: none"><li>- Àrea bàsica de salut</li><li>- Centre de Salut Mental</li><li>- Atenció a les drogodependències</li><li>- Centre de Salut Mental Infantil Juvenil</li><li>- CDIAP (Atenció precoç)</li><li>- Salut Pública (Ajuntament de Sabadell)</li></ul>
Serveis Socials/ Justícia	<ul style="list-style-type: none"><li>- Serveis socials bàsics</li><li>- Serveis Socials Especialitzats</li><li>- Fiscalia/Metges forenses/ Professionals de l'EAT Penal</li></ul>
Educació	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mestres de Primària</li><li>- Docents de Secundària</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equip d'Assessorament Psicopedagògic</li> </ul>
Grups de Col·lectius vulnerables	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persones en situació d'atur perllongat</li> <li>- Familiars de Malalts Mentals</li> <li>- Discapacitats</li> <li>- Gent gran</li> <li>- Immigrants</li> <li>- Famílies monoparentals</li> <li>- Altres</li> </ul>
Teixit Social del Districte 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centres cívics</li> <li>- Biblioteques</li> <li>- Casals de gent gran</li> </ul>

## 7.2. Instruments

Els instruments emprats han estat els grups de discussió, també coneguts com grups focals. Hem seguit la concepció de (Krueger, 1991) que defineix els grups de discussió com:

“Una conversa curosament planejada. Dissenyada per obtenir informació d'una àrea definida d'interès, en un ambient permissiu, no directiu. Es porta a terme amb aproximadament set a deu persones, guiades per un moderador expert. La discussió és relaxada, confortable i sovint satisfactòria per als participants, ja que exposen les seves idees i comentaris en comú. Els membres del grup s'influeixen mútuament, ja que responen a les idees i comentaris que sorgeixen en la discussió” (Krueger, 1991:24)

Altres autors han assenyalat que el grup de discussió és un dispositiu que s'estableix sobre a base de la identitat social i de les seves representacions, sent aquestes representacions socials les formes de coneixement col·lectivament elaborades i compartides, amb una orientació pràctica i permanentment actualitzable, i que determinen la forma comú en la que els

diferents grups humans constitueixen i interpreten la realitat i la d'altres col·lectius (Alonso, 1996).

Per tant, el grup de discussió és un artifici, un dispositiu que es crea i que es construeix, és a dir, que comença a existir amb una raó (Suárez, 2005). No obstant, en l'estudi que hem portat a terme, cal introduir un matís diferencial ja que en el cas del grup de familiars s'ha recorregut a un col·lectiu que té una existència ja estructurada en tant es tracta d'una associació estable.

### **7.3. Procediment**

Les sessions dels grups focals es realitzaran en aquells locals que cedeixi l'Ajuntament de Sabadell. Les sales han de reunir les condicions adients: confortabilitat, insonoritzat, ambient acollidor. Les sessions tindran una durada aproximada de 90 minuts i estaran conduïdes per un moderador/a.

La funció del moderador/a en els grups focals és formular les preguntes i guiar el grup en el transcurs de la discussió. A més, el control que exerceix el moderador/a té el propòsit d'articular el que passa dintre del grup amb el que passa fora, és a dir, en la investigació i la realitat social objecte d'estudi. El seu objectiu, per tant, és doble per l'interès que suposa articular dues tasques concretes:

- a) Crear una situació grupal artificial en la que els integrants es manifestin i parlin lliurement, i de la manera més natural i espontània.
- b) Mantenir el grup en una situació de treball i interès particular que es deriva del tema investigat i dels objectius de la investigació (Gutiérrez, 2008)

Els continguts de les reunions dels grups de discussió es gravaran per tal de no perdre informació i, alhora, possibilitar que els lectors o persones interessades en aquestes dades de conversa puguin accedir-hi i comprovar-les. La gravadora emprada serà la Olympus WS-321 M, dotada de micròfons omnidireccionals.

El material gravat es transcriurà i analitzarà mitjançant l'elaboració de categories textuais.

Els resultats de les anàlisis seran processats estadísticament per tal d'emprar-los com referents per l'elaboració de conclusions i propostes d'actuació per a la millora de la salut mental de la població del Districte 3 de Sabadell.

## 8. Pressupost

El pressupost s'ha desglossat en funció del desplegament de les fases (taula 4).

**Taula 4. Desglossament del pressupost del Projecte**

<b>Fase</b>	<b>Import</b>
Elaboració i presentació del Projecte	1.000 euros
Elaboració dels indicadors de salut i salut mental	500 euros
Recollida de dades quantitatives	1.000 euros
Realització de entrevistes en profunditat / grups focals	2.500 euros
Transcripció de les sessions dels grups focals + Anàlisi de les dades (quantitatives i qualitatives)	3.000 euros
Elaboració de l'informe final i	2.500 euros

presentacions del Projecte a les institucions locals	
--	--

Import Total: 10.500 euros



## Referències

A. F. Schatzberg, J. C. (2005). *Manual de Psicofarmacología*. Barcelona: Ars Medica.

Alonso, L. (1996). El grupo de discusión en su práctica: memoria social, intertextualidad y acción comunitaria. . *Revista Internacional de Sociología*, 13, 5-36.

Anguera, M. D. (2012). Els problemes de comportaments en els infants i adolescents de Catalunya: estudi descriptiu del trastorn per dèficit d'atenció. T. de conducta. Una reflexió epistemològica. *Àmbits de Psicopedagogia*, 8-15.

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos*. Madrid: Panamericana.

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM - 5*. Madrid: Panamericana.

Camps, V. (2008). *Creer en la educación*. Barcelona: Península.

Caplan, G. (1993). *Aspectos preventivos en salud mental*. Barcelona: Paidós.

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya (2014). *Pla Integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Chinchilla, A. (1996). *Las esquizofrenias*. Barcelona: Masson.

Cordié, A. (1998). *Malestar en el docente*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya (2014). *Pla Integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Desviat, M. (2009). Proleg. En A. Retolaza, *Trastornos Mentales Comunes: Manual de Orientación* (pág. 9). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Fernández, C. (2008). *El aula desierta*. Barcelona: Montesinos.

Fernández, M.J; Serrano, E; Zapater, F. (2016). *Atenció a les persones amb malestar emocional relacionat amb condicions socials a l'atenció primària de salut*. Barcelona: Fòrum Català d'Atenció Primària.

Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales?* Barcelona: Planeta.

Gili M, R. M. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health*, 103-108.

Goas, C. (1998). *Psicosis esquizofrénicas*. . Lugo: Asociación Gallega de Psiquiatría.

Gutiérrez, J. (2008). *Dinámica del grupo de discusión*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Ibabe, I; Jaureguizar, J; Díaz, O. (2007). *Violencia filiofamiliar*. Vitoria: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia.

Krueger, R. (1991). *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide.

Leal, J. (2006). La relación en los cuidados y el trabajo en red en salud mental. En J. L. (coord.), *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental* (págs. 27-57). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Ley 27/2013, 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local. Madrid: Boletín Oficial del Estado, 312.

LLei 14/2010 dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència. Barcelona, Catalunya, España: *Quaderns de legislació*, 90.Generalitat de Catalunya.

Maleval, J. (1998). *Lógica del delirio*. Barcelona: Ediciones del Serbal.

Martínez, A. (2016). Los trastornos de conducta, un cajón de sastre. En J. M. (coord), *¿Trastornos de conducta o conductas que trastornan?* (págs. 7-24). Barcelona: Horsori.

Monseny, J. (2009). ¿Qué escuela nos hace falta? En J. M. (coord), *Educar aún... El educador frente a los retos de la enseñanza* (págs. 175-200). Barcelona: ICE-Horsori.

Moya, J. (2012). *Elements bàsics de salut mental per a professionals de l'àmbit social*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família. Red-Ediciones.

Moya J; Catalán, M; De Armas M, Anguera, M.T; Fornells, E, Sató, J. (2015). El impacto de la crisis económica en la salud mental de la población. *Rev Enferm Salud Ment.*; 1, 5-15.

Naveau, P. (2009). *Las psicosis y el vínculo social*. Madrid: Gredos.

Pichot, P. (2005). Evaluación de los trastornos psicóticos graves. En A. G.-P. J. Ezcurra, *Diagnóstico, evaluación y tratamiento de los trastornos psiquiátricos*

graves (págs. 3-16). Madrid: Aula Médica. Pino, C. C. (1991). Crítica a la razón psicopatológica. En J. M.-V. (ed.), *Aspectos cognitivos de la esquizofrenia* (págs. 11-33). Madrid: Trotta.

Ramos, J. (2003). *Programa d'Atenció Específica als Trastorns Mentals Severs*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social Generalitat de Catalunya.

Retolaza, A. (2009). Visión general. En A. Retolaza, *Trastornos Mentales Comunes: Manual de Orientación* (págs. 17-60). Madrid: 2009.

Rojo, J. (1995). Estructuración del conocimiento en psiquiatría. En J. Vallejo, *Update en Psiquiatria* (págs. 1-24). Barcelona: Masson.

Ruiz, J. (2009). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Stahl, S. (2011). neurobiología, circuitos y genética. En S. Stahl, *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad* (págs. 1-31). Madrid: Aula mèdica.

Suárez, M. (2005). *El grupo de discusión. Una herramienta para la investigación cualitativa*. Barcelona: Laertes.

Wyrsh, J. (2001). *La persona del esquizofrénico*. Madrid: Triacastela.