

81. LOS DIFERENTES DISPOSITIVOS ASISTENCIALES EN PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL. ROLES, FUNCIONES, ORGANIZACIÓN

Autores: Ángel Ruiz de Pellón Santamaría y Marta Menéndez Gabielles

Coordinador: Javier Palomo Lerchundi
Hospital Universitario Donostia, San Sebastián

PUNTOS CLAVE

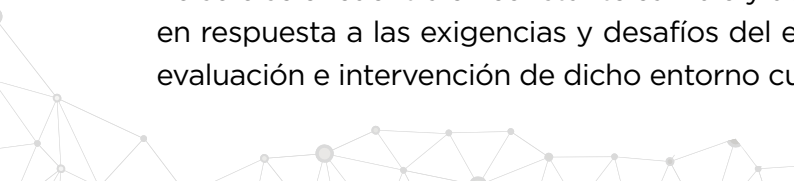
- Para una correcta atención a la salud mental del niño y del adolescente son necesarios recursos humanos y materiales altamente especializados y diferenciados de los correspondientes a adultos. La atención debe ser, además, multidisciplinar y preventiva; promocionando el autocuidado y la atención al medio familiar y escolar en un modelo comunitario.
 - Existen importantes diferencias en la distribución de recursos materiales y humanos para la atención de este colectivo. Son necesarios múltiples dispositivos para detectar y tratar las necesidades de salud mental en los menores, que abarcan desde servicios ambulatorios hasta unidades de hospitalización.
-

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha resaltado la importancia de abordar la salud mental del niño y el adolescente mediante profesionales y recursos especializados diferenciados de los empleados en adultos. En este sentido, es recomendable que el abordaje específico se lleve a cabo en el ámbito comunitario con especial atención a la familia, la escuela y las relaciones con iguales. Si este planteamiento no fuese posible debido a la gravedad del caso o a problemas de manejo ambulatorio y de contención podría ser necesario el uso de programas de hospitalización parcial y/o recursos o unidades hospitalarias, también diferenciados de las de la población adulta. A pesar de las múltiples evidencias que recomiendan este abordaje especializado y poco restrictivo, entre comunidades autónomas existe una amplia heterogeneidad en la atención a la salud mental de la población infantil en lo que se refiere a los recursos disponibles, profesionales, protocolos específicos, organización para la derivación y la atención etc. En éste capítulo se ofrece una descripción de los principales recursos existentes para la atención en salud mental de este grupo de edad en España.

2. LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

En el tratamiento de los niños y adolescentes con problemas de salud mental la atención ha de ser multidisciplinar e implicar tanto al menor como a su entorno familiar, social y educacional. Al encontrarse cada paciente en una etapa específica de desarrollo, el síntoma ha de evaluarse en relación a lo que para esa etapa sería considerado como “normal”. En el menor además, el cerebro no sólo se encuentra en constante cambio y desarrollo sino que presenta una enorme plasticidad en respuesta a las exigencias y desafíos del entorno. Así, es fácil entender la importancia de la evaluación e intervención de dicho entorno cuando hablamos de la atención al menor.



Por otro lado, la intervención no ha de descuidar la vigilancia preventiva del impacto de múltiples factores que pueden alterar el desarrollo normal del niño comprometiendo su futura calidad de vida, su capacidad de adaptación al entorno y en última instancia su independencia. De hecho, está demostrado que una parte importante de los trastornos psiquiátricos observados en la vida adulta tiene su inicio en la infancia o adolescencia. Para cada etapa evolutiva, desde los primeros años hasta la adolescencia, existen estrategias y objetivos terapéuticos específicos. Algunos programas preventivos, aunque costosos han demostrado que pueden resultar a la postre en una reducción del coste global de la intervención y el tratamiento. En cualquier caso, la elevada prevalencia de los trastornos mentales en niños y adolescentes y su impacto negativo sobre el desarrollo de éstos da una idea de la importancia de disponer de una formación especializada y diferenciada de profesionales con respecto a la de los adultos, para esta población.

Con respecto a la influencia del entorno es importante recordar que la demanda de atención suele provenir casi siempre de los familiares o figuras de referencia y no del propio afectado. En este sentido, la capacidad de cuidados, de gestión de la situación y de lectura subjetiva de los síntomas que tenga ese entorno condicionará notablemente la demanda asistencial y la petición de ayuda. Se debe además considerar al menor como un todo, atendiendo a sus necesidades afectivas, sociales, formativas, familiares, etc. y no solo a sus síntomas. Al depender y ser inseparable de su contexto socio-familiar, es especialmente importante que haya una adecuada coordinación y comunicación entre todas las organizaciones y recursos que intervienen en la vida del niño: sanitarios, educativos, sociales, judiciales etc .

Desde la prevención, se suele hacer hincapié en las acciones para el desarrollo de la salud de la infancia y la adolescencia, desde la promoción hasta la rehabilitación, dándose prioridad a las poblaciones más vulnerables. En este contexto, el Comité de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (CDN) recomienda textualmente a los estados “que formulen una política nacional de salud mental infantil que incluya la promoción de la salud mental y el bienestar emocional así como la prevención de los problemas comunes de salud mental en las escuelas y en la atención primaria de la salud, y establezca equipos de profesionales especializados en la salud mental infantil para que atiendan a los niños necesitados en los servicios ambulatorios y hospitalarios”.

3. SITUACIÓN ACTUAL

La atención a la salud mental infanto-juvenil varía en los distintos países en función del grado de desarrollo de los servicios de salud y de los recursos disponibles. En el año 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el informe *Atlas: Child and adolescent Mental health resources* que proporcionó información sobre las diferencias entre países para el desarrollo de programas de salud mental incluyendo políticas, recursos profesionales y de financiación. De este informe se desprendió que existía un déficit generalizado de recursos en varios ámbitos y que éste variaba en función del grado de desarrollo económico y sanitario de los países estudiados.

Una de las conclusiones fundamentales de dicho informe fue que el desarrollo de políticas y programas de salud mental para niños y adolescentes se había quedado atrás con respecto

a los dirigidos a adultos. Las razones para este retraso son varias incluyendo la falta de conocimiento sobre el desarrollo de los trastornos mentales en este periodo evolutivo, la falta de formación, la escasa concienciación sobre esta necesidad, y en algunos países deficiencias financieras y ausencia de recursos profesionales para el desarrollo y ejecución de los programas. El desarrollo de estos servicios es una cuenta pendiente en la mayoría de los países por lo que debe insistirse en la necesidad de promocionarlos.

El modelo biopsicosocial y de continuidad de cuidados requiere de una financiación e inversión en nuevos recursos así como la formación de profesionales y la optimización organizativa de los recursos ya existentes. Por motivos meramente pragmáticos y de extensión, remitimos al lector interesado a la fuente original (Atlas) sobre los datos a nivel mundial y nos centraremos en aquellos provenientes de España y sus diferentes autonomías (CC.AA.), con alguna referencia a países de nuestro entorno.

3.1. EUROPA

Como ya se ha dicho, en la mayoría de los países existe todavía una importante distancia entre las necesidades de atención a estas edades y los recursos asistenciales disponibles. Según el mencionado proyecto Atlas de recursos de Salud Mental de la OMS de 2005, en el momento del estudio casi la cuarta parte de los países de Europa no tenían programas específicos para el menor. Además, el grado de desarrollo y la calidad de los servicios destinados a los jóvenes era significativamente peor que el destinado a los adultos. La provisión de especialistas varía ampliamente no solo entre los países de Europa sino en general en los países industrializados. En otra línea pero igualmente importante, cambios sociales contemporáneos tales como los movimientos migratorios y los cambios en los hábitos de consumo de tóxicos, los modelos de familia, las oportunidades laborales futuras y los estresores sociales inciden en la salud mental de la población y han de ser tenidos en cuenta en el diseño de los planes asistenciales y de promoción de la salud.

3.2. ESPAÑA

La disponibilidad y el grado de desarrollo de los dispositivos de salud mental en niños y adolescentes difiere significativamente entre autonomías. Algunas cuentan con una red consolidada de psiquiatría del niño y el adolescente mientras que otras no ofrecen cobertura completa a todas las necesidades de esta población. Además se observan diferencias tanto en los procesos de admisión, tratamiento y alta de pacientes en los dispositivos como en la existencia y desarrollo de protocolos y programas específicos. Entre estas diferencias destacan:

- **Nivel de cobertura total:** algunas comunidades disponen de una cobertura total respecto a los dispositivos ambulatorios y hospitalarios mientras que en otras es necesario derivar a los pacientes fuera de la comunidad.
- **Edad de asistencia:** en algunas comunidades la edad de asistencia alcanza los 14 años de edad, mientras que en otras, lo hace hasta los 16 o 18 años de edad.
- **Niveles de atención:** por regla general, la asistencia de salud mental a niños y jóvenes se encuentra en un segundo nivel de atención; siendo los pacientes derivados directamente desde atención primaria. En algunas autonomías, la atención se encuentra en el tercer

nivel de asistencia, siendo el paciente atendido inicialmente en atención primaria, y dependiendo de la gravedad o complejidad del caso, derivando a dispositivos de salud mental comunitaria - en primer lugar- y desde estos, a una unidad de salud mental infantil (USMI). Por último, algunas comunidades autónomas disponen de vías alternativas de derivación directa desde otros dispositivos sociales o jurídicos.

- **Unidades de hospitalización:** en las CC.AA. que cuentan con recursos limitados, el ingreso de los pacientes suele realizarse en los servicios de pediatría o de psiquiatría de adultos.
- **Seguimiento tras alta:** dependiendo del caso, se realiza desde atención primaria o desde dispositivos ambulatorios específicos de salud mental infantojuvenil, seleccionándose el dispositivo que mejor se ajuste a las condiciones del paciente en cuestión.
- **Protocolos y programas:** se centran en patologías concretas y ofrecen unas pautas de tratamiento basadas en la evidencia científica. Varían entre comunidades. Algunos ejemplos serían el trastorno del espectro autista, el trastorno de la conducta alimentaria o el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
- **Recursos materiales:** hacen referencia a los dispositivos con los que cuentan los profesionales para el desarrollo de su actividad. Existen tres grandes grupos: dispositivos ambulatorios, hospitales de día y unidades de hospitalización. Los recursos denominados *específicos* son aquellos con instalaciones, personal propio, y funcionamiento independiente de la psiquiatría de adultos. Los recursos *específicos y compartidos* hacen referencia a las instalaciones compartidas con el colectivo de adultos. En este caso, en una misma comunidad pueden encontrarse dispositivos específicos infantiles y juveniles junto con dispositivos que comparten instalaciones con adultos. Los recursos indicados como *compartidos* son aquellos dispositivos no específicos de la red de psiquiatría del niño y el adolescente. Numerosas comunidades autónomas no disponen de unidades propias, por lo que el ingreso de pacientes debe realizarse como se ha comentado previamente, bien en el servicio de pediatría bien en el de psiquiatría de adultos.
- **Grado de cobertura:** los ratios de unidades ambulatorias por 100.000 habitantes no presentan excesivas variaciones al comparar las comunidades autónomas, aunque puede distinguirse un grupo que dispone de un ratio de entre 1 y 2 unidades por 100.000 habitantes, ligeramente inferior al resto y que mantendría valores comprendidos entre las 3 y 4 unidades. Con respecto a los hospitales de día, existe un grupo de CC.AA. con un ratio por 100.000 habitantes significativamente superior al resto. Los ratios de número de camas de hospitalización presentan valores que oscilan entre dos y cinco camas por 100.000 habitantes.
- **Recursos humanos disponibles:** el volumen y ratio de los recursos humanos disponibles permite conocer el grado de atención que recibirán los pacientes y la cobertura que se ofrecerá a la población de referencia. La cuantificación de los psiquiatras y psicólogos clínicos específicos disponibles en las unidades ambulatorias en cada una de las CC. AA. muestra que existen diferencias significativas cuando se analizan los ratios de cada perfil profesional, pues éstos varían sustancialmente.
- **Formación:** pueden diferenciarse cuatro niveles de formación; formación de grado (conocimientos básicos que deben tener los profesionales de este ámbito), posgrado

(máster y doctorado; conocimientos específicos de psiquiatría del niño y el adolescente, tanto a nivel asistencial como científico), formación sanitaria especializada (formación principalmente asistencial y de varios años de duración; no acreditada actualmente) y formación continuada (jornadas, seminarios, cursos de adquisición de habilidades específicas en patologías concretas). Actualmente, la psiquiatría del niño y el adolescente tiene una distribución heterogénea si se analiza la oferta formativa tanto por niveles formativos específicos como por CC.AA., con un amplio margen de mejora en lo que se refiere a su estructuración y consolidación.

Dentro de la U.E., España junto con Rumanía y Estonia forma parte del grupo de tres países en los que aún no existe la especialidad de psiquiatría infanto-juvenil, si bien en estos momentos y en nuestro país se está trabajando para que se establezca definitivamente. En diciembre de 2012, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publicó el Proyecto de Real Decreto para la creación de la especialidad de psiquiatría del niño y el adolescente por el que “se garantizará el derecho de los niños y adolescentes a ser atendidos por médicos especializados en esta etapa de la vida, beneficiándose de una evaluación rigurosa y de medidas y recomendaciones apropiadas a su edad”.

4. DISPOSITIVOS BÁSICOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

El modelo comunitario en que se basa la atención en salud mental infanto-juvenil en nuestro medio está basado en un abordaje biopsicosocial, como queda reflejado en la existencia de diferentes dispositivos que varían en función de las necesidades individualizadas de cada paciente. La tendencia actual es la de facilitar una atención ambulatoria, siendo la unidad de salud infanto-juvenil la referencia básica y clave, acompañada por las unidades de hospitalización breve y otras estructuras intermedias.

4.1. LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

La unidad de salud mental infanto-juvenil (USMI-J) supone el pilar clave en la atención. Consta de un equipo multidisciplinar que tiene como núcleo básico médicos psiquiatras y psicólogos clínicos. Además, suelen estar presentes otros perfiles profesionales como: enfermería, trabajador social, terapeuta ocupacional, pedagogo y personal administrativo. La composición del equipo varía en nuestro país entre las diferentes CC.AA. Asimismo, también existen importantes diferencias entre la disponibilidad de recursos o de tipo organizativo, como ya se ha comentado en apartados anteriores.

Su función es básicamente asistencial, facilitando la evaluación y seguimiento periódico, además de un tratamiento integral, psicoterapéutico y farmacológico del menor. El objetivo fundamental es ofrecer atención ambulatoria a los pacientes que le sean remitidos desde el nivel de atención primaria o desde otros niveles sanitarios. Atenderá las consultas urgentes y proporcionará apoyo y asesoramiento a los equipos de atención primaria y a otros profesionales sanitarios de su área. También, suele realizar labores de coordinación con otros actores de peso para el menor como docentes, servicios sociales, educadores e intervenciones en su medio socio-familiar. Se desarrollan también protocolos y programas de prevención, colaboración con

asociaciones de tipo social o con labor ocupacional. Deben promover la difusión de programas a favor de la salud mental específicos, la formación y evaluación interna continuada y actuar como centro de referencia al que recurrir en caso de urgencia.

4.2. HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL

En un segundo nivel asistencial y en función de las necesidades de cada paciente, con la ventaja fundamental de evitar una situación de ingreso hospitalario, se encuentra la atención en hospital de día infanto-juvenil (HDI-J). Los pacientes que no pueden realizar un seguimiento ambulatorio que garantice una adecuada atención por la gravedad de la clínica, las dificultades de contención en el medio familiar o por la existencia de un importante deterioro funcional pueden beneficiarse de este recurso. Los dispositivos deben tener en cuenta la edad de los pacientes y las necesidades específicas que precisen. El equipo que compone el HDI-J, suele contar con psiquiatra, psicólogos, enfermería, terapeuta ocupacional y profesorado que actúa como enlace con los centros escolares. La derivación suele estar indicada desde el USMI-J o tras alta de unidades de hospitalización breve infanto-juvenil (UHBI-J), para facilitar la reincorporación progresiva al medio socio-familiar. Existen peculiaridades dependiendo del perfil de paciente atendido en el HDI-J, pero suele ser habitual la realización de actividades terapéuticas grupales y otras de inserción social. Se suelen emplear medidas de tipo ocupacional, lúdico y educacional. Estas medidas de perfil rehabilitador pueden ser útiles en pacientes graves y que precisan una atención compleja. En función de si se dispone de personal cualificado, no es inhabitual una psicoterapia de tipo grupal. El HDI-J facilita un contexto para la atención menos restrictivo y más adecuado en pacientes graves que requieren un tratamiento intensivo. Permite al paciente mantenerse en contacto con el medio familiar y su entorno, no interfiere tan groseramente en la formación académica del paciente y evita complicaciones secundarias al internamiento.

En el caso de los recursos en trastornos de la conducta alimentaria, garantiza una ayuda y un correcto cumplimiento en las pautas de nutrición y rehabilitadoras. Estarían contraindicadas para el abordaje en este tipo de recurso otras patologías que cursen con conductas gravemente disruptivas o que impliquen riesgo para el paciente o terceros, abuso activo de tóxicos, trastornos de conducta que impidan la convivencia en espacios o la discapacidad intelectual sin otra clínica asociada.

4.3. HOSPITALIZACIÓN BREVE INFANTO-JUVENIL

Las medidas de hospitalización se reservan para pacientes graves y situaciones de riesgo en las que es necesaria una contención. La necesidad de este recurso ha sido objeto de debate, al considerar que las alteraciones de conducta graves, con frecuencia se producen en el entorno social y familiar, por lo que habría que valorar si la salida de este entorno no supone solo un distanciamiento que no resuelve el conflicto. En cambio, está probado que determinados trastornos mentales requieren ser diagnosticados y tratados en el medio hospitalario y que en muchas ocasiones no es posible otra medida menos restrictiva. Las UHBI-J suelen integrarse en hospitales generales. La falta de este dispositivo en algunas autonomías se compensa con el empleo de camas en las unidades de pediatría de los hospitales. El equipo asistencial de cada unidad cuenta con psiquiatras, psicólogos, terapeuta ocupacional, enfermeras, auxiliares de enfermería, personal administrativo y un trabajador social. Además, se debe garantizar el derecho a la educación de los pacientes, por lo que se suele disponer

también de profesorado. Una peculiaridad es que el personal de enfermería y auxiliares en estas unidades realiza, además de las labores habituales de cuidados, evaluación y actividad asistencial, así como contención y manejo en situaciones de crisis. Tras el alta, la derivación al recurso más adecuado pretende la máxima reintegración posible a su entorno habitual. Como medida intermedia y previa al alta, suelen facilitarse permisos de salida breves con sus familiares o adultos referentes que permitan establecer si se ha producido una estabilización y que esta se observa en diferentes ámbitos. En ocasiones la derivación se produce a HDI-J para que sea más paulatina.

4.4. OTROS DISPOSITIVOS

Existen otros recursos, por lo general, orientados para tratamiento específico de determinadas patologías. Este es el caso de las unidades de trastornos de conducta alimentaria, trastornos del espectro autista, adicciones en adolescentes, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y unidades de primeros episodios psicóticos. Las unidades especializadas permiten, además de generar una asistencia altamente especializada, desarrollar programas de investigación en dichas patologías.

En el caso de trastornos de la conducta graves existen dispositivos desde ámbitos de tipo educativo, social y judicial. En el ámbito socio-sanitario existen centros especializados con educadores y gestión dependientes de los servicios sociales. Dispone de programas de rehabilitación y reinserción para el menor. Se dispone también de centros residenciales con medidas de separación (centros de protección), y en el ámbito de la justicia, recursos (centros de reforma) que intervienen en adolescentes con trastornos de conducta que han cometido un delito y para los que la jurisdicción acuerda esta medida.

Finalmente, en el ámbito de atención más próximo al contexto familiar del paciente, existen tratamientos domiciliarios y de intervención en crisis en domicilio desarrollados a partir del modelo asertivo comunitario. Se trata de equipos formados por psiquiatra, psicólogo, enfermero y trabajador social y de los que se dispone únicamente en algunos territorios.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales.
- Libro blanco de la psiquiatría del niño y del adolescente. Fundación Alicia Koplowitz; 2014. p. 24-61. ➡
- Project Atlas: Database. Geneva, World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence; 2005. ➡
- Proyecto de Real Decreto por el que se regula la troncalidad y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en ciencias de la salud, 11/12/12.
- Saxena S, Belfer M. Atlas: Child and adolescent mental health resources World Psychiatric Association; 2005. ➡ World Psychiatric Association, World health Organization, International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. Atlas, child and adolescent mental health resources. Global concerns: Complications for the future. 2005.
- World Health Organization. Child and adolescent mental health policies and plans. Geneva, 2005. ➡