



Àmbit social i criminològic

CENTRE D'ESTUDIS JURÍDICS  
I FORMACIÓ ESPECIALITZADA

Ausiàs March, 40  
08010 Barcelona  
TEL. 93 207 31 14  
FAX: 93 207 67 47



Generalitat de Catalunya  
Departament de Justícia

D O C U M E N T S D E T R E B A L L

## INVESTIGACIÓ

(Ajuts a la investigació, 2004)

# **Institucionalització i salut mental**

Factors vinculats a clínica desadaptativa  
en joves institucionalitzats  
en centres de justícia juvenil

### Autors

Lluís Serrat de Bolòs  
Albert Navarro i Giné  
Miguel Martín Mateo

Any 2005

D O C U M E N T S   D E   T R E B A L L

INVESTIGACIÓ  
(Ajuts a la investigació, 2004)

## **Institucionalització i salut mental**

Factors vinculats a clínica desadaptativa  
en joves institucionalitzats  
en centres de justícia juvenil

### **Autors**

Lluís Serrat de Bolòs  
Albert Navarro i Giné  
Miguel Martín Mateo

Any 2005

El Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada ha editat aquesta recerca respectant el text original dels autors, que en són responsables de la correcció lingüística.

# Índex

1.	Introducció.....	3
1.1.	Motiu pel qual es va iniciar la recerca.....	3
1.2.	Finalitat.....	3
2.	Objectius .....	4
2.1	Objectius generals:.....	4
2.2	Objectius específics:.....	4
3.	Marc teòric i conceptual .....	5
3.1.	Introducció.....	5
3.2.	Morbiditat i institucionalització .....	6
3.2.1.	Implicacions homeostàtiques.....	6
3.2.2.	El trastorn adaptatiu .....	8
3.2.3.	Risc d'iatrogènia institucional .....	10
3.3.	Morbiditat associada a joves infractors.....	11
3.3.1.	Morbiditat social.....	12
3.3.2.	Morbiditat psíquica .....	13
3.3.3.	Toxicomanies .....	14
3.3.3.1.	<i>Dades de referència a Catalunya</i> .....	15
3.3.4.	Morbiditat física .....	17
3.3.4.1.	<i>Dades de referència a Catalunya</i> .....	17
3.4.	Entitats clíniques específiques .....	18
3.4.1.	L'agitació psicomotriu .....	19
3.4.2.	La conducta autolítica.....	20
3.4.3.	Dades de referència a Catalunya .....	22
4.	Hipòtesis .....	23
5.	Disseny de la recerca.....	24
5.1.	Emplaçament.....	24
5.2.	Disseny.....	25
5.3.	Anàlisi.....	29
6.	Resultats .....	30
6.1.	Descripció poblacional.....	30
6.2.	Descripció de les urgències.....	31
6.3.	Resultats amb el model ajustat.....	35
7.	Discussió.....	38
8.	Conclusions.....	44
9.	Propostes .....	45
10.	Referències bibliogràfiques .....	46
11.	Notes.....	51
12.	Relació de gràfics.....	56
13.	Relació de taules.....	57



# **1. Introducció**

## **1.1. Motiu pel qual es va iniciar la recerca**

El projecte de recerca que es presenta sota el títol "*Clínica desadaptativa en joves institucionalitzats en centres de justícia juvenil i la seva vinculació a antecedents de consum de tòxics*" està motivat per les dificultats que existeixen en l'abordatge de la problemàtica de la salut mental i les toxicomanies en pacients institucionalitzats, que sovint presenten trastorns adaptatius.

Tot i que l'etiologia d'aquests trastorns és, per definició, "bàsicament" ambiental, no és menys cert que l'aparició en aquests pacients de clínica de disconfort psíquic (la severitat de la qual sovint és menystinguda) està condicionada també per factors individuals.

## **1.2. Finalitat**

Aquest estudi pretén saber quin grau d'associació existeix entre la presència d'antecedents de consum de tòxics i l'aparició de clínica desadaptativa, i si aquesta associació és prou sòlida per erigir-se en indicador pronòstic, que permeti l'adopció de mesures de prevenció eficaces.

## **2. Objectius**

Els principals objectius que persegueix el present treball es concreten a continuació.

### **2.1 Objectius generals:**

- Analitzar els factors que intervenen en la salut mental dels joves institucionalitzats i les motivacions d'ús i freqüentació dels serveis mèdics urgents.
- Conèixer el nivell de patiment psíquic d'etiologia desadaptativa dels interns i la influència de variables tant individuals, en especial les vinculades a antecedents de consum de tòxics, com ambientals lligades al procés d'institucionalització.
- Proposar, en base als resultats obtinguts, mesures per millorar el confort psíquic dels joves institucionalitzats en centres de justícia juvenil.

### **2.2 Objectius específics:**

- Descriure el perfil de salut dels usuaris residents en un centre de justícia juvenil, pel que fa a antecedents de consum de tòxics (substàncies, patró de consum i via d'administració).
- Descriure el perfil delinqüencial dels joves referits, així com l'existència de desarrelament geogràfic.
- Conèixer la prevalença d'episodis de malestar psíquic agut i la seva distribució pels diferents mòduls del centre.
- Analitzar el grau d'associació existent entre les variables anteriors i la presència d'episodis d'agitació i autolesió.

## 3. Marc teòric i conceptual

### 3.1. Introducció

El coneixement de la incidència d'aspectes individuals i ambientals en l'àmbit de la salut no és nou, com tampoc no ho és el debat recurrent sobre el valor causal que cal assignar a cada un d'ells. Aquest fet no és aliè a aquelles institucions que, com les de justícia juvenil, comporten una càrrega de pressió gens menyspreable en els subjectes que en elles es troben internats, els quals, a més, presenten tot un seguit de dèficits de salut.

Efectivament, en centres com aquests, o en centres penitenciaris per adults, la constatació d'una major prevalença de morbiditat i freqüentació dels serveis mèdics, respecte de la població general, ha estat sovint objecte de reflexió i anàlisi<sup>1</sup>.

Les característiques de duresa pròpies d'aquestes institucions però, fa que els posicionaments explicatius es polaritzin i s'arribi a postulats maximalistes i excloents. Redondo Illescas (1989) descriu aquest fenomen en base a dos mecanismes interpretatius, els quals anomena processos d'atribució internalista i ambientalista<sup>2</sup>. Els primers, sovint els més esgrimits, situen en l'òrbita de l'intern la majoria dels factors causals de la seva mala evolució (patologia psíquica, toxicomania, conflictivitat, simulació, etc.). Els segons, en canvi, fan referència a aspectes ambientals -bàsicament d'ordre institucional- com a inductors de morbiditat. Aquests, per la seva pròpia càrrega d'autoassignació de responsabilitat sovint són menystinguts o poc acceptats en aquests establiments. És evident però, com reconeix el mateix Redondo, que aquests plantejaments no poden ser entesos com a excloents, sinó que, en major o menor grau, la seva participació i interacció es troba present de manera constant en l'evolució clínica dels usuaris d'aquests centres.

Així doncs, podem convenir que el grau de salut que presentarà aquesta població vindrà condicionada tant per la vulnerabilitat prèvia dels propis interns<sup>3</sup>



com per la influència institucional que aquests rebran<sup>4</sup>, variables que hauran de ser tingudes en compte a l'hora de dissenyar polítiques sanitàries adreçades a aquesta població.

Aquest fet, suposa un repte important per part de tots els agents professionals i institucionals implicats, ja que, mentre l'aspecte individual de salut és fàcilment indentificable i precís a nivell competencial, el factor ambiental implica una intervenció multiagencial i multidisciplinar decidida, per bé que no sempre fàcil de realitzar eficaçment per la seva pròpia complexitat operativa, i on les estratègies organitzatives adquireixen gran importància.

Aquest apartat pretén realitzar el desenvolupament genèric de tots els aspectes teòrics assenyalats, per bé que aprofundint i centrant especialment l'atenció en aquells que seran objecte d'anàlisi posterior en la part empírica d'aquest treball de recerca.

## **3.2. Morbiditat i institucionalització**

### **3.2.1. Implicacions homeostàtiques**

Els fenòmens d'adaptació formen part fonamental dels mecanismes de supervivència i evolutius dels éssers vius i, de fet, aquests existeixen en part en contraposició a l'existència d'agents amenaçadors. La seva identificació per part dels individus desencadena tot un conjunt de reaccions (no necessàriament conscients) tant fisiològiques com psicològiques encaminades a la seva superació.

Hans Selye (1956, 1973, 1976) va definir l'*estrès orgànic* com aquella resposta no específica del cos a l'acció de l'ambient. Selye va descriure, a nivell fisiològic, la reacció de l'individu enfront dels agents productors d'estrès en tres etapes que va anomenar *síndrome d'adaptació general*. Segons ell, en un primer moment es produeix una *reacció d'alarma* del sistema nerviós autònom,

que implica un augment de la secreció d'adrenalina, el ritme cardíac, la pressió arterial i la conductància de la pell, entre d'altres. L'estat d'alarma és seguit per una etapa de *resistència* o adaptació, que inclou una àmplia varietat de respostes a nivell orgànic. Per últim, l'*esgotament*, sobrevindrà si fracassen els mecanismes de l'etapa anterior<sup>5</sup>.

De tota manera, tot i la innegable importància de les implicacions orgàniques, l'estrès ha estat estudiat majoritàriament en l'àmbit de la psicologia. Això és així, en gran mesura, per les capacitats individuals d'avaluació i gestió d'estratègies d'afrontament respecte de l'agent productor d'estrès, (que, òbviament, en el plà orgànic són més limitades).

Lazarus (1980) destaca aquesta capacitat d'avaluació i posa com a tret fonamental de la interacció entre agent estressor i individu, l'anàlisi subjectiva que aquesta implica. És a dir, l'avaluació cognoscitiva s'erigeix en factor mediador entre les reaccions adaptatives i els elements ambientals productors d'estrès i, per tant, l'estrès psicològic apareixerà quan subjectivament l'individu doni valor amenaçant a una condició ambiental. La percepció, mediada per creences i valors d'autoeficàcia, no és un procés passiu sinó que, de fet, és el principal element interpretatiu de l'entorn i sobre qui pivotaran els mecanismes activadors de l'estrès, amb independència de la neutralitat o valor objectiu de les condicions ambientals<sup>6</sup>.

També descriu tres fases, que guarden certes semblances amb les descrites per l'estrès orgànic. Aquestes etapes de l'avaluació cognoscitiva s'inicien amb una *avaluació primària* centrada en valorar les situacions potencials de risc. L'*avaluació secundària*, per contra, no avalua aspectes exteriors de l'individu, sinó els propis recursos, estratègies i capacitats d'afrontament. Per últim, la fase de *reavaluació* modifica la percepció de les fases precedents en funció de la interacció entre elles i les modificacions sobrevingudes que s'hagin pogut produir.

Per afrontar les situacions d'estrès Lazarus va identificar bàsicament dos tipus d'estratègies. Una, consistent en elaborar respostes orientades a la resolució o modificació de problemes i, l'altra, centrada en la modulació de les emocions.

El procés d'institucionalització suposa l'activació d'aquests processos i els mecanismes adaptatius que s'han de desenvolupar per fer-hi front suposen un repte homeostàtic important, no només pel que implica la pròpia privació de llibertat, sinó també per les condicions ambientals, tant objectives com subjectives, en que aquesta haurà de ser viscuda. Condicions que, a més, influiran en l'avaluació cognoscitiva d'aquest entorn per part de l'individu.

Les possibilitats d'adaptació dels menors institucionalitzats, en base a l'activació de les estratègies descrites, són limitades per dos raons fonamentals. Respecte de la capacitat d'intervenir en la resolució o modificació dels problemes, la competència individual queda limitada per la pròpia situació d'internament, que implica una subjecció a condicions regimentals sovint rígides i restrictives, que incapacitaran l'intern perquè exerceixi directament les seves pròpies estratègies d'afrontament. A més, la població institucionalitzada es caracteritza per una manca important de recursos, tant interpersonals com intrapersonals<sup>7</sup>. La seva minusvalia suposa una nova limitació, en aquest cas respecte de les estratègies orientades a la modulació de les emocions. El panorama es torna especialment crític en centres de justícia juvenil, ja que en ells es produeix una interacció sinèrgica entre limitacions individuals, restriccions institucionals i vulnerabilitat pròpia d'aquest període vital (adolescència i adult jove).

### **3.2.2. El trastorn adaptatiu**

Quan el procés d'adaptació descrit i els mecanismes homeostàtics, tant psicològics com orgànics, fracassen, l'afectació de la salut individual és un fet. L'expressivitat clínica d'aquesta, tot i no descartar períodes silencis, es manifestarà a través d'una àmplia variabilitat de símptomes i signes, abarçant des de brots de distrés agut, autolimitats en el temps i amb clínica de poca

entitat, fins a episodis greus (o fatals com ara suïcidis) o la irrupció de patologia severa, ja estructurada.

És precisament dins d'aquest ampli espectre de manifestacions clíniques inicials de disconfort psíquic, on no acaben de complir-se criteris d'inclusió en altres entitats nosològiques, que el trastorn adaptatiu adquireix gran importància, tot i no formar part dels diagnòstics psiquiàtrics considerats majors i les limitacions derivades de la seva baixa especificitat i condició limítrofa entre la normalitat i la patologia<sup>8</sup>.

Efectivament, tot i l'existència d'aquestes limitacions, la importància clínica del trastorn adaptatiu és innegable, i prova d'això és el seu manteniment en les diverses versions del DSM a pesar de les múltiples controvèrsies al respecte i del fet que la seva inclusió contravé el caràcter atèoric i fenomenològic d'aquest.

Aquesta rellevància es fonamenta en dos aspectes principals que el clínic, que és qui dona valor etiològic als factors psicosocials o ambientals que caracteritzen aquest trastorn, ha de tenir present, ja que suposa importants implicacions pronòstiques.

En primer lloc, cal valorar el trastorn adaptatiu, per la seva condició de trastorn limítrofe, com a indicador de risc de desenvolupament futur d'entitats patològiques severes. Tot i que seria poc rigorós erigir-lo com a indicador de detecció precoç respecte de diagnòstics concrets, degut a la seva baixa especificitat, sí que pot ser extremadament útil per a indicar la necessitat d'iniciar estratègies d'abordatge, ja sigui a través de tècniques de modificació ambiental o mitjançant teràpies específiques, amb l'objectiu de prevenir el deteriorament clínic del pacient.

En segon lloc, cal no oblidar que, a pesar de no ser considerat un trastorn mental major, aquest suposa una càrrega de patiment important que no s'ha de menystenir. Ho avalen múltiples estudis que l'associen a conductes autodestructives, que abarquen des del comportament autolesiu fins al suïcidí<sup>9</sup>.

Per últim, cal tenir en compte que aquest trastorn és altament prevalent<sup>10</sup> en el medi que ens ocupa, on l'edat de la població atesa es situa dins d'un període vital (adolescència, adults joves) que es vincula, a diferència de l'edat adulta, amb un pitjor pronòstic.

### **3.2.3. Risc d'iatrogènia institucional**

El caràcter de factor de risc assignat als processos d'institucionalització és ben conegut i recollit a la literatura. En canvi, no existeixen estudis rigorosos que avaluïn els seus límits. És a dir, a partir de quan es supera aquell llindar en que el malestar clínic pot ser atribuït a mala praxi institucional.

Sovint el debat sobre les condicions d'internament en establiments penals es dilueix en dos grans pols: d'una banda, una certa acceptació acomodada que l'internament suposa inevitablement un malestar més o menys significatiu per qui la pateix, i, de l'altra, una denúncia formal per la manca de respecte als drets humans<sup>11</sup> que, lamentablement, encara ara es dona en alguns centres.

Entre aquests dos extrems existeix un gran espai, difícil d'acotar, en el que caldria situar l'existència d'iatrogènia institucional, que podríem definir com aquella mala praxi, no identificable com a individual i aïllada, que acaba generant, de forma directa o indirecta, malestar clínic significatiu en els interns.



La iatrogènia directa acostuma a donar-se per dinàmiques d'enduriment institucional, que porten a realitzar interpretacions extremadament rígides dels marcs regimentals i disciplinaris, amb una utilització excessiva dels reforços negatius, i una certa "normalització" del patiment psíquic dels interns. La indirecta, pot donar-se per processos de delegació o inhibició parcial de

competències per part dels diferents agents implicats (tècnics i responsables institucionals), que fa que les seves intervencions siguin del tot ineficaces, degut al seu caràcter parcial i inconnex.

Els avenços en el reconeixement de la influència ambiental, centrats històricament en aspectes de salut física (salubritat, amuntegament, etc.), no han arribat a imposar-se en l'àmbit de la salut mental, i si ho han fet ha estat de manera discreta, però sense deixar d'implicar el subjecte com a causa principal del propi malestar.

Aquest excés d'atribució internalista implica un risc de medicalització i psiquiatrització excessiva dels interns, amb tractaments adreçats sobretot als símptomes, i, per tant, poc eficaços de cara al pacient i descoratjadors a nivell professional. Molt lluny de la presumible i desitjable atenció integral, sense la qual és impossible garantir una atenció sanitària de qualitat.

Cal emfatitzar doncs, la rellevància de la influència institucional<sup>12</sup>, i, per tant, la necessitat de disposar en aquests establiments d'estratègies de modificació ambientals, no només d'ordre genèric, sinó també aquelles dissenyades de manera individualitzada i vinculades a les necessitats de cada pacient. No és exigible capacitat d'adaptació als interns quan aquesta no s'exigeix a la pròpia institució. Sembla urgent doncs, revisar el sentit de l'algoritme etiològic i interrogar-se en primer lloc, ni que sigui per raons d'eficiència, sobre com intervé la pròpia institució, ja que no deixa de ser la variable que, de totes, és (o hauria de ser) més fàcilment modificable. Sembla un contrasentit que els textos legals parlin de rehabilitació quan hi ha institucions incapaces d'evitar el deteriorament de la salut dels seus interns.

### **3.3. Morbiditat associada a joves infractors**

Tot i que, a nivell nosològic, la delinqüència juvenil és un concepte jurídicolegal que no té una correlació unívoca amb cap entitat psicopatològica<sup>13</sup>, s'han

elaborat múltiples models explicatius<sup>14,15</sup> i s'han realitzat investigacions diverses cercant l'existència de perfils clínics que identifiquessin aquests joves infractors de manera conjunta.

Més enllà de les diferències en els plantejaments inicials o els resultats finals d'aquests estudis, la majoria coincideixen en descriure el perfil de salut d'aquests joves, sobretot en aquells que els criminòlegs situen en l'anomenada delinqüència "de coll negre", posant l'accent en la coexistència, més enllà de patologies concretes, de múltiples dèficits de salut, que de major a menor prevalença pertanyen a l'àmbit social, psicològic i biològic.

Aquesta multiplicitat de dèficits, i no un perfil diagnòstic concret, és doncs la característica principal d'aquesta població, amb la incertesa pronòstica i les dificultats d'abordatge, que això suposa.

### **3.3.1. Morbiditat social**

Com s'ha dit, la problemàtica social de la població internada en centres de justícia juvenil és, sens dubte, el dèficit més prevalent i rellevant que cal tenir en compte.

De fet, si es miren les diferents categories de l'eix IV del DSM és fàcil adonar-se que aquests joves compleixen criteris d'inclusió per a la majoria d'elles: problemes relatius al grup primari de recolzament, problemes relatius a l'ambient social, problemes relatius a l'ensenyança, problemes laborals, problemes econòmics o problemes relatius a la interacció amb el sistema legal, entre d'altres.

En definitiva doncs, al parlar de morbiditat social no fem més que retornar al concepte d'influència ambiental, aspecte ja tractat a l'abordar els processos d'institucionalització i, per tant, el discurs explicatiu exposat en l'apartat precedent, que no cal reiterar, és aplicable a tots aquells elements que

conformen l'entorn social i condicionen el recorregut biogràfic d'aquests joves: entorn familiar, processos de desarrelament geogràfic, escolarització, etc.

El grau d'afectació de la salut com a conseqüència d'aquests factors vindrà donat pel nombre, intensitat, gravetat i temps d'exposició, així com l'edat i capacitats d'afrontament individuals, en el moment de ser viscuts.

### **3.3.2. Morbiditat psíquica**

A nivell de salut mental, diferents estudis epidemiològics, elaborats majoritàriament en països anglosaxons, posen de manifest la presència de determinats diagnòstics especialment prevalents en les poblacions estudiades, que van des de trastorns de conducta i de personalitat (sobretot límit i antisocial) fins a desordres afectius i abús de substàncies, alertant també de la presència de personalitats premòrbides i d'una franca minusvalia en les habilitats psicosocials, tant intra com interpersonals, d'aquests<sup>16, 17</sup>.

En relació al trastorn dissociat caldria alertar que, per la seva alta prevalença i expressivitat clínica, sovint produeix un efecte d'emascament respecte d'altres entitats patològiques o discapacitats, diferint en el temps el seu diagnòstic.

Respecte de la valoració de gravetat pel que fa a la salut mental d'aquests joves, que sovint es planteja a l'hora d'analitzar la necessitat de recursos específics per a la seva millor atenció, cal tenir en compte que seria erroni vincular aquests criteris de gravetat de manera unívoca o exclusiva a criteris diagnòstics, sinó que la seva valoració ha de tenir present la interacció sinèrgica de diversos factors. Seguint les recomanacions del Grup de treball sobre els trastorns mentals greus en la infància i l'adolescència (Servei Català de la Salut, 2003), la valoració de gravetat caldria fer-la en base a vuit factors: diagnòstic clínic, comorbiditat, gravetat evolutiva, gravetat relacionada amb el consum de serveis, gravetat relacionada amb situacions psicosocials anòmales associades i gravetat relacionada amb la discapacitat psicosocial<sup>18</sup>.



### 3.3.3. Toxicomanies

L'abús de substàncies, tot i ser una problemàtica no atribuïble a cap col·lectiu concret, sovint s'ha associat amb joves infractors, i, si bé, és innegable que habitualment es troben prevalences més altes en aquesta població, no existeixen estudis rigorosos que avalin una relació de causalitat entre drogodependència i delinqüència.

Respecte dels models explicatius esgrimits per entendre la drogoaddicció trobem, com no podia ser d'una altra manera, des de teories centrades en l'entorn social i l'ambient fins a aquelles d'enfocament més biològic, passant per les que analitzen les capacitats i característiques psicològiques individuals.

Dins les primeres, destaquen les que interpreten l'abús de substàncies com a conductes vinculades a processos de socialització i aprenentatge social<sup>19</sup>. Aquests processos, especialment importants en la infància i adolescència, es veurien afectats per la irrupció del consum de drogues, implicant fenòmens d'interferència que podrien acabar condicionant no només el normal desenvolupament d'aquest període vital, sinó també d'ulteriors.

Des de la neurobiologia s'han elaborat hipòtesis parcials sobre la incidència de les substàncies psicoactives sobre el *sistema de recompensa*, format anatòmicament pel feix prosencefàlic medial, l'àrea tegmental ventral, l'hipotàlem lateral i algunes àrees del còrtex prefrontal, i on el nucli accumbens tindria una especial rellevància pel fet d'actuar com un transformador d'informació entre regions cerebrals, i convertint les senyals del límbic en accions motivacionals<sup>20</sup>. La interacció amb aquestes vies, relacionades amb la supervivència de l'espècie, implicaria un efecte de reforçament que portaria el subjecte a l'addicció.

Respecte de les teories psicològiques destacar la teoria de l'automedicació i les que fan referència a la baixa autoestima personal. Bàsicament, aquestes

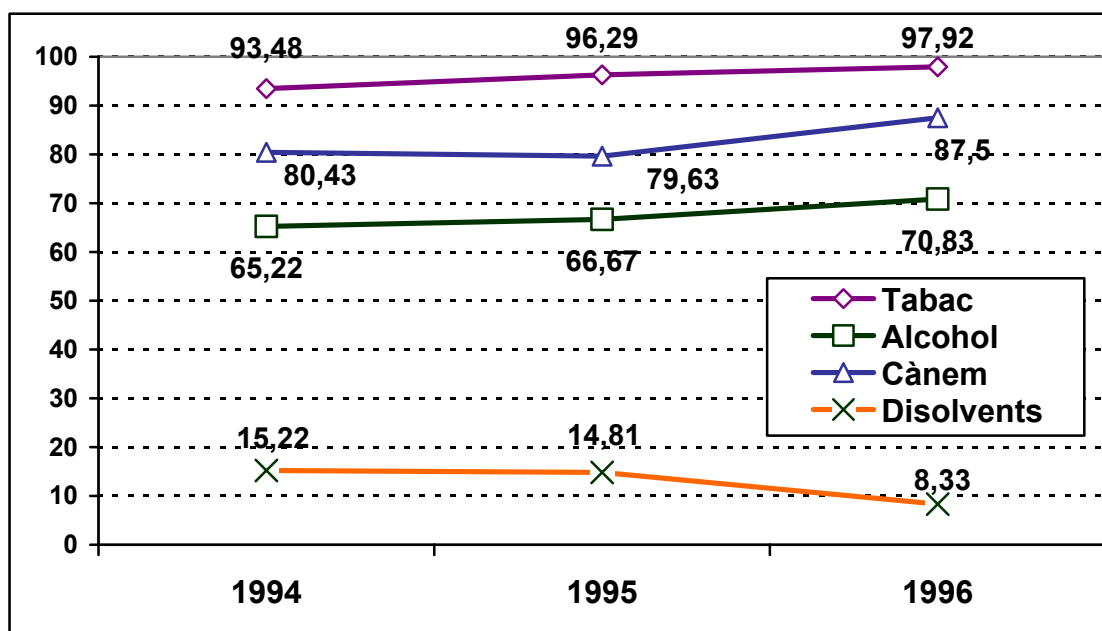
postulen l'addicció o el consum com un mecanisme compensador de dèficits individuals.

Per acabar, destacar la relació entre desordres psiquiàtrics i abús de substàncies<sup>21</sup>. Per bé que aquest associació sovint s'ha plantejat, tant en una direcció com en l'altra, en termes de causalitat, sembla més raonable interpretar-la en base a l'existència de factors etiològics comuns. De la mateixa manera, subratllar l'associació existent entre toxicomania i suïcidi<sup>22</sup>.

### 3.3.3.1. Dades de referència a Catalunya<sup>a</sup>

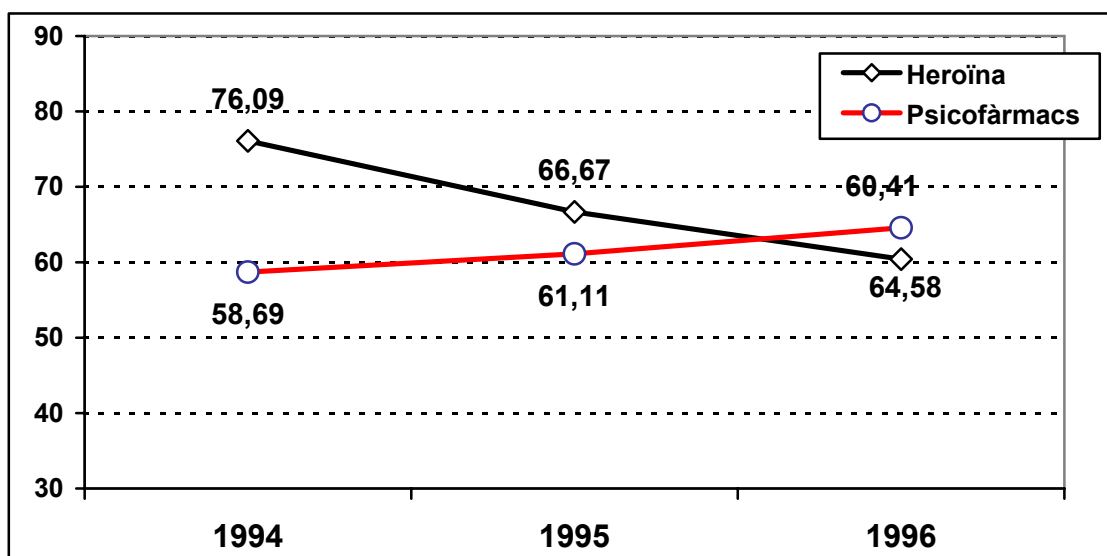
Les dades que aquí s'aporten fan referència a l'evolució dels hàbits tòxics dels joves internats en el Centre Educatiu L'Alzina durant els anys 1994, 1995 i 1996, que podem valorar en qualitat de població sentinella però no, lògicament, com a mostra representativa del conjunt de la població que depèn de la Direcció General de Justícia Juvenil.

Gràfic 1. Evolució hàbits tòxics CE L'Alzina 1994-1996 (1)

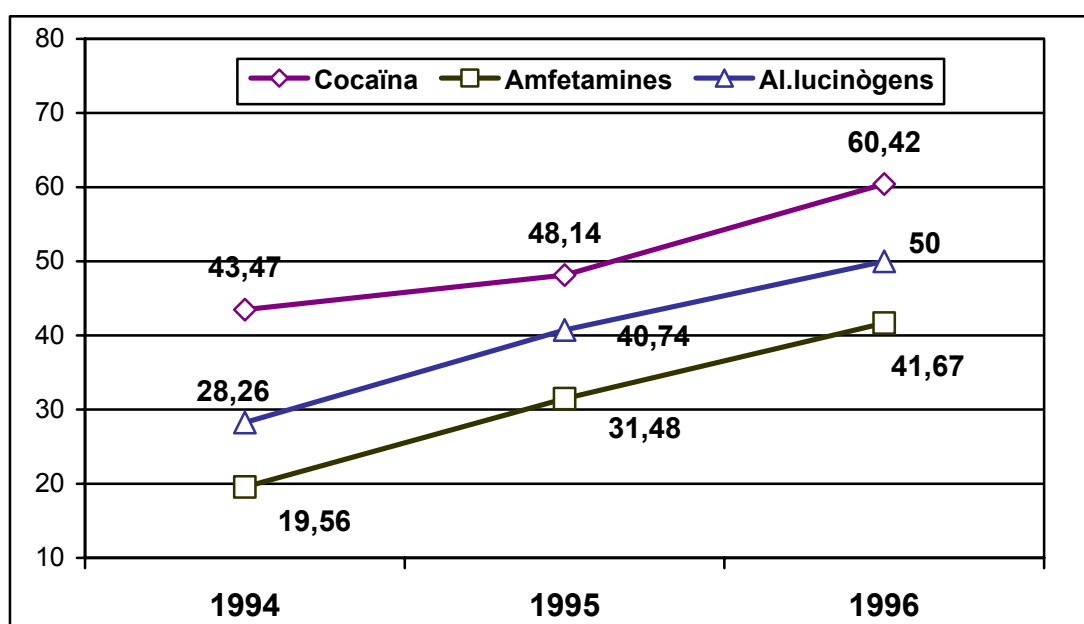


<sup>a</sup> Font d'informació: Àrea Sanitària de la Direcció General de Justícia Juvenil

Gràfic 2. Evolució hàbits tòxics CE L'Alzina 1994-1996 (2)



Gràfic 3. Evolució hàbits tòxics CE L'Alzina 1994-1996 (i 3)



Com es pot apreciar, durant aquest període de temps, es va donar una disminució del consum d'heroïna i dissolvents, enfront d'un increment de la resta de substàncies, especialment rellevant pel que fa a estimulants (gràfiques 1, 2 i 3).

### **3.3.4. Morbiditat física**

L'àmbit de la salut física dels joves infractors és segurament el que menys es diferencia de la resta de la població. Tot i així, es poden apuntar certs dèficits més habituals vinculats, novament, amb condicionants socials i ambientals, com ara infestacions dermatològiques (marginalitat, amuntegament), deficient salut bucodental (hàbits nutricionals i higièncis, baixa accessibilitat a recursos odontològics), infecció tuberculosa (hiperendèmia en el medi), seqüeles neurològiques (complicacions perinatals) o traumatològiques (violència, impulsivitat), entre d'altres.

Segurament però, les patologies que han tingut un seguiment epidemiològic més rellevant, són aquelles vinculades a comportaments de risc, sobretot pel que fa a malalties infectocontagioses que, com ara la SIDA o algunes hepatitis, es vinculen amb el consum de drogues per via parenteral<sup>23</sup>.

#### **3.3.4.1. Dades de referència a Catalunya<sup>b</sup>**

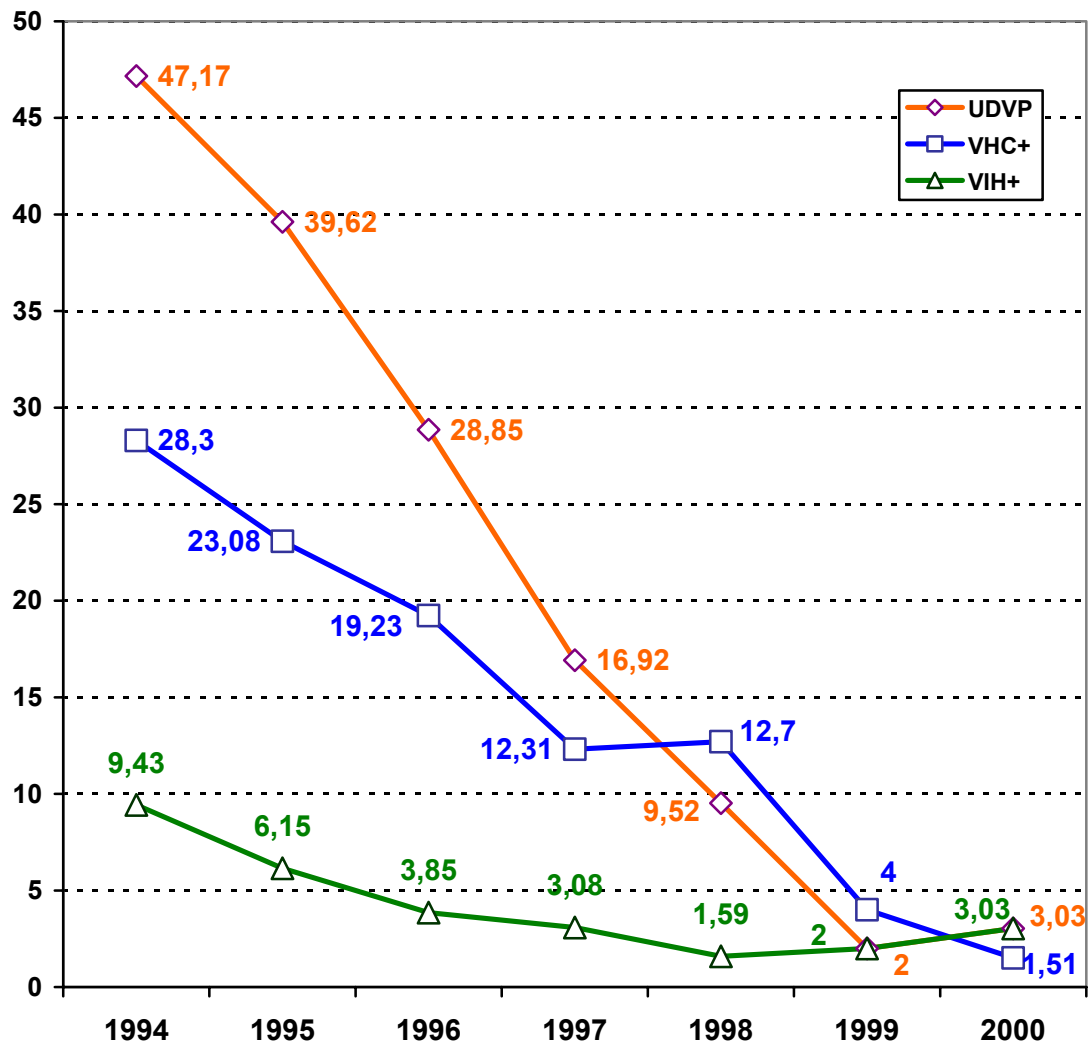
Respecte del mateix CE L'Alzina podem observar una millora en aquelles variables vinculades als patrons clàssics de consum de tòxics, com l'administració de drogues per via endovenosa. La disminució d'usuaris de drogues per via parenteral és espectacular, del 47,17%, l'any 1994, al 3,03% l'any 2000.

Paral·lelament, els marcadors serològics indiquen que les infeccions pel VHC i el VIH passen d'un 28,30% i 9,43% l'any 1994, a un 1,51% i 3,03% l'any 2000, respectivament.

---

<sup>b</sup> Font d'informació: Àrea Sanitària de la Direcció General de Justícia Juvenil

Gràfic 4. Evolució UDVP, VHC+ i VIH+ CE L'Alzina 1994-2000



### 3.4. Entitats clíniques específiques

Com es desprèn dels apartats precedents la influència ambiental i els dèficits individuals coexisteixen de forma constant en l'evolució clínica dels pacients i, com es veurà, les entitats clíniques que s'aborden en aquest apartat no són alienes a aquesta circumstància.

És per això, com pel fet de ser entitats altament prevalents i que seran objecte d'anàlisi en la part empírica d'aquest treball, que s'ha optat per abordar-les de forma diferenciada dels capítols precedents,.

### 3.4.1. L'agitació psicomotriu

L'agitació psicomotriu pot definir-se com un quadre d'intensitat variable d'hiperactivitat motora i manca de control emocional. De fet, aquest seria el comú denominador de les múltiples definicions que existeixen, algunes més centrades en senyalar la manca d'objectiu estable de l'episodi d'agitació, i d'altres que, de manera més o menys explícita, fan referència a la seva associació a conductes agressives i violentes<sup>24</sup>.

En tot cas, l'agitació pot ser entesa com un “*continuum*” que des d'un estat d'ansietat pot acabar desenvocant, degut a la superació de la capacitat volitiva o de control del subjecte, en conductes violentes, ja siguin de caràcter heteroagressiu com autolesiu<sup>25</sup>.

Aquest ampli ventall simptomàtic pot generar dificultats d'interpretació, com també la seva etiologia multifactorial, que avarca tant causes orgàniques, com psíquiques o reactivas. Sense pretendre fer una exposició exhaustiva, tot seguit s'enumeren algunes de les entitats que poden desencadenar episodis d'agitació.

#### 1) Trastorns orgànics

- a) Alteracions metabòliques (febre, hipotensió, hipoglucèmia, acidosi...)
- b) Tòxics (tant drogues com fàrmacs)
- c) Malalties neurològiques (dany cerebral postanòxic, epilèpsia, accidents vasculars cerebrals...)

#### 2) Malalties mentals

- a) Psicosis (esquizofrènia, psicosi reactiva, “bouffée” delirant...)
- b) Malaltia maníacodepressiva
- c) Trastorns de la personalitat
- d) Neurosis
- e) Retard mental
- f) Demències

### 3) Factors ambientals

Aquesta multiplicitat de causes, a més, no s'ha d'entendre com a excloent, sinó que poden coexistir varies d'elles. Aquest fet, és especialment rellevant en alguns casos, com ara els trastorns de personalitat i el retard mental, que acostumen a ser més sensibles a la presència de factors estressants.

De la mateixa manera, el trastorn límit de la personalitat, especialment vinculat amb episodis d'agitació (i autolesions), presenta una base orgànica que contribueix al desenvolupament d'aquestes conductes impulsives<sup>26</sup>. Una vegada més doncs, es constata la coexistència d'aspectes psicològics, ambientals i biològics .

Pel que fa als centres de justícia juvenil, molts dels episodis d'agitació són de tipus reactiu, secundaris, moltes vegades, a incidències regimentals. Infravalorar el seu significat clínic, amb independència d'apreciar-se morbiditat associada, reduint-lo a un simple desajust conductual, pot resultar fatal, ja que existeixen estudis que avalen l'associació entre l'acció disciplinària recent i haver presentat episodis d'agitació amb el suïcidi<sup>27</sup>.

#### **3.4.2. La conducta autolítica**

Les autolesions suposen una de les manifestacions clíniques prevalents<sup>28</sup> en joves institucionalitzats en centres de justícia juvenil, i suposa un repte sanitari per diferents motius: patiment de qui les practica, risc de recidiva, risc de contagi en altres interns<sup>29</sup>, i incertesa per les dificultats de comprensió, abordatge i valoració pronòstica (parasuïcidi, suïcidi).

De la mateixa manera que en l'agitació psicomotriu la seva causalitat és multifactorial, anant des d'etiologies de tipus reactiu fins a vincular-se a certs trastorns mentals o discapacitats.

Així, en les autolesions de tipus reactiu trobaríem l'existència d'estressors de tipus psicosocial, judicial i institucional. Mentre que respecte de la seva vinculació a entitats psicopatològiques tenim que sovint s'associen a trastorns com toxicomania<sup>30</sup>, retard mental, trastorn adaptatiu i trastorn límit de la personalitat, entre d'altres.

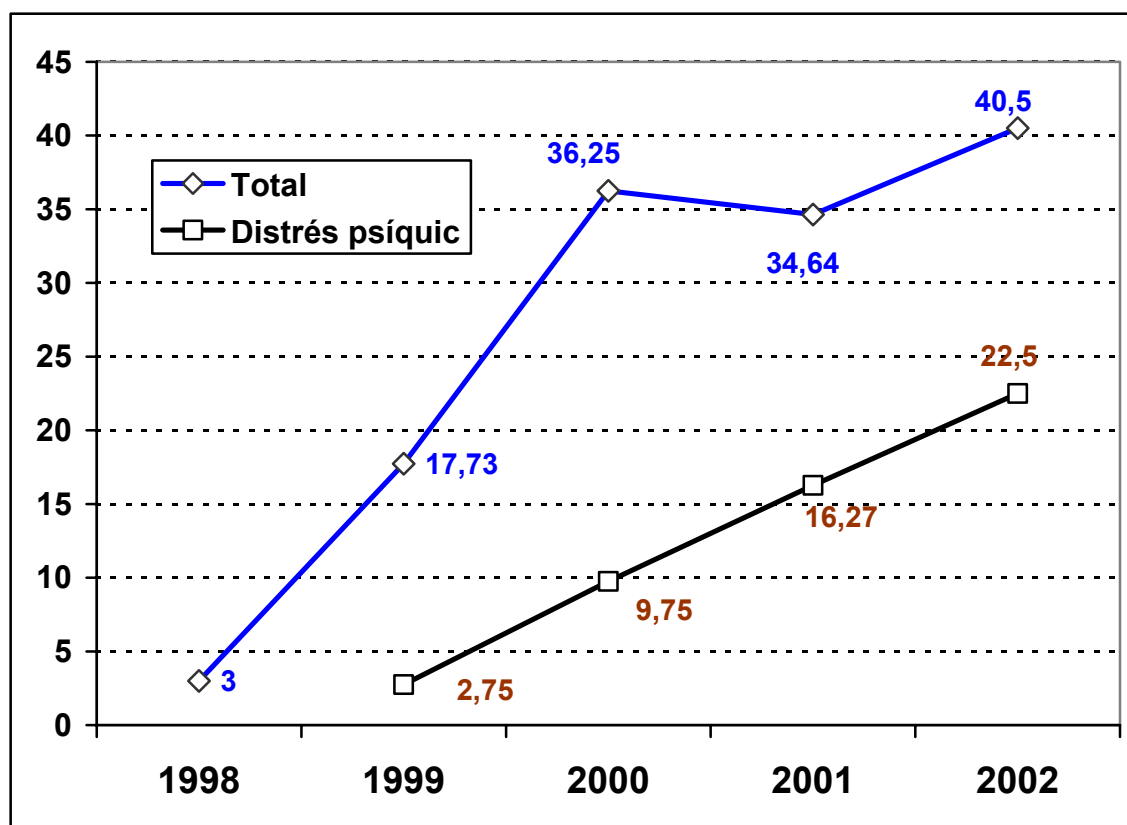
Des d'un posicionament kleinià, Sánchez Chamorro<sup>31</sup> interpreta la delinqüència com un mecanisme de defensa –mitjançant la constant tendència a les actuacions-, enfront les intolerables ansietats pròpies de la posició esquizoparanoide en la que els joves infractors es troben fixats, i on l'*acting out* evitaria l'ensorrament psicòtic. Des d'aquest enfoc teòric, podem interpretar les autolesions com l'*acting out*, propi del jove internat, que el defensaria d'aquells estímuls interns i externs, que percep com a amenaçadors i que no sap (o no pot) afrontar.



### 3.4.3. Dades de referència a Catalunya<sup>c</sup>

Les dades de la gràfica següent reflexen l'evolució de les urgències ateses pels metges de la Direcció General de Justícia Juvenil, en els centres de la província de Barcelona, que passen d'una mitja mensual de 3,0 l'any 1998 a 34,33 l'any 2001, i on moltes d'elles són degudes a episodis de malestar psíquic agut (agitacions psicomotrius i autolesions). Majoritàriament aquestes demandes provenen del CE L'Alzina. Aquest centre i el CE Els Til·lers varen ser ampliat l'any 2001, suposant un increment aproximat del 50% de les seves places.

Gràfic 5. Evolució urgències mèdiques 1998-2002



<sup>c</sup> Font d'informació: Àrea Sanitària de la Direcció General de Justícia Juvenil

## 4. Hipòtesis

Les hipòtesis plantejades en el treball de recerca es concreten de la següent manera:

- Hipòtesis generals:
  1. El major risc de presentar episodis d'agitació o autolesió s'associa amb la presència d'antecedents de consum de tòxics.
  2. El major risc de presentar episodis d'agitació o autolesió s'associa a la distribució per mòduls del centre.
  
- Hipòtesis específiques:
  1. L'associació entre antecedents de consum de tòxics i episodis d'agitació o autolesió es donarà principalment respecte de substàncies estimulants.
  2. L'efecte de les substàncies ha de ser diferent entre mòduls.
  3. El desarrelament geogràfic i l'historial delictiu no presentaran associacions significatives respecte de l'aparició d'episodis d'agitació o autolesions.

## 5. Disseny de la recerca

### 5.1. Emplaçament

El Centre Educatiu L'Alzina, depenent de la Direcció General de Justícia Juvenil, del Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya, es troba ubicat a la província de Barcelona i té per encàrrec el compliment de mesures judicials d'internament en règim tancat. Els seus usuaris són joves de sexe masculí, amb edats compreses entre els 14 i els 23 anys. Durant l'any d'estudi, la seva capacitat era de 55 places. Aquestes es distribuïen en 6 grups educatius, que disposaven de 8 a 10 places cada un d'ells. Val a dir que, en aquest període, culmina un procés d'ampliació del centre, amb la creació de dos mòduls nous, anomenats inicial i obert, els quals van ser operatius els mesos de febrer i setembre de 2001, respectivament, fruit de l'adequació a la nova llei orgànica 5/2000, de 12 de gener, reguladora de la responsabilitat penal dels menors<sup>32</sup>.

La pertinença a cada un d'aquests grups s'articula a través d'un disseny ambiental, el qual es fonamenta –si no exclusivament, si principalment- en un sistema progressiu de fases. De fet, es tractaria d'un sistema motivacional, que tindria com a finalitat recompensar amb majors beneficis aquells interns que exterioritzen un major repertori de conductes socialment acceptades. Així, quan un jove ingressa en el centre, ho fa en el grup inicial i, si la institució considera òptima l'evolució de l'intern, aquest progressa, seguint un vector que va de menor a major autonomia, pels diferents grups educatius, de l'inicial als mòduls progrés 1 i progrés 2, fins arribar als grups finalista i obert, aquest darrer amb possibilitat de sortides a l'exterior. Per contra, el grup intensiu és un mòdul de retrocés davant d'una mala evolució individual. Aquest retrocés no comporta tornar a iniciar el recorregut descrit, sinó que, un cop acabat el temps d'estada en ell, es retorna al grup des d'on es va produir el retrocés.

La població subjecte a estudi ha estat aquella que va estar internada en el centre durant l'any 2001 (N = 106). En aquest període de temps es varen

registrar 412 demandes mèdiques urgents durant l'horari de guàrdies de localització de l'equip mèdic, que comprenia les 24 hores de dissabtes, diumenges i festius, i la franja que anava de les 15:00 hores a les 9:00 hores, de dilluns a divendres. Aquestes no pressuposen necessàriament el desplaçament del personal mèdic. L'estudi s'ha centrat en l'anàlisi de les demandes que feien referència exclusivament a aspectes de salut individual dels joves interns, descartant les que no tenien per motiu de consulta una raó estrictament clínica, com ara aclariment de pautes o demandes d'ordre pericial (comunicats de lesions), entre d'altres, que en el registre del centre es recollia sota l'epígraf de motiu de consulta administrativa.

Les fonts d'informació han estat, en primer lloc, el registre que efectua el propi centre de les demandes urgents que es realitzen als metges de guàrdia, data en que es produeixen, motiu de consulta i mòdul de procedència. En segon lloc, s'ha consultat la base de dades de la Direcció General per saber la ubicació dels interns durant la seva estada al centre, així com la variable desarrelament geogràfic i els respectius historials delictius. Per últim, les històries clíniques dels pacients s'han emprat, d'una banda, per conèixer els hàbits tòxics i patrons de consum dels pacients interns i, de l'altra, per contrastar i completar les informacions referides.

## **5.2. Disseny**

Les variables estudiades han estat les següents: motiu de consulta, mòdul, hàbits tòxics, desarrelament geogràfic (DES) i delicte de major gravetat (DMG). Les dues primeres descriuen les urgències (motiu i origen de la demanda) i la resta fan referència al perfil d'usuari (veure les taules 1 i 2).

La variable motiu de consulta consta de quatre categories: agitació psicomotriu, autolesió, consulta de traumatologia i consulta mèdica (en aquesta última s'inclouen també aquelles demandes no classificables en les altres tres categories). A partir de la descriptiva bivariant, l'anàlisi es centrarà en les dues

primeres categories (agitació i autolesió) que s'agruparan en una sola, sota l'epígraf de malestar psíquic agut (MPA). A partir d'ara doncs, qualsevol d'aquests termes s'utilitzarà indistintament, entenent que, tot i presentar -des d'un posicionament acadèmic- certes diferències entre ells, en l'àmbit clínic acostumen a ser considerats globalment com a marcadors de desadaptació. A més, com ja s'ha desenvolupat en apartats precedents, els episodis d'agitació i les autolesions coincideixen en tres aspectes: no són manifestacions clíniques específiques de cap entitat patològica determinada, etiològicament poden ser degudes tant a raons orgàniques (les autolesions menys), psiquiàtriques, com ambientals, i que, a nivell de salut mental, reflexen malestar psíquic evident i expressivitat clínic reactiva i desajustada respecte del seu possible, en cas de ser identificat, desencadenant.

Taula 1. Variables referides al perfil de les urgències

<b>Variable</b>	<b>Categories</b>	<b>Agrupaments</b>
1. Motiu de consulta	1.1 Agitació	1.1 Malestar psíquic agut (MPA)
	1.2 Autolesió	
	1.3 Traumatològica	1.2 Resta de motius de consulta
	1.4 Mèdica	
2. Mòdul	2.1 Inicial	2.1 Inicial
	2.2 Progrés 1	2.2 Progrés
	2.3 Progrés 2	
	2.4 Finalista	2.3 Finalista
	2.5 Obert	
	2.6 Intensiu	2.4 Intensiu

Respecte de l'origen de les urgències, aquest queda recollit en la variable mòdul o grup educatiu. Aquests són sis. Com ja s'ha dit, el recorregut d'un intern ben adaptat al sistema progressiu vigent seria: inicial, progrés-1 o progrés-2, finalista i obert. Durant l'estada al centre, en cas de mal comportament, un intern pot ser objecte de retrocés (o retrocessos) al grup

intensiu. De tota manera, per qüestions tècniques adreçades, bàsicament, a evitar un excés de dispersió, i corregir el condicionant, ja esmentat, de reestructuració del centre amb la creació, durant l'any d'estudi, de mòduls nous, de cara a l'anàlisi s'ha optat per agrupar, mitjançant criteris d'afinitat, els mòduls en quatre: inicial, progrés (suma de progrés 1 i progrés 2), finalista (suma de finalista i obert) i intensiu. Per últim, respecte d'aquesta variable, a banda d'indicar l'origen de les demandes, s'ha quantificat el temps d'estada dels interns en cada un dels mòduls.

Els hàbits tòxics s'han analitzat a partir dels antecedents de consum, referits durant la revisió mèdica feta en el moment d'ingrés en el centre, de les següents substàncies: alcohol, cànem, dissolvents, heroïna, psicofàrmacs, cocaïna, derivats amfetamínicos i al·lucinògens. Per bé que, durant la recollida d'informació, es va diferenciar el patró de consum en quatre categories (absència de consum, consum antic no actiu durant el darrer any, consum esporàdic i consum habitual), s'ha optat per considerar cada una de les substàncies com a variables dicotòmiques, en que l'absència de consum es correspon a la suma de les categories no consum i consum antic, i la seva existència a la suma de consum esporàdic i habitual. En l'anàlisi multivariant, a més, s'ha generat la variable politoxicomania entesa com la presència de consum de més de tres substàncies, excepte l'alcohol. Respecte de les vies d'administració, es va registrar l'ús de drogues per via parenteral (UDVP).

Taula 2. Variables referides al perfil poblacional

Variables	Categories
3. Alcohol	3.1 Sí / 3.2 No
4. Cànem	4.1 Sí / 4.2 No
5. Dissolvents	5.1 Sí / 5.2 No
6. Heroïna	6.1 Sí / 6.2 No
7. Psicofàrmacs	7.1 Sí / 7.2 No
8. Cocaïna	8.1 Sí / 8.2 No
9. Amfetamines	9.1 Sí / 9.2 No
10. Al·lucinògens	10.1 Sí / 10.2 No
11. UDVP	11.1 Sí / 11.2 No
12. Desarrelament	12.1 Sí / 12.2 No
13. Delicte més greu	13.1 Propietat
	13.2 Lesions
	13.3 Sexe
	13.4 Vida

Pel que fa a la presència o absència de desarrelament geogràfic s'ha optat, per la manca d'informació referent a la mobilitat geogràfica dels interns, pel seu lloc de naixement. Així, haver nascut a l'Estat espanyol indicarà absència de desarrelament, i al revés.

El fet que molts interns tinguessin un considerable historial delictiu, ha dificultat la classificació categòrica de la població. Per això, la variable s'ha definit com a delicte de major gravetat. És a dir, tot i la coexistència en un mateix individu de delictes de categories diferents, es comptabilitza en aquella que identifica el delicte més greu que ha comès, amb independència que aquest sigui el motiu pel que es troba internat durant el període d'estudi. Aquestes, ordenades de major a menor gravetat, són les que segueixen: vida, sexe, lesions i propietat.

### 5.3. Anàlisi

Respecte de la metodologia emprada, s'ha realitzat una descripció univariant de totes les variables registrades, mitjançant la seva corresponent distribució de freqüències i representació gràfica d'interès.

Degut a la sobredispersió observada a l'ajustar models Poisson i la necessitat de correlacionar alguns dels registres (presència en diferents mòduls d'un mateix individu), per a analitzar les possibles associacions entre la taxa d'urgències per agitació o autolesió i les demés variables s'han ajustat models multivariants mitjançant *Generalized Estimating Equations*<sup>1</sup> amb error binomial negativa<sup>2,3</sup>. En cada cas, es presenten els resultats per a la situació global i estratificats per mòduls.



## 6. Resultats

### 6.1. Descripció poblacional

Pel que fa a la població, en total, es va registrar informació de 106 residents que acumularen 12.873 dies de seguiment.

La descripció de les variables que fan referència al perfil dels usuaris, es mostra a la taula 3. Quasi dos de cada tres residents presentaven un historial delictiu en el qual el delicte de major gravetat era contra la propietat (majoria: delinqüents comuns). El seguien de major a menor proporció els interns amb delictes més greus de lesions, de tipus sexual i contra la vida.

Taula 3. Perfil d'usuaris CE L'Alzina 2001

Variable	n	%
<b>Delicte (DMG)</b>		
Propietat	68	64,2
Lesions	18	17,0
Sexe	12	11,3
Vida	8	7,5
<b>Desarrelament (DES)</b>		
Immigrants	43	42,6
Nacionals	58	57,4
<b>Hàbits tòxics</b>		
Alcohol	64	60,4
Cànem	76	71,7
Dissolvents	15	14,2
Heroïna	19	17,9
Psicofàrmacs	30	28,3
Cocaïna	44	41,5
Derivats amfetamínics	30	28,3
Al·lucinògens	14	13,2
Politoxicomania	39	36,8
UDVP	6	5,7
<b>Mòdul</b>		
Inicial	74	69,8
Progrés	63	59,4
Finalista	39	36,8
Intensiu	58	54,7

Respecte de la presència de desarrelament geogràfic, es va observar una presència important (42,6%) de persones de nacionalitat estrangera.

La prevalença en el consum de substàncies va variar entre el 13,2%, en el cas dels al·lucinògens, fins el 71,7% del cannabis. Destacar el nombre d'interns politoxicòmans i la presència d'usuaris de drogues per via parenteral.

El mòdul més freqüentat va ser l'inical, amb un 69,8% del total de residents, i el que menys el finalista, amb un 36,8%. Un 30,2% dels pacients visitaren un únic mòdul, un 27,4% dos, un 34,0% tres i un 8,5% els quatre.

No s'han observat diferències en quant a la prevalença en el consum de substàncies, politoxicomania o UDVP, en funció del delicte. En canvi, si s'han observat segons la variable desarrelament, sempre amb majors proporcions entre els interns nacionals: heroïna, 25,9% vs. 9,3% ( $p=0,042$ ); cocaïna, 55,2% vs. 27,9% ( $p=0,008$ ); al·lucinògens, 22,4% vs. 2,3% ( $p=0,003$ ); politoxicomania, 50,0% vs. 23,3% ( $p=0,005$ ); i UDVP, 10,3% vs. 0% ( $p=0,037$ ).

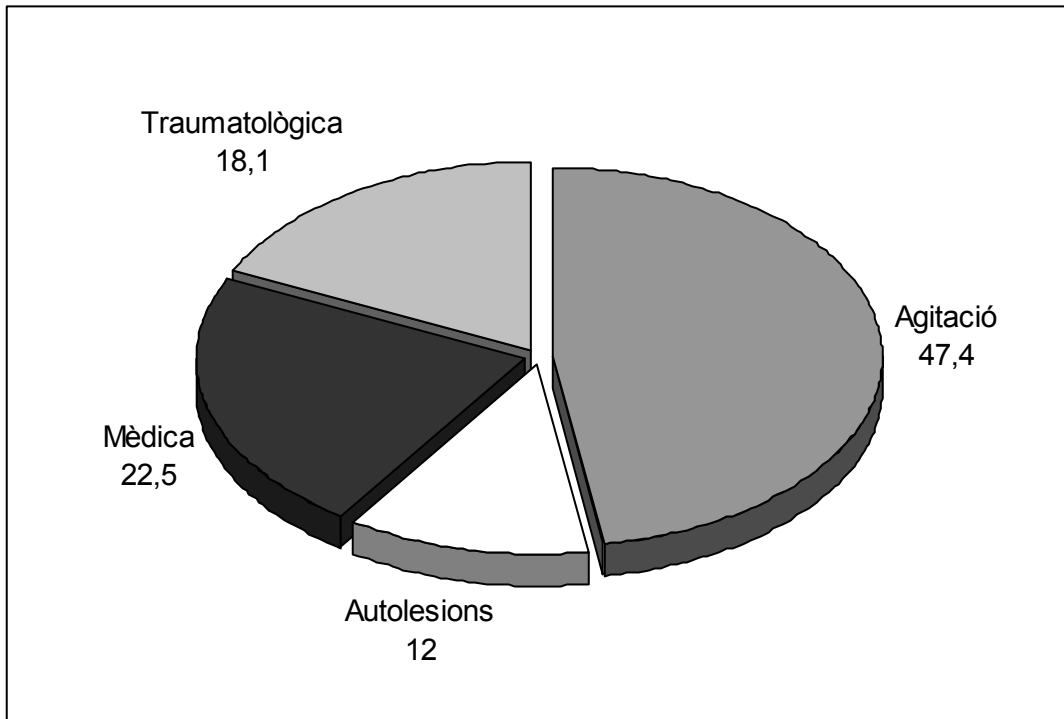
## **6.2. Descripció de les urgències**

Del total d'urgències ateses pels serveis mèdics, durant l'any 2001, les demandes estudiades ( $n = 325$ ) es varen distribuir de la següent manera, en funció del motiu de consulta (taula 4 i gràfic 6): 193 (59,4%) corresponien a clínica de malestar psíquic agut i 132 (40,6%) a l'àmbit de la salut física. El primer grup de demandes agrupava 154 episodis d'agitació psicomotriu (47,4%) i 39 d'autolesions (12,0%). La resta de motius de consulta sumaven 73 demandes mèdiques (22,5%) i 59 de traumatologia (18,1%). Les ratios entre episodi i usuari, per any, agrupades per especialitats clíniques, són 1,82 per episodis referents a salut mental, 0,69 per demandes mèdiques i 0,56 per demandes de traumatologia.

Taula 4. Distribució de demandes segons motiu de consulta

	<b>Motius</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% vàlid</b>	<b>Δ %</b>
Vàlids	Agitació	154	44,8	47,4	47,4
	Autolesions	39	11,3	12,0	59,4
	Mèdica	73	21,2	22,5	81,9
	Traumatològica	59	17,2	18,1	100,0
	Total	325	94,5	100,0	
Perduts sistema		19	5,5		
<b>Total</b>		<b>344</b>	<b>100,0</b>		

Gràfic 6. Distribució urgències segons motiu de consulta (%)



En la taula 5 es mostra la quantificació d'interns en funció del nombre d'episodis de MPA presentats. Durant l'any d'estudi, el 33% de la població va presentar algun episodi d'agitació.

Taula 5. Distribució de demandes per usuaris

<b>Nº d'agitacions</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% acumulat</b>
0	71	67,0	67,0
1	13	12,3	79,2
2	7	6,6	85,8
3	4	3,8	89,6
4	0	0,0	89,6
5	2	1,9	91,5
6	0	0,0	91,5
7	2	1,9	93,4
8	0	0,0	93,4
9	1	0,9	94,3
10	1	0,9	95,3
>10	5	4,7	100,0

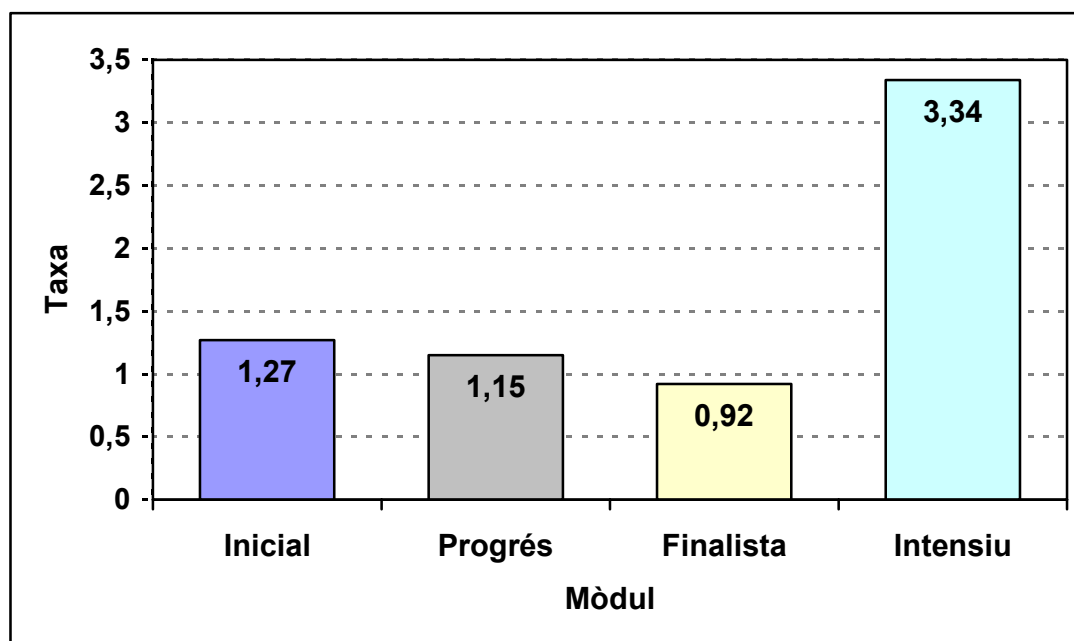
La distribució de demandes en funció del mòdul de procedència (taula 6) posa de manifest una ratio entre demandes per MPA i la resta superior a la unitat en tots el grups excepte el grup obert, que no registra demandes d'agitació o autolesió.

Taula 6. Distribució de motius de consulta segons mòdul

Mòdul	Motiu		Total
	MPA	Altres	
<b>Inicial</b>			
recompte	33	27	60
% de mòdul	55,0%	45,0%	100,0%
% de motiu	17,1%	20,5%	18,5%
<b>Progrés 1</b>			
recompte	19	15	34
% de mòdul	55,9%	44,1%	100,0%
% de motiu	9,8%	11,4%	10,5%
<b>Progrés 2</b>			
recompte	29	25	54
% de mòdul	53,7%	46,3%	100,0%
% de motiu	15,0%	18,9%	16,6%
<b>Finalista</b>			
recompte	35	26	61
% de mòdul	57,4%	42,6%	100,0%
% de motiu	18,1%	19,7%	18,8%
<b>Obert</b>			
recompte		3	3
% de mòdul		100,0%	100,0%
% de motiu		2,3%	,9%
<b>Intensiu</b>			
recompte	77	36	113
% de mòdul	68,1%	31,9%	100,0%
% de motiu	39,9%	27,3%	34,8%
<b>Total</b>			
recompte	<b>193</b>	<b>132</b>	<b>325</b>
% de mòdul	<b>59,4%</b>	<b>40,6%</b>	<b>100,0%</b>
% de motiu	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

La taxa promig d'agitacions va ser de 1,5 (IC 95%=1,3-1,7) per a cada 10 residents-10 dies. En el gràfic número 7 es mostren les taxes segons el mòdul, un cop realitzats els agrupaments dels dos grups progrés, d'una banda, i el finalista i obert, de l'altra, observant-se un descens lleu a mesura que avança el procés d'internament. Destaca el mòdul intensiu, la taxa del qual quasi triplica les de la resta de mòduls.

Gràfic 7. Taxes d'agitacions o autolesions segons mòdul



Taula 7. Distribució demandes de MPA i residents-dia per mòduls

	Inicial	Progrés	Finalista	Intensiu
Trucades	33	48	35	77
Residents-dia	2.605	4.165	3.795	2.308

De la mateixa manera, respecte de la relació entre pertinença als diferents mòduls del centre i la presentació d'agitacions o autolesions, el grup intensiu presenta una associació significativa: inicial, RR=1,38 (IC95%=0,86-2,05); progrés, RR=1,25 (IC95%=0,81-1,73); i intensiu, RR=3,63 (IC95%=2,41-5,54).

### 6.3. Resultats amb el model ajustat

La taula número 8 mostra el número d'agitacions, el temps de seguiment i les taxes i riscos relatius estimats mitjançant la distribució binomial negativa GEE, per a cada una de les variables explicatives, tant respecte del global com pel que fa a cada grup educatiu.

Taula 8. Resultats obtinguts amb el model ajustat

NB GEE	Global									Inicial			Progrés			Finalista			Intensiu			
	n	int/dia	Taxa	RR	IC(95%)			Taxa	RR	IC(95%)		Taxa	RR	IC(95%)		Taxa	RR	IC(95%)				
<b>Delicte</b>																						
Propietat	138	7497	1,8	1			3,3	1	0,04	>100	1,0	1	0,10	28,41	2,5	1	0,00	0,30	3,3			
Sexe	9	2739	0,8	0,47	0,16	1,42	0,0	0,18	0,06	>100	1,7	1,69	0,06	7,77	0,1	0,02	0,00	>100	1,6	0,47	0,04	5,71
Vida	7	897	0,4	0,24	0,05	1,28	0,1	0,31	0,06	1,69	0,7	0,71	0,06	7,77	0,0	0,02	0,00	>100	0,1	0,04	0,01	0,38
Lesions	39	1739	2,5	1,41	0,45	4,40	6,5	2,53	0,44	14,63	3,7	3,64	0,28	47,13	0,0	0,01	0,00	>100	2,7	0,79	0,06	10,28
<b>Nacionalitat</b>																						
Estranger	23	4137	0,7	1			0,2	1			1,5	1			0,6	1			0,6	1		
Nacional	158	8036	2,4	3,32	1,04	10,62	2,5	16,36	3,34	80,08	1,6	1,05	0,10	2,69	1,6	2,92	0,13	67,57	4,0	6,54	0,64	16,27
<b>Alcohol</b>																						
No	65	5421	1,4	1			0,8	1			0,5	1			0,8	1			3,8	1		
Sí	128	7452	1,9	1,32	0,51	3,40	1,5	1,92	0,40	9,17	2,3	4,22	0,43	107,9	1,6	1,98	0,15	26,61	2,1	0,55	0,06	14,06
<b>Cànem</b>																						
No	29	4225	0,8	1			0,1	1			0,7	1			0,7	1			1,9	1		
Sí	164	8647	2,1	2,59	0,82	8,14	1,7	28,75	1,98	379,0	2,1	2,77	0,73	10,43	1,5	2,08	0,13	34,29	3,4	1,80	0,21	14,23
<b>Dissolvents</b>																						
No	110	10576	1,2	1			1,0	1			0,7	1			0,6	1			2,8	1		
Sí	83	2296	4,1	3,36	1,22	9,23	2,2	2,15	0,41	11,34	7,1	9,55	0,88	134,8	5,8	10,16	1,00	103,6	2,9	1,02	0,12	11,27
<b>Heroïna</b>																						
No	91	10683	1,0	1			0,4	1			1,3	1			0,3	1			1,9	1		
Sí	102	2189	4,7	4,75	1,99	11,31	4,6	12,39	2,88	53,19	2,8	2,21	0,26	7,63	4,5	13,79	1,10	172,2	6,9	3,74	0,39	14,28
<b>Psicofàrmacs</b>																						
No	102	9541	1,2	1			1,0	1			1,3	1			0,3	1			2,0	1		
Sí	91	3331	2,9	2,39	0,92	6,22	1,7	1,77	0,37	8,38	2,0	1,48	0,11	21,76	3,3	12,59	1,04	152,7	5,0	2,54	0,25	29,14
<b>Cocaïna</b>																						
No	64	8377	0,9	1			0,2	1			0,9	1			0,4	1			2,3	1		
Sí	129	4495	2,8	3,00	1,22	7,34	2,6	12,44	2,26	68,58	2,5	2,70	0,23	27,58	2,5	6,59	0,36	121,9	3,5	1,51	0,12	17,09
<b>Derivats amfetamínic</b>																						
No	122	9692	1,5	1			1,0	1			1,4	1			0,6	1			3,1	1		
Sí	71	3180	2,1	1,34	0,40	4,51	1,7	1,65	0,32	8,39	1,9	1,32	0,08	41,39	3,3	5,18	0,45	60,18	2,1	0,69	0,08	11,22
<b>Al·lucinògens</b>																						
No	135	11219	1,5	1			0,7	1			1,6	1			0,6	1			2,8	1		
Sí	58	1654	3,2	2,20	0,56	8,61	6,0	8,40	1,97	35,81	0,5	0,30	0,02	2,10	3,1	4,93	0,42	58,40	3,3	1,16	0,12	5,38
<b>Politoxicomania</b>																						
No	65	8572	0,9	1			0,2	1			0,8	1			0,4	1			2,0	1		
Sí	128	4300	3,2	3,82	1,58	9,24	3,0	14,76	2,69	81,06	3,2	3,84	0,33	29,68	2,4	6,33	0,33	121,3	4,6	2,29	0,18	19,25
<b>UDVP</b>																						
No	115	11834	1,2	1			0,6	1,00			1,2	1			0,5	1,00			2,4	1,00		
Sí	78	1038	7,8	6,73	2,78	16,30	8,9	15,86	4,53	55,53	5,5	4,62	0,75	7,65	9,6	18,18	2,19	150,8	7,9	3,31	0,44	6,70

(\*) Taxa calculada per 10 interns-10 dies.

En general, s'observa una associació entre absència de desarrelament i la taxa d'agitacions, RR=3,32 (IC95%=1,04-10,62), i amb varies de les substàncies analitzades: dissolvents, RR=3,36 (IC95%=1,22-9,23) , heroïna, RR=4,75 (IC95%=1,99-11,31), cocaïna, RR=3,00 (IC95%=1,22-7,34), politoxicomania, RR=3,82 (IC95%=1,58-9,24), i UDVP, RR=6,73 (IC95%=2,78-16,30).

Per a les substàncies, al realitzar la mateixa anàlisi, estratificant segons el mòdul (taula 8), s'observa que en el mòdul inicial les variables significatives en l'anàlisi global mantenen la seva significació incrementant la intensitat de l'associació i, a més, passen a ser significatives el cànnabis i els al·lucinògens. En canvi, cap variable no es relaciona amb les agitacions en el mòdul progrés. En el mòdul finalista, mostren certa rellevància els dissolvents, l'heroïna, els psicofàrmacs i els UDVP, encara que les tres primeres estan en el límit de la significació. Finalment, en el mòdul intensiu, tampoc no es va observar cap tipus de significança. En aquest mòdul les taxes de MPA son més elevades, en els casos en que no existeix consum, respecte de l'alcohol i els derivats amfetamínicos.

En quant al delicte, s'observa una menor taxa de MPA en els agressors sexuals i aquells interns amb delictes que atempten contra la vida en la majoria de mòduls, i amb una associació significativa -de menor risc- pels grups finalista (delinqüents sexuals) i intensiu (delictes contra la vida).

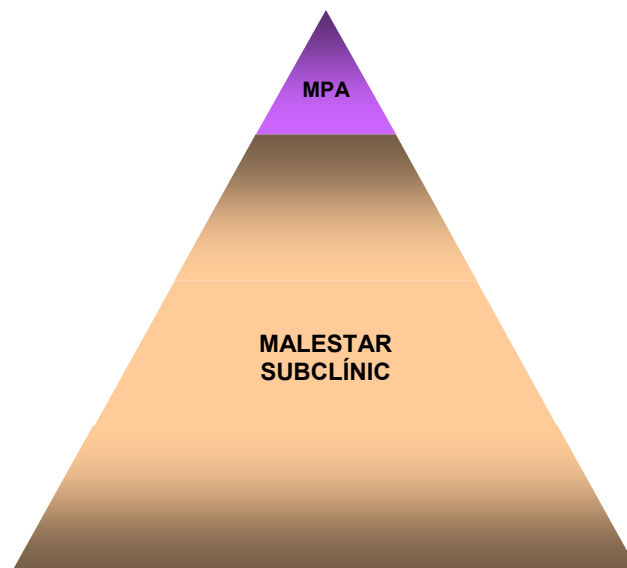
L'absència de desarrelament (ser nacional) manté la seva significança exclusivament en el mòdul inicial, això sí, de forma més evident.



## 7. Discussió

Respecte dels resultats obtinguts caldria destacar, en primer lloc, el nombre de demandes registrades per episodis d'agitació i autolesions, sobretot si es té en compte que les dades aportades representen només parcialment el volum real d'aquests episodis, al no comptabilitzar-se en aquest estudi els que s'han produït durant la franja horària d'atenció presencial dels professionals sanitaris.

A més, no es poden descartar fenòmens d'infranotificació de clínica de malestar psíquic, per tres motius: perquè alguns d'aquests episodis, per les seves conseqüències o expressivitat clínica no ajustada a les categories referides, poden haver estat registrats com a altres motius de consulta (traumatològica o mèdica), per la presència de patiment subclínic i per l'existència d'episodis resolts des d'altres instàncies professionals, en que no ha calgut recórrer als serveis mèdics.



La concentració d'un volum important de demandes en un nombre reduït d'interns (el 4,7% de la població acumula el 57,5% d'episodis d'agitació i autolesions) pot interpretar-se per la presència d'una major vulnerabilitat individual.

En referència a la influència de les substàncies en la gènesi d'aquests episodis, les associacions observades es produeixen amb drogues de característiques farmacodinàmiques no homogènies. Aquest fet planteja l'interrogant respecte de quins mecanismes poden explicar satisfactòriament que substàncies amb efectes toxicològics diferents comportin manifestacions clíniques similars. Si bé, en l'àmbit de l'expressivitat conductual, les manifestacions clíniques secundàries a la deprivació poden tenir certes similituds, segurament aquesta vinculació tingui més a veure amb la pròpia fragilitat personal que indueix al consum, que amb la mateixa substància.

Pel que fa a les associacions observades, tenim la que es dona entre malestar psíquic agut i població no desarrelada. Tot sembla indicar que l'associació entre episodis d'agitació (o autolesió) i ser nacional pot ser degut al major consum de tòxics en aquests joves. Com s'ha vist a la descriptiva, el desarrelament i certes substàncies s'associen: ser nacional i major consum. A més, la nacionalitat té rellevància en el mòdul en que la majoria de les substàncies en tenen. Per tant, l'associació no vindria donada tant pel fet de ser nacional, sinó pel patró de consum que aquests presenten.

Respecte del valor pronòstic que cal atorgar a la presència d'antecedents de consum de tòxics, pel que fa al risc de presentar clínica desadaptativa, els resultats de l'anàlisi bivariant l'avalarien, almenys pel que fa a algunes substàncies (heroïna, cocaïna i dissolvents), al patró de policonsum i ser UDVP.

De tota manera, a l'observar el seu comportament en l'anàlisi multivariant aquesta associació només es manté, almenys de forma sòlida, en el mòdul inicial, la qual cosa indicaria que aquest caràcter pronòstic té, en tot cas, una forta vinculació temporal, ja que a mesura que transcorre l'internament aquesta associació es perd, o bé, existeixen altres condicionants relacionats amb els mòduls on estan els interns que poden tenir un paper més rellevant que el propi consum, i que justificaria la pèrdua de significació referida.

Una possibilitat doncs, seria interpretar l'aparició d'episodis d'agitació i autolesió com a conseqüència d'una disminució del llindar d'excitabilitat individual modulada per processos fisiològics d'adaptació a una situació de privació de tòxics. De fet, alguns dels episodis d'agitació i autolesions no és estrany que apareguin en un context de síndrome d'abstinència.

Aquest model explicatiu, però, resulta insuficient si es té en compte que la majoria de joves del grup inicial provenen d'altres centres i, per tant, aquesta associació no pot atribuir-se a un efecte directe de la privació, que ha sigut prèvia. En aquests casos, aquest fet traduiria la coexistència de déficits individuals que implicarien una pitjor tolerància a l'impacte emocional que suposa l'ingrés en un centre d'aquestes característiques.

En tot cas, la pèrdua de significació de les substàncies en la resta de mòduls no pot atribuir-se a un déficit en el nombre d'observacions, ja que, per exemple, el mòdul progrés és el segon pel que han passat més interns i en el que més persones-dia s'han pogut estudiar.

La presència de factors ambientals lligats a l'internament podria explicar aquesta pèrdua de significació respecte de les substàncies estudiades, com les diferències entre taxes de MPA observades per cada mòdul, la qual cosa corroboraria el posicionament apriorístic de donar valor de clínica desadaptativa als episodis d'agitació i autolesions. El grup inicial seria doncs, l'únic mòdul on la influència de l'antecedent de consum de tòxics pesaria més que el de pertinença a un grup, mentre que en la resta de mòduls existirien altres variables que incidirien, amb major intensitat que les variables analitzades, en l'aparició dels episodis referits.

Una menció especial mereix el grup intensiu que s'associa a la major taxa d'episodis de MPA i en el qual no es donen elements explicatius relacionats amb hàbits tòxics, com mostren els resultats, ni de tipus temporal, ja que els interns poden ser-hi retrocedits en qualsevol moment de l'internament.

Aquest fet ens porta a mirar el sistema de fases, que sustenta el disseny ambiental de la institució. Sense entrar a valorar la validesa genèrica dels sistemes progressius (l'ús dels quals es remonta al segle XIX), els resultats obtinguts posen en dubte la seva eficàcia, almenys, en aquest mòdul i en aquest període de temps. De fet, l'aplicació d'aquest model comporta la coexistència de dos tipus de reforços negatius: d'una banda, les sancions que venen reglamentades jurídicament per llei, i, de l'altra, la figura del retrocés al grup intensiu, en cas de mala evolució. Tant el retrocés, com la no progressió, poden ser viscudes com a sancions encobertes, convertint, des d'aquest moment, el que ha de ser un sistema motivacional, en un sistema disciplinari paral·lel i arbitrari, que, a més, no disposa de l'equivalència garantista del règim sancionador regulat per llei, la qual cosa pot fer que percepció i realitat coincideixin. A més, no sembla tenir present les evidències tècniques que atribueixen una baixa –per no dir nul·la- efectivitat als reforços negatius<sup>36</sup>, majoritaris en aquest cas, i la importància de la temporalitat en l'aplicació d'estímuls.

La deprivació sensorial que es produeix en aquest mòdul, on els interns han de romandre més temps a les seves cel·les, i on poden disposar de menys pertinences personals, entre d'altres factors, pot activar ansietats claustrofòbiques i fer que l'individu, forçosament, hagi de fer front a un món interior plè de vivències i emocions, amb les que conviu amb greus dificultats.

La institució, coneixedora del perfil i les necessitats de la població que atén, hauria de contemplar un disseny ambiental que tingués present l'especial vulnerabilitat que, pels interns, comporten els mòduls d'alta contenció, com és aquest cas, en els quals, a més, acostumen a esclatar conflictes no resolts prèviament.

Seria un error “normalitzar” els resultats obtinguts basant-se en les característiques regimentals pròpies del grup intensiu. La presentació de taxes tan elevades de MPA en un mòdul dissenyat per intervenir intensivament amb aquells interns que presenten una mala evolució individual, indicaria uns resultats no només oposats als objectius pretesos de recuperació i millora, sinó

que, a més, es produïrien fenòmens de cronificació i deteriorament clínic significatiu dels interns que hi resideixen.

A més, sorprèn l'índex d'ocupació d'aquest grup ja que, segons la quantificació de residents-dia (cal tenir present l'agrupament dels dos progressos i del finalista amb l'obert), el mòdul intensiu presenta una ocupació igual o superior a la resta, quan aquest mòdul no forma part del recorregut habitual d'estada al centre, amb un accés limitat a situacions d'una certa entitat. Aquest resultat pot interpretar-se per una baixa capacitat de resolució de conflictes en la resta de grups on s'han produït, un ús excessiu dels retrocessos o un clima institucional precari i altament conflictiu.

Aquests resultats obliguen a plantejar-se, més enllà de considerar acadèmicament la institució com un factor de risc, si veritablement no està resultant iatrogènica. La investigació no té per objectiu respondre aquesta pregunta, però si en formula l'interrogant. Que la resposta sigui negativa només depèn de la pròpia institució, que té a les seves mans, mitjançant la revisió de l'actual disseny de fases, elaborar tècniques de prevenció rigoroses de tipus ambiental, que modifiquin la situació descrita, sense oblidar que la reducció dels efectes negatius que l'internament pot comportar per als menors o joves és un manament legal que contempla el marc legislatiu vigent<sup>37</sup>.

Efectivament, el confort psíquic de la població reclusa és el requisit mínim imprescindible per poder intervenir a nivell de salut. Aconseguir un ambient institucional que propiciï aquest benestar ha de figurar doncs, dins de les prioritats dels centres de justícia juvenil, per davant d'altres. I aquest objectiu no es pot aconseguir sense una implicació multidisciplinària i, aleshores, una assumpció parcialitzada de cada un dels àmbits de competència que pertocuen als diferents nivells tècnics i gerencials que conformen les institucions. Si aquestes recorren a professionals mèdics per atendre situacions de crisi han de saber que, la majoria de les vegades, estaran medicalitzant una situació que, si bé, en un sentit ampli, és un problema de salut, la competència de la seva atenció i, sobretot de la seva prevenció, correspon bàsicament a qui pot incidir i modificar l'ambient institucional de l'establiment.

Respecte de l'evolució de taxes de MPA en la resta de mòduls, segueix una seqüència lògica i acord amb el sistema de fases referit. Aquest fet pot ser degut a la progressiva incorporació d'habilitats i integració de comportaments prosocials, per part dels interns, per bé que també es pot explicar per la progressiva relaxació normativa i regimental, que es dona en aquests mòduls, vinculada al propi disseny ambiental de la institució. Sigui com sigui, aquests resultats avalarien, doncs, un impacte positiu d'aquest mateix disseny ambiental respecte d'aquests mòduls.

Per finalitzar, reconèixer les limitacions d'aquest estudi que, tot i l'ús de tècniques analítiques, té un caràcter eminentment descriptiu i exploratori. La implicació etiològica multifactorial de la clínica de malestar psíquic agut fa recomanable que, en investigacions futures, s'incorporin tècniques qualitatives d'anàlisi.

De la mateixa manera, l'aplicació de tècniques de salut pública<sup>38</sup> i mètodes de vigilància epidemiològica podria contribuir a millorar el control i seguiment dels episodis de malestar psíquic agut i l'anàlisi de variables associades, ajudant les institucions en el disseny d'estratègies de prevenció i avaluació continuada.

## 8. Conclusions

Les conclusions que es desprenen d'aquest treball de recerca són les que s'enumeren a continuació:

1. Es confirma la hipòtesi d'associació entre antecedents de consum de tòxics i presentació d'episodis de malestar psíquic agut.
2. Es produeix una pèrdua de significació d'aquesta associació, amb l'estratificació per mòduls.
3. El manteniment de l'associació en el grup d'ingrés (inicial) podria vincular-se a efectes de privació del consum o a aspectes de vulnerabilitat individual.
4. L'absència d'associacions en la resta de mòduls podria interpretar-se com una superació de la clínica d'abstinència o a la major influència d'altres factors.
5. El mòdul de retrocés (intensiu) presenta un associació significativa amb episodis d'agitacions i autolesions, que tindria un fort component de càrrega ambiental vinculada al disseny institucional.
6. Els interns amb delictes contra la vida presenten un menor risc de presentar episodis de MPA.
7. Les substàncies associades amb malestar psíquic agut no comparteixen propietats farmacodinàmiques homogènies.
8. L'associació entre MPA i absència de desarrelament vindria donada pel seu perfil toxicològic i no per la pròpia condició nacional.
9. No es donen associacions entre perfil toxicològic i historial delictiu.
10. Cal interpretar el present treball de recerca, tot i emprar tècniques analítiques, com un estudi de caràcter eminentment descriptiu i exploratori.

## 9. Propostes

Les propostes que s'enumeren a continuació són aquelles que es consideren més rellevants, a la vista dels resultats obtinguts.

1. Reconèixer l'antecedent de consum de tòxics com a indicador de risc de presentar clínica de malestar psíquic agut.
2. Revisar, per tant, el model assistencial d'abordatge a les toxicomanies des d'un enfocament més global. És a dir, no centrat exclusivament en els efectes directes de les substàncies, sinó considerant aspectes premòrbids i de vulnerabilitat individual en els joves consumidors.
3. Tenir present en aquests interns aspectes de temporalitat: major risc en els primers mesos d'internament (mòdul d'ingrés).
4. Reconèixer la institucionalització com a factor de risc de presentar MPA, pel que respecte a aquells mòduls que, com el grup intensiu, comporten una major rigidesa normativa i regimental, i majors nivells de privació sensorial.
5. Evitar que els dissenys ambientals dels centres impliquin una duplictat de respostes sancionadores.
6. Disposar en els mòduls de màxima contenció d'estratègies de rescat, tant individuals com institucionals.
7. Reconèixer la importància del trastorn adaptatiu, pel que suposa de patiment psíquic i gravetat pronòstica.
8. L'algoritme d'abordatge del malestar psíquic, en qualsevol de les seves manifestacions clíniques, hauria de seguir un vector que anés de la modificació ambiental a la intervenció individual, i no al revés.
9. En futures investigacions caldria que, per la condició multifactorial d'aquests episodis, s'incorporessin tècniques qualitatives o mixtes (qualiquantitatives) d'anàlisi.
10. L'ús de tècniques de vigilància epidemiològica pot ser útil a les institucions per avaluar, de manera continuada, els propis dissenys ambientals i programes de prevenció i abordatge.



## 10. Referències bibliogràfiques

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. COMMITTEE ON ADOLESCENCE. "Health care for children and adolescents in the juvenile correctional care system". *Pediatrics* (2001), núm.107; p.799-803.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS. "Health status of detained and incarcerated youths". *JAMA*. (1990), núm. 263(7); ; p.987-991.

BROOK, J.; RICHTER, L.; RUBENSTONE, E. "Consequences of adolescent drug use on psychiatric disorders in early adulthood". *Annals of Medicine*. (2000); núm. 32(6); p.401-407.

DIGGLE, P.; LIANG, K.Y.; ZEGER, S.L. *Analysis of longitudinal data*. Oxford: Clarendon Press, 1994.

FORREST, C.B.; TAMBOR E.; RILEY A.W.; ENSMINGER M.E. (*et al.*). "The health profile of incarcerated male youths". *Pediatrics*. (2000); núm.105; p.286-291.

FREER, R. "Human rights in the USA: land of the free?". *Lancet*. (1998); núm.352; p.1853-1854.

FUSTÉ, R.; HERRERA R.; LLOVET J.M. (*et al.*). "Actuació davant del malalt agitat-violent". A: LEÓN M. *Urgències a l'atenció primària*. [S.I.]:Institut Català de la Salut, 1997.

GARRIDO GENOVÉS, V. *Delincuencia juvenil. Orígenes, prevención y tratamiento*. [S.I.]:Editorial Alhambra, 1987.

GASCÓN, J.; MALLADA P.; MENCHÓN J.M. "Agitación psicomotriz". A: COMITÉ INTERHOSPITALARIO DE SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA. *Recomendaciones terapéuticas básicas en los trastornos mentales*. [S.I.]:Masson-Salvat medicina, 1994.

GIBBS, J. "Environmental congruence and symptoms of psychopathology: A further exploration of the effects of exposure to the jail environment". *Crim Justice Behav.* (1991); núm.18; p.351-374.

GRUP DE TREBALL SOBRE ELS TRASTORNS MENTALS GREUS EN LA INFÀNCIA I L'ADOLESCÈNCIA. "Recomanacions per a l'atenció dels trastorns mentals greus en la infància i l'adolescència. Consell Assessor sobre Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental (Catalunya)". *Quaderns de salut mental.* (2003); núm.6 [Servei Català de la Salut]

HAWTON, K.; FAGG, J.; PLATT, S. (*et al.*). "Factors associated with suicide after parasuicide in young people". *British Medical Journal.* (1993); num. 306(6893); p.1641-1644.

HOLAHAN C. *Psicología ambiental. Un enfoque general.* [S.l.]:Editorial Limusa SA, 1991.

HURLEY, W.; DUNNE, M.P.; "Psychological distress and psychiatric morbidity in women prisoners". *Aust N Z J Psychiatry.* (1991); núm.25(4); p.461-470.

KOVASZNAY, B.; MIRAGLIA, R.; BEER, R. (*et al.*). "Reducing suicides in New York State correctional facilities". *Psychiatr Q.* (2004); núm.75(1); p.61-70.

KRYZHANOVSKAYA, L.; CANTERBURY, R. "Suicidal behavior in patients with adjustment disorders". *Crisis.* (2001); núm.22(3); p.125-131.

LANGBEHN, D. R.; PFOHL, B. "Clinical correlates of self-mutilation among psychiatric inpatients". *Ann Clin Psychiatry.* (1993); núm.5(1); p.45-51.

LAWLESS, J.F. "Negative binomial and mixed Poisson regression". *Can J Stat.* (1987); núm.15; p.209-25.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. *Estrés y procesos cognitivos*. [S.I.]:Ediciones Martínez Roca, 1986.

“Ley orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores”. *BOE*. (2000); núm.11; p.1422-1441.

LEYTON, M.; OKAZAWA, H.; DIKSIC, M. (*et al.*). “Brain regional [alpha]-[<sup>11</sup>C]methyl-L-tryptophan trapping in impulsive subjects with borderline personality disorder”. *Am J Psychiat*. (2001); núm.158; p.775-782.

LINDQUIST, C.H.; LINDQUIST, C.A. “Health behind bars: Utilization and evaluation of medical care among jail inmates”. *J Community Health*.(1999); núm.24(4); p.285-304.

“Llei 27/2001, de 31 de desembre, de justícia juvenil”. *DOGC*. (2002); núm.3553; p.792-801.

MOORE, D.R.; ARTHUR, J.L. “Delincuencia juvenil”. A: OLLENDICK, T.H.; HERSEN, M. *Psicopatología infantil*. [S.I.]:Ediciones Martínez Roca, 1993.

NAVARRO, A.; UTZET, F.; PUIG, P.; (*et al.*). “La distribución Binomial Negativa frente a la de Poisson en el análisis de fenómenos recurrentes”. *Gac Sanit* (2001); núm.15; p.447-52.

OLIVÁN, G. “Estado de salud de jóvenes varones delincuentes”. *Atención primaria*. (2002); núm.29(7); p.421-424.

ORTEGA MONASTERIO L.; AYALA, C. “Consideraciones psicodinámicas sobre la delincuencia juvenil”. *Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*. (1996); núm.0; p.63-67.

PENN, J.; ESPOSITO, C.; SCHAEFFER, L. (*et al.*). "Suicide attempts and self-mutilative behavior in a juvenile correctional facility". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. (2003); núm.42(7); p.762.

PLISZKA, S.R.; SHERMAN, J.O.; BARROW, M. (*et al.*). "Affective disorder in juvenile offenders: A preliminary study". *Am J Psychiat*. (2000); núm.157; p.130-132.

RAMOS ATANCE, J.A.; *Neurobiología de la drogadicción*. [S.I.]:Ediciones de la Universidad Complutense SA, 1993.

REDONDO, S. "Reflexiones sobre la intervención penitenciaria". A: GARRIDO, V.; REDONDO, S. *La intervención educativa en el medio penitenciario. Una década de reflexión*. [S.I.]:Editorial Diagrama; 1992.

ROCA, M.; PORTERO, P.; REDONDO, S.; "Sistema progresivo: un sistema ambiental aplicado en un centro preventivo de jóvenes". A: GARRIDO GENOVÉS, V.; VIDAL DEL CERRO, M.B. *Lecturas de pedagogía correccional*. [S.I.]:Nau llibres, 1987.

RUTTER, M.; GILLER, H.; HAGELL, A. *La conducta antisocial de los jóvenes*. [S.I.]:Cambridge University Press, 2000.

RUTTER, M.; GILLER, H. *Delincuencia juvenil*. [S.I.]:Ediciones Martínez Roca, 1988.

SÁNCHEZ, M. *Psicoterapia dinámica en la delincuencia juvenil*. [S.I.]:Editorial Herder, 1981.

STRAIN, J.; NEWCORN, J.; FULOP, G.; (*et al.*). "Trastorno adaptativo". A: HALES, R.; YUDOFKY, S.; TALBOTT, J. *DSM-IV Tratado de psiquiatría*. [S.I.]:Masson, 2000.

TAIMINEN, T.; KALLIO-SOUKAINEN, K.; NOKSO-KOIVISTO, H. (*et al.*). "Contagion of deliberate self-harm among adolescent inpatients". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. (1998); núm.37(2); p.211-217.

THORBURN, K.M. "Injury monitoring in US prison systems". *JAMA*. (1999);  
n.º.282; p.430-431..

## 11. Notes

- 1) LINDQUIST, C.H.; LINDQUIST, C.A. "Health behind bars: Utilization and evaluation of medical care among jail inmates". *J Community Health*.(1999); núm.24(4); p.285-304.
- 2) REDONDO, S. "Reflexiones sobre la intervención penitenciaria". A: GARRIDO, V.; REDONDO, S. *La intervención educativa en el medio penitenciario. Una década de reflexión*. [S.I.]:Editorial Diagrama; 1992.
- 3) GIBBS, J. "Environmental congruence and symptoms of psychopathology: A further exploration of the effects of exposure to the jail environment". *Crim Justice Behav.* (1991); núm.18; p.351-374.
- 4) AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS. "Health status of detained and incarcerated youths". *JAMA*. (1990), núm. 263(7); ; p.987-991.
- 5) HOLAHAN C. *Psicología ambiental. Un enfoque general*. [S.I.]:Editorial Limusa SA, 1991.
- 6) LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. *Estrés y procesos cognitivos*. [S.I.]:Ediciones Martínez Roca, 1986.
- 7) FORREST, C.B.; TAMBOR E.; RILEY A.W.; ENSMINGER M.E. (*et al.*). "The health profile of incarcerated male youths". *Pediatrics*. (2000); núm.105; p.286-291.
- 8) STRAIN, J.; NEWCORN, J.; FULOP, G.; (*et al.*). "Trastorno adaptativo". A: HALES, R.; YUDOFKY, S.; TALBOTT, J. *DSM-IV Tratado de psiquiatria*. [S.I.]:Masson, 2000.

- 9) KRYZHANOVSKAYA, L.; CANTERBURY, R. "Suicidal behavior in patients with adjustment disorders". *Crisis*. (2001); núm.22(3); p.125-131.
- 10) HURLEY, W.; DUNNE, M.P.; "Psychological distress and psychiatric morbidity in women prisoners". *Aust N Z J Psychiatry*. (1991); núm.25(4); p.461-470.
- 11) FREER, R. "Human rights in the USA: land of the free?". *Lancet*. (1998); núm.352; p.1853-1854.
- 12) AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. COMMITTEE ON ADOLESCENCE. "Health care for children and adolescents in the juvenile correctional care system". *Pediatrics* (2001), núm.107; p.799-803.
- 13) MOORE, D.R.; ARTHUR, J.L. "Delincuencia juvenil". A: OLLENDICK, T.H.; HERSEN, M. *Psicopatología infantil*. [S.I.]:Ediciones Martínez Roca, 1993.
- 14) RUTTER, M.; GILLER, H. *Delincuencia juvenil*. [S.I.]:Ediciones Martínez Roca, 1988.
- 15) ORTEGA MONASTERIO L.; AYALA, C. "Consideraciones psicodinámicas sobre la delincuencia juvenil". *Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*. (1996); núm.0; p.63-67.
- 16) RUTTER, M.; GILLER, H.; HAGELL, A. *La conducta antisocial de los jóvenes*. [S.I.]:Cambridge University Press, 2000.
- 17) PLISZKA, S.R.; SHERMAN, J.O.; BARROW, M. (et al.). "Affective disorder in juvenile offenders: A preliminary study". *Am J Psychiat*. (2000); núm.157; p.130-132.
- 18) GRUP DE TREBALL SOBRE ELS TRASTORNS MENTALS GREUS EN LA INFÀNCIA I L'ADOLESCÈNCIA. "Recomanacions per a l'atenció dels trastorns mentals greus en la infància i l'adolescència. Consell Assessor sobre Assistència

Psiquiàtrica i Salut Mental (Catalunya)". *Quaderns de salut mental*. (2003); núm.6 [Servei Català de la Salut]

19) GARRIDO GENOVÉS, V. *Delincuencia juvenil. Orígenes, prevención y tratamiento*. [S.I.]:Editorial Alhambra, 1987.

20) RAMOS ATANCE, J.A.; *Neurobiología de la drogadicción*. [S.I.]:Ediciones de la Universidad Complutense SA, 1993.

21) BROOK, J.; RICHTER, L.; RUBENSTONE, E. "Consequences of adolescent drug use on psychiatric disorders in early adulthood". *Annals of Medicine*. (2000); núm. 32(6); p.401-407.

22) HAWTON, K.; FAGG, J.; PLATT, S. (*et al.*). "Factors associated with suicide after parasuicide in young people". *British Medical Journal*. (1993); num. 306(6893); p.1641-1644.

23) OLIVÁN, G. "Estado de salud de jóvenes varones delincuentes". *Atención primaria*. (2002); núm.29(7); p.421-424.

24) GASCÓN, J.; MALLADA P.; MENCHÓN J.M. "Agitación psicomotriz". A: COMITÉ INTERHOSPITALARIO DE SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA. *Recomendaciones terapéuticas básicas en los trastornos mentales*. [S.I.]:Masson-Salvat medicina, 1994.

25) FUSTÉ, R.; HERRERA R.; LLOVET J.M. (*et al.*). "Actuació davant del malalt agitat-violent". A: LEÓN M. *Urgències a l'atenció primària*. [S.I.]:Institut Català de la Salut, 1997.

26) LEYTON, M.; OKAZAWA, H.; DIKSIC, M. (*et al.*). "Brain regional [alpha]-[<sup>11</sup>C]methyl-L-tryptophan trapping in impulsive subjects with borderline personality disorder". *Am J Psychiat*. (2001); núm.158; p.775-782.



- 27) KOVASZNAY, B.; MIRAGLIA, R.; BEER, R. (*et al.*). "Reducing suicides in New York State correctional facilities". *Psychiatr Q.* (2004); núm.75(1); p.61-70.
- 28) PENN, J.; ESPOSITO, C.; SCHAEFFER, L. (*et al.*). "Suicide attempts and self-mutilative behavior in a juvenile correctional facility". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* (2003); núm.42(7); p.762.
- 29) TAIMINEN, T.; KALLIO-SOUKAINEN, K.; NOKSO-KOIVISTO, H. (*et al.*). "Contagion of deliberate self-harm among adolescent inpatients". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* (1998); núm.37(2); p.211-217.
- 30) LANGBEHN, D. R.; PFOHL, B. "Clinical correlates of self-mutilation among psychiatric inpatients". *Ann Clin Psychiatry.* (1993); núm.5(1); p.45-51.
- 31) SÁNCHEZ, M. *Psicoterapia dinámica en la delincuencia juvenil.* [S.I.]:Editorial Herder, 1981.
- 32) "Ley orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores". *BOE.* (2000); núm.11; p.1422-1441.
- 33) DIGGLE, P.; LIANG, K.Y.; ZEGER, S.L. *Analysis of longitudinal data.* Oxford: Clarendon Press, 1994.
- 34) LAWLESS, J.F. "Negative binomial and mixed Poisson regression". *Can J Stat.* (1987); núm.15; p.209-25.
- 35) NAVARRO, A.; UTZET, F.; PUIG, P.; (*et al.*). "La distribución Binomial Negativa frente a la de Poisson en el análisis de fenómenos recurrentes". *Gac Sanit* (2001); núm.15; p.447-52.

36) ROCA, M.; PORTERO, P.; REDONDO, S.; “Sistema progresivo: un sistema ambiental aplicado en un centro preventivo de jóvenes”. A: GARRIDO GENOVÉS, V.; VIDAL DEL CERRO, M.B. *Lecturas de pedagogía correccional*. [S.I.]:Nau llibres, 1987.

37) “Llei 27/2001, de 31 de desembre, de justícia juvenil”. *DOGC*. (2002); núm.3553; p.792-801.

38) THORBURN, K.M. “Injury monitoring in US prison systems”. *JAMA*. (1999); núm.282; p.430-431.

## 12. Relació de gràfics

Gràfic 1. Evolució hàbits tòxics CE L'Alzina 1994-1996 (1).....	15
Gràfic 2. Evolució hàbits tòxics CE L'Alzina 1994-1996 (2).....	16
Gràfic 3. Evolució hàbits tòxics CE L'Alzina 1994-1996 (i 3).....	16
Gràfic 4. Evolució UDVP, VHC+ i VIH+ CE L'Alzina 1994-2000 .....	18
Gràfic 5. Evolució urgències mèdiques 1998-2002 .....	22
Gràfic 6. Distribució urgències segons motiu de consulta (%)......	32
Gràfic 7. Taxes d'agitacions o autolesions segons mòdul.....	35

### **13. Relació de taules**

Taula 1. Variables referides al perfil de les urgències .....	26
Taula 2. Variables referides al perfil poblacional .....	28
Taula 3. Perfil d'usuaris CE L'Alzina 2001 .....	30
Taula 4. Distribució de demandes segons motiu de consulta .....	32
Taula 5. Distribució de demandes per usuaris .....	33
Taula 6. Distribució de motius de consulta segons mòdul.....	34
Taula 7. Distribució demandes de MPA i residents-dia per mòduls .....	35
Taula 8. Resultats obtinguts amb el model ajustat .....	36