

ANÁLISIS DE LOS PROGRAMAS DE SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Consuelo Escudero Álvaro¹
Félix G^a-Villanova Zurita¹
Alicia Sánchez Suárez²

¹ *Psicólogo/a*

² *Psiquiatra*

RESUMEN

Los autores presentan una panorámica general de la situación de los programas de atención en Salud Mental de la infancia y la adolescencia, con especial hincapié en la Comunidad de Madrid. Se aportan ideas sobre el estado de la cuestión en otros países del ámbito occidental. Se analizan los aspectos relativos a especialidad profesional, tiempos de dedicación, composición de los equipos, recursos asistenciales y programas de coordinación con otros servicios. Se concluye con la elaboración de un mapa de necesidades pendientes para la racionalización del campo infanto-juvenil.

Palabras clave: infancia, adolescencia, salud mental, recursos asistenciales.

ABSTRACT

General review of child and adolescent mental health programs, is made with special attention to the program of the Community of Madrid, Spain. Some aspects about these programs in occidental countries are presented as well. Studied subjects like professional specialty, work schedule and timetables, teams professional composition, resources and coordination programs with other public services. Elaborated a map of unsettled necessities in order to rationalize the field of child and adolescent mental health.

Key words: childhood, adolescence, mental health, resources clinical.

INTRODUCCIÓN

La red de servicios especializados de Salud Mental está organizada según los criterios del Sistema Nacional de Salud, establecidos en España, desde la promulgación de la Ley General de Sanidad (1986).

Así las prestaciones dentro del Sistema Sanitario están organizadas en tres niveles de atención jerarquizados. En el primer nivel se encuentra Atención Primaria que atiende el 80% de la demanda. En el segundo nivel están los Servicios Especializados, como es el caso de Salud Mental, que atiende el 17% de la demanda. En el nivel terciario se sitúan los Servicios Hospitalarios, los cuales atienden el 5% de la demanda (Mansilla, 1986).

De igual manera, todos los servicios están territorializados, atendiendo a los criterios de volumen de población atendida y aprovechamiento de recursos.

Apoyándose en estos criterios, el Sistema Nacional de Salud se configura a través de las Áreas Sanitarias, que cuentan con los dispositivos asistenciales correspondientes a los tres niveles de atención (Equipos de Atención Primaria, Servicios Especializados y Hospital de referencia); cubriendo una media de población entre 400.000 y 500.000 habitantes.

El criterio marco que organiza el sistema es el de la integración de todos los dispositivos en una red única de atención. Directriz u objetivo político que ha sido uno de los acicates, también, para la gestión de la reforma psiquiátrica (Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, 1985).

Los equipos que trabajan en los Servicios de Salud Mental están configurados, en realidad, como el primer escalón dentro del Sistema Sanitario para la asistencia especializada, ya que no están situados al nivel de la Atención Primaria.

Para llevar a cabo su labor, los equipos que los integran cuentan con una composición interdisciplinaria con psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales y un apoyo administrativo por cada servicio. En muchos casos, los equipos están dotados con personal que proviene de varias administraciones a través de convenios políticos basados en los criterios anteriormente señalados.

Desde la promulgación de la Ley General de Sanidad, la atención viene definida por programas longitudinales y transversales. Centrándose en los servicios ambulatorios ubicados en los propios distritos sanitarios, contando con la referencia de las Unidades de Hospitalización Breve situadas dentro de los Hospitales Generales, para los casos que requieran este tipo de tratamiento.

El grado de desarrollo de esta Ley y de los servicios que administra no es uniforme en todo el territorio del Estado Español, encontrándonos con diferencias, a veces, importantes.

Entre los programas especiales longitudinales que se encuentran en situación de precario desarrollo están los programas de atención ambulatoria en Salud Mental Infanto-Juvenil. El contraste con los programas de adultos evidencia aún más las diferencias, sobre todo en lo que tiene que ver con el insuficiente número de profesionales que los integran, así como en su composición (como veremos más adelante en muchos de ellos no hay psiquiatras). Asimismo, hay que señalar que la mayoría de los profesionales clínicos (psiquiatras y psicólogos) no dedican el 100% de su tiempo a la atención de niños y adolescentes, sino que simultanean su asistencia con los programas de adultos. Hasta el punto de que se llega a cuestionar, en ciertos casos, la propia especificidad de los programas. De igual modo destaca, a su vez, la escasez de recursos tanto hospitalarios, como de estructuras intermedias y comunitarios.

Según datos de 1991 y para la totalidad de la población española (algo más de treinta y ocho millones de personas) el número total de Centros, Servicios o Programas específicos para la atención ambulatoria en Salud Mental Infanto-Juvenil asciende a 90. Comparativamente, el número de Centros que desarrollan programas de atención ambulatoria para adultos es de 387, esta cifra resulta ridícula y claramente insuficiente (Defensor del Pueblo, 1991).

Por otra parte, la territorialización de los centros es mayor que la correspondiente a adultos y en algunas Comunidades Autónomas los equipos están situados a nivel terciario. Finalmente, debemos subrayar de nuevo que los recursos para la hospitalización infanto-

juvenil son muy precarios, inespecíficos y sin dotación especializada de personal, dejando en ocasiones sin posibilidades de uso a los especialistas que los necesitan.

En cuanto a la formación de los profesionales hay que resaltar que las especialidades en Psiquiatría y Psicología Clínica de niños y adolescentes no están reconocidas ni reguladas en todo el territorio español (Cabaleiro, 1990). En otros países de la Europa Comunitaria en cambio, la Psiquiatría sí esta reconocida y es especialidad independiente, como es el caso de Dinamarca, Alemania, Reino Unido, Grecia, Italia, Irlanda, Luxemburgo y Portugal (G^a-Villanova y Sánchez, 1992). En el caso de la Psicología Clínica de niños y adolescentes la especialidad no está reconocida en ningún país comunitario, lo que nos parece desolador (Escudero y Olabarria, 1990).

SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL EN OTROS PAÍSES

La situación general de la atención a este sector de la población en otros países nos da una panorámica muy variada. En lo que respecta a Inglaterra la atención a la S. M. de infancia y adolescencia estuvo centrada en los Servicios Psiquiátricos Hospitalarios hasta 1986. A raíz del informe del *N.H.S. Health Advisory Service* (Jaffa, 1995) se produce un cambio de estrategia fundamental, llevándose el peso de la atención al terreno extrahospitalario, referenciándose alrededor de los recursos llamados comunitarios.

La situación en EE. UU. tiene sus peculiaridades, encontrándonos con una escasez importante de especialistas, sobre todo, fuera de los núcleos urbanos importantes, donde la responsabilidad recae sobre los profesionales de adultos, que son los que llevan el peso de la atención, con lo que ésta se deteriora, además, por la falta de formación y experiencia específica del campo infanto-juvenil (Esman, 1992).

Este país complejiza la situación si consideramos que las directrices políticas exacerbaban el apoyo a los recursos privados, dándose la paradoja, por ejemplo, de un dramático aumento de ingresos hospitalarios en adolescentes en los últimos años, debido a la reducción

de apoyos económicos a los recursos públicos y el consecuente aumento de oferta en los recursos privados (Barber, Allen y Coyne, 1992; Rafferty, 1992; Pottick, Hansell, Gutterman y White, 1995). En algunos casos, se realizan convenios entre el sistema público y las agencias privadas, para desarrollar programas en S. M. centrados en los recursos comunitarios (England, 1992).

El análisis de los documentos nos sitúa el panorama internacional en dos puntos principales: Por un lado, el cambio de estrategia del uso mayoritario y básico de recursos hospitalarios hacia la atención ambulatoria centrada en la comunidad. Por otro, el consecuente debate acerca de cuáles son los criterios que definen las indicaciones de ingreso de aquellos pacientes que requieren tratamiento hospitalario.

SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL EN LA COMUNIDAD DE MADRID

En nuestro país el debate sobre ambos puntos es aún algo escaso, lo que podría significar una cierta falta de sensibilidad sobre el tema. Se parte de la base de la ausencia, prácticamente, de algún servicio, departamento o instancia político-administrativa de competencias nacionales que pudiera hacerse cargo de la implementación de trabajos de investigación sobre el campo, a pesar de que los profesionales han planteado, en numerosas ocasiones y foros, las necesidades tanto de formación e investigación, como clínico-asistenciales.

La Comunidad de Madrid esta dividida en 11 áreas sanitarias que a su vez se distribuyen en 35 distritos (150.000 habitantes de media), donde se ubican los Servicios Especializados de Salud Mental. Según los datos referidos por el informe de la Asociación Madrileña de Salud Mental de 1995 (Escudero, et al. 1995), sobre la situación de los programas ambulatorios de S. M. Infanto-Juvenil de la Comunidad Autónoma de Madrid (que podríamos considerar paradigma de la situación nacional), de los 35 distritos en los que se dividen las 11 áreas sanitarias de Madrid, sólo existe programa Infanto-Juvenil en 28; es decir únicamente el 80% aproximadamente del total.

Además, hay que señalar que de estos 28, dos servicios atienden la población correspondiente a otros dos distritos de su misma área; en otros dos, el programa lleva funcionando solo seis meses; y, en otro distrito, el servicio es un centro concertado por la C.A.M. y no propio. Lo que significa en realidad que sólo en 23 distritos el programa lleva funcionando el suficiente tiempo como para estar asentado, atendiendo a la población propia de su territorio y formando parte, administrativamente hablando, de la red de S.M. de la C.A.M.. Todo ello supone que solamente un 65% del total tiene implantado el programa, aunque las diferencias en su estado de desarrollo puedan llegar a ser abismales.

Por otra parte, de los 7 distritos donde no hay programa, ya hemos mencionado que en dos, los niños y adolescentes son atendidos por dos servicios ambulatorios de la misma área. Además hay que señalar, que uno de estos 7 equipos se encuentra entre los 6 distritos con mayor volumen de población menor de 15 años, según el censo de población de 1991 de la C.A.M.

Además, merecen destacarse las siguientes peculiaridades: en dos distritos la población es atendida en el hospital del área, mientras que en otro, es el personal de su hospital de referencia quien se desplaza al servicio para hacerse cargo de la asistencia; finalmente, en otro distrito la atención se desplaza al hospital de otra área. En algunos de estos equipos se cuenta, además, con el apoyo de los Centros Integrados de Salud del Ayuntamiento de Madrid (CIS).

Ante estos datos y teniendo en cuenta que han transcurrido ya ocho años desde la promulgación de la Ley General de Sanidad y del inicio de la reforma sanitaria, es imprescindible volver a señalar lo que ya se ha dicho desde diferentes ámbitos y por todos los profesionales que trabajan en la infancia. Es necesario cubrir al 100% la asistencia con programas estructurados en todos los distritos y áreas, respetando la territorialización propia de cada una de ellas y no perpetuar *ad infinitum*, con soluciones parciales, la situación presente.

En estos momentos ya no se puede comprender que todavía un 20% de la red continúe sin cobertura y esto no es justificable, so

pena de aceptar que el campo infanto-juvenil quede definitivamente a la cola de todos los recursos destinados a la Salud Mental como parece que lo está actualmente.

En cuanto al número de profesionales clínicos nos encontramos con los datos reseñados en la Tabla 1. Si los comparamos con la Tabla 2, en la que reflejamos el número de profesionales clínicos que trabajan en los programas de adultos, vemos que los recursos en la atención a niños y adolescentes ni siquiera llega a un 1/3 de los dedicados a los adultos.

Tabla 1.- Número global de profesionales clínicos

Programas Infanto-Juveniles

Psiquiatras	28
Psicólogos	57
Total	85

Tabla 2.- Numero global de profesionales clínicos

Programas de adultos

Psiquiatras	198
Psicólogos	127
Total	325

Si, además, nos fijamos en el tiempo de dedicación a los programas Infanto-Juveniles, de psiquiatras y psicólogos, nos encontramos con los datos reflejados en la Tabla 3. Como se puede apreciar 38 profesionales tienen un tiempo de dedicación parcial, es decir un 44% del total. Aclaremos que el tiempo de dedicación (parcial o total), no responde a una específica contratación laboral, sino a la falta de regulación legal de la formación específica de especialistas en niños y adolescentes. Este

vacio legal produce la inespecificidad de las plazas y de los profesionales, que en su mayoría son contratados para los programas de adultos. Dedicando parte de su tiempo asis-

tencial a la atención a niños y adolescentes, sin ninguna reglamentación fija y dependiendo de la presión asistencial (de adultos), de cada distrito.

Tabla 3.- Numero de profesionales y tiempo de dedicación

<i>Dedicación 100%</i>		<i>Dedicación Parcial</i>	
Psiquiatras	15	Psiquiatras	13
Psicólogos	32	Psicólogos	25
Total	47	Total	38

Es importante señalar que estos tiempos de dedicación no son uniformes, ni responden claramente a la necesidad asistencial de los distritos; ya que si nos detenemos en la dis-

tribución de tiempos por equipos nos encontramos con que un 53% de los mismos (más de la mitad), tienen tiempos de dedicación parciales (ver Tabla 4)

Tabla 4.- Distribución del tiempo de dedicación por equipos y profesionales

<i>Dedicación 100% Todos los prof.</i>		<i>Dedicación Parcial Todos los prof.</i>		<i>Ded. 100% y Ded. Parc. Simultánea</i>			
				<i>100% Parcial</i>			
Psiquiatras	13	Psiquiatras	5	Psiquiatras	2	Psiquiatras	8
Psicólogos	16	Psicólogos	24	Psicólogos	16	Psicólogos	1
Total equipos	13	Total equipos	8	Total equipos		7	

Como se puede ver dentro de los equipos que simultanean tiempos totales y parciales, la mayoría de los profesionales a tiempo parcial son psiquiatras: 8, frente a los psicólogos que son 1. Tenemos que añadir, además, que en 5 equipos no hay psiquiatras. El resto de los profesionales asistentes sociales, enfermería, terapeutas ocupacionales y administrativos suelen dedicarse a tiempo parcial en casi todos los servicios y para todos los programas.

La composición de los equipos, según vemos en la Tabla 5, es muy dispar existiendo todo tipo de posibilidades y mostrando,

según nuestro punto de vista, la inexistencia de un modelo que se adapte a las necesidades asistenciales de cada zona. Mas bien parece, que la enorme disparidad encontrada, responde a las necesidades de la atención a los programas de adultos, que son los que marcan en realidad el tiempo de los profesionales que se puede destinar a los programas infanto-juveniles.

No existe una relación clara entre el número de profesionales, su tiempo de dedicación y el porcentaje de población menor de 15 años del distrito, ni tampoco el corte de edad de

atención de los pacientes. En términos generales, se puede apreciar que, cuanto mayor es el número de profesionales, menor es su tiempo de dedicación; o bien aumentan la atención a la población de otro distrito.

Tabla 5.- Composición de los equipos

N	Especialidad	Nº Equipos
1	Psiquiatra	1
1	Psicólogo	1
2	Psicólogos	1
3	Psicólogos	1
2 4	Psiquiatras Psicólogos	1
5	Psicólogos	2
1 3	Psiquiatra Psicólogos	2
2 2	Psiquiatras Psicólogos	2
2 3	Psiquiatras Psicólogos	2
1 2	Psiquiatra Psicólogos	6
1 1	Psiquiatra Psicólogo	9

Hay que considerar además que, en determinados servicios, la demanda asistencial no guarda una relación directa con su población censada, ya que cuentan en su territorio con Residencias de la Comunidad, dependientes de la Consejería de Integración Social, a las que tienen que atender. Esta población suele ser flotante y presenta problemas graves, dado que son menores en situación de tutela, sin familia, víctimas de malos tratos, etc.

Como es fácil imaginar, el hecho de repartir las tareas asistenciales entre el programa infanto-juvenil y los programas de adultos, es una situación difícil de sobrellevar, como referimos anteriormente para la situación esta-

dounidense. Queremos insistir en que ambos campos de trabajo son absolutamente diferentes y requieren, por lo tanto, una formación distinta. Presuponer que los profesionales tienen esa especificidad en ambos campos, no es real más que en contadísimos casos.

REFLEXIONES SOBRE EL MODELO ACTUAL DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

La situación de precariedad en la que se encuentran los programas de S.M. Infanto-Juvenil es evidente, tanto en su cobertura dentro de la red, como en cuanto al número de profesionales, tiempo de dedicación, formación y recursos, punto este sobre el que vamos a abundar a continuación.

Los profesionales de estos programas se tienen que manejar casi exclusivamente con recursos ambulatorios, incluso para los casos más graves. La gravedad de las patologías de niños/as y adolescentes que acceden a la utilización de los servicios requieren recursos, prácticamente inexistentes hasta ahora.

Es de sobra conocida, tanto la inadecuación de los ingresos de menores en las unidades de agudos, como las dificultades para realizarlas, por estar concebidas con criterios de admisión únicamente para adultos. Según estos criterios se consideran algunos trastornos graves, como simples problemas de conducta, o se califican de "niños insoportables" cuando se les evalúa para su ingreso una vez derivados. Tal juicio diagnóstico minusvalora, cuando no anula, la indicación y, por lo tanto, la utilización del recurso para la contención que se requiere.

De la misma manera, los programas específicos de interconsulta hospitalaria para niños/as y adolescentes se pueden considerar claramente deficitarios en su desarrollo y en muchos casos inexistentes, no habiendo profesionales con formación específica para ocuparse de ellos.

Los recursos intermedios específicos para casos graves, como son los centros de día, hospitales de día y unidades psiquiátricas residenciales, son igualmente inexistentes. Únicamente se cuenta, y en ocasiones, con dispositivos residenciales dependientes de los Servicios Sociales, cuyos criterios de admi-

sión, objetivos de trabajo y perfil profesional, varían sustancialmente con respecto a los de Salud Mental (Escudero y, Navarro, 1994).

CONCLUSIONES

Finalmente queremos insistir sobre las cuestiones que nos parecen más urgentes de abordar. Recalcando que son posibles de realizar, en la medida en que la asistencia de niños/as y adolescentes deje de ser un problema que sólo afecta a los profesionales directamente implicados y pase a ser una prioridad más en la atención a la salud mental de la población general, de la que los menores forman parte de pleno derecho, lo cual a veces parece olvidarse.

La edad que atienden los programas infanto-juveniles es crucial, no sólo en su dimensión asistencial sino, lo que es más importante, en cuanto a la prevención para la edad adulta. En este sentido, la rentabilidad de cualquier inversión podría ser mucho mayor a medio y largo plazo.

Se hace imprescindible habilitar recursos hospitalarios específicos para niños/as y adolescentes, que no tienen que ser necesariamente unidades psiquiátricas como en adultos, pero si personal especializado, ubicado en Pediatría, Medicina Interna, servicios materno-infantiles, etc.

Es necesario desarrollar, asimismo, los programas específicos de interconsulta hospitalaria para niños/as y adolescentes.

Es indispensable desarrollar igualmente los recursos intermedios, como centros de día y hospitales de día para casos graves, que son inabordables con los recursos asistenciales ambulatorios con los que contamos hoy en día.

Se deben mejorar los programas de coordinación con los servicios de otras redes que trabajan con la infancia y la adolescencia, como son los Servicios Sociales, Servicios Educativos y Administración de Justicia.

Es imprescindible ampliar al 100% de la red de salud mental los programas infanto-juveniles y habilitar recursos humanos razonablemente suficientes, con tiempo de dedicación total. Haciendo especial hincapié en la incorporación de psiquiatra infantil en todos los equipos. Según los datos recogidos pare-

cería más lógico y rentable, ampliar el tiempo de dedicación hasta llegar al 100%, donde ya hay y no seguir aumentando el número de profesionales con dedicación parcial, tal como se viene haciendo.

Formación específica para el *staff*, en Psiquiatría y Psicología Clínica infantil, por los canales docentes ya establecidos, o bien iniciando otros nuevos, que permitan la actualización de los profesionales. Formación reglada, tanto a nivel teórico como en las rotaciones, para los residentes de Psiquiatría y de Psicología.

En este sentido queremos señalar la necesidad de avanzar en el reconocimiento de las Especialidades de Psiquiatría y Psicología Clínica de niños/as y adolescentes.

Habilitación en cada centro de un espacio físico definido y adaptado a las necesidades de los menores.

Dotación de material psicodiagnóstico y clínico específico y suficiente, y generación de fondos bibliográficos.

Dado que no es necesario añadir mucho más a los datos que ya hemos comentado y que son, por si mismos, bastante elocuentes, solamente reiterar la situación de precariedad en la que se encuentran los programas de salud mental infanto-juvenil, tanto en su cobertura dentro de la red, como en cuanto al número de profesionales, tiempo de dedicación, formación y recursos.

Los que venimos trabajando en ellos desde hace muchos años estábamos convencidos de que estas circunstancias cambiarían, ahora ya no estamos tan seguros. Sin embargo queremos dejar claro que la situación es crítica y si se cronifica, el deterioro puede repercutir en la calidad asistencial que hemos conseguido a costa de mucho trabajo y voluntariedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barber, C.C., Allen, J.G. y Coyne, L. (1992). Optimal Length of Stay in Child and Adolescent Psychiatric Hospitalization: A Study of Clinical Opinion. *American Journal of Orthopsychiatric*, Vol. 62, nº 3, July, pp 458-463.
- Cabaleiro, F. (1990). Situación Actual de la Especialidad de Psiquiatría de Niños y Adolescentes

- en España. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil*, nº 10, Madrid.
- England, M.J. (1992). Building Systems of Care for Youth with Serious Mental Illness. *Hospital and Community Psychiatry*, Vol 43, nº 6, June, pp 630-633.
- Escudero, C., Alvarez, L., Kloppe, S. y Ortega, P. (1995). Programas de Salud Mental Infanto-Juvenil en la Comunidad Autónoma de Madrid. *Informe de la Asociación Madrileña de Salud Mental*. Madrid.
- Escudero, C. y Navarro, A. (1994). El concepto de gravedad en Salud Mental infantil: Aspectos clínicos e interinstitucionales. *Revista Clínica y Salud*, Vol. 5, nº 3, pp 273-280.
- Escudero, C. y Olabarria, B. (1990). Situación Actual y Perspectivas de la Psicología Clínica en España. *Segundo Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*. Valencia.
- Esman, A.H. (1992). Treatment and Services for Adolescents: An Introduction. *Hospital and Community Psychiatry*, Vol 43, nº 6, June, pp 616-617.
- Defensor del Pueblo (1991). Estudio y Recomendaciones del Defensor del Pueblo sobre la situación Jurídica y Asistencial del Enfermo Mental en España. *Defensor del Pueblo*. Madrid.
- G^a-Villanova, F. y Sánchez, A. (1992). Criterios Mínimos de Promoción y Prevención en Salud Mental. *Ministerio de Sanidad y Consumo*. Madrid
- Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985). *Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica*. Madrid.
- Jaffa, T. (1995). Adolescent Psychiatry Services. *British Journal of Psychiatry*, nº 166, pp 306-310.
- Ley General de Sanidad (1986). *BOE 14/1986 de 25 de Abril*.
- Mansilla, P.P. (1986). Reforma Sanitaria. Fundamentos para un Análisis. *Ministerio de Sanidad, Servicio de Publicaciones*. Madrid.
- Pottick, K., Hansell, S., Gutterman, E. y White, H.R., (1995). Factors Associated with Inpatient and Outpatient Treatment for Children and Adolescents with Serious Mental Illness. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol 34, nº 4, Abril, pp 425-433.
- Rafferty, F.T. (1992). The Impact of Public Policy on Services for Adolescents. *Hospital and Community Psychiatry*, June, Vol 43, nº 6, pp 637-639.