

# SITUACIÓN ACTUAL DE LA ASISTENCIA EN SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

JAVIER SAN SEBASTIÁN CABASÉS

UNIDAD DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL. UNIVERSIDAD DE ALCALÁ DE HENARES. MADRID

MIEMBRO DE LA JUNTA DIRECTIVA DE A.E.P.I.J.

(ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL)

1. INTRODUCCIÓN. ASPECTOS HISTÓRICOS.—2. ASPECTOS HISTÓRICOS GENERALES DE LA ASISTENCIA EN SALUD MENTAL A NIÑOS Y ADOLESCENTES.—3. ASPECTOS DIFERENCIALES DEL ABORDAJE EN SALUD MENTAL DE ADULTOS Y NIÑOS-ADOLESCENTES.—4. METODOLOGÍA DE TRABAJO EN SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES.—5. LA ASISTENCIA EN SALUD MENTAL A NIÑOS Y ADOLESCENTES EN ESPAÑA. HISTORIA Y SITUACIÓN ACTUAL.—6. ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL EN LA C.A. DE MADRID. DIFICULTADES.—7. DISPOSITIVOS ASISTENCIALES EN LA C.A. DE MADRID. RECURSOS HUMANOS. 7.1. Atención ambulatoria. 7.2. Hospitalización breve. 7.3. Hospitalización parcial.—8. NECESIDADES ASISTENCIALES. RETOS. 8.1. Estructuras y niveles asistenciales. 8.1.1. *Principios generales*. 8.1.2. *Niveles asistenciales*.—9. RETOS EN DOCENCIA. ¡LA ESPECIALIZACIÓN!—10. RETOS EN INVESTIGACIÓN.—11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

## 1. INTRODUCCIÓN. ASPECTOS HISTÓRICOS

La enfermedad mental ha existido desde los orígenes de la humanidad, y esto es así tanto en lo que concierne al adulto como al niño y al adolescente. A lo largo de la historia de la humanidad y de la Medicina, las alteraciones mentales y trastornos psiquiátricos han sufrido un profundo cambio en su frecuencia, en su distribución, en sus aspectos fenomenológicos y en su evolución, pudiendo hablarse en líneas muy generales de dos grandes grupos: aquellos más biológicos y endógenos, de distribución universal y frecuencia poco variable y aquellos otros más condicionados por factores sociales y culturales, cuya frecuencia y distribución varían mucho en función de dichos factores. En respuesta a la realidad de la enfermedad, ya desde los primeros textos de Hipócrates y Galeno hasta nuestros días, la Medicina se ha desarrollado en paralelo a como lo han hecho otras disciplinas humanísticas y científicas. El siglo XX ha sido el período del magno desarrollo de las ciencias y de la tecnología, y una de las consecuencias que este acúmulo de saber ha traído, ha sido la especialización, la subespecialización y la superespecialización, es decir, la restricción del ámbito de los conocimientos abarcados, pues para el científico, el inves-

tigador y el humanista, aún parcelados siguen resultando extensos. Este fenómeno se produjo en la Medicina, que ya en el siglo XVIII tuvo que dividirse en especialidades y entró después en un proceso de subdivisión que se ha hecho aún más patente en los últimos veinte años.

En respuesta a la toma de conciencia de la existencia de aspectos muy distintos entre la psicopatología, el abordaje terapéutico y la estructura de los equipos asistenciales del adulto por una parte y el niño y adolescente por otra, la **Psiquiatría del niño y del adolescente** nació, como tal disciplina, en 1887, año en que se publica el primer texto específico sobre la materia, si bien conocemos múltiples referencias a "enfermedades mentales" de niños y adolescentes desde la Edad Media, habiendo constituido trastornos como el Retraso Mental o la Epilepsia objeto de especulaciones diversas acerca de su origen y tratamiento desde los textos más clásicos. En la medida en que el niño comenzó a ser considerado individuo con derechos en el siglo XVIII, surge el interés por su funcionamiento psicológico, coincidiendo esta etapa con el nacimiento de la Psiquiatría moderna. En el siglo XIX la especialidad se afianza, impulsada en la primera mitad por inquietudes pedagógicas y sociales, e iniciándose en la segunda mitad la etapa científica. Es el Siglo XX el período en que la Psiquiatría del niño y adolescente se ha consolidado como disciplina autónoma, basada en el rigor científico, alimentada por las más modernas tecnologías, con una metodología de trabajo clínico, docente e investigador específica y compleja que requiere un alto nivel de formación. A ello han contribuido corrientes de pensamiento psiquiátrico como el psicoanálisis primero, y más recientemente la Psiquiatría del desarrollo y la Psiquiatría Biológica, sin olvidar la escuela comportamentalista. La han alimentado la Psicología, la Pedagogía, la Pediatría y otras disciplinas que abarcan desde el polo más humanístico y filosófico hasta el más científico y tecnológico. En 1937 se celebró el primer Congreso Internacional de Psiquiatría Infantil, y desde entonces se celebran periódicamente reuniones científicas internacionales, europeas o nacionales, siendo muy elevado el número de asociaciones científicas existentes en el mundo. La especialidad se ha desarrollado tanto en los últimos años que ya se ha iniciado el proceso de subespecialización, de suerte que cada vez existen mayor número de profesionales dedicados exclusivamente a una parcela concreta de la misma (por ejemplo, la Psiquiatría de adolescentes).

La Salud Mental de niños y adolescentes preocupa a las autoridades sanitarias de los países más desarrollados. En el Congreso Mundial de Psiquiatría que se celebró en 1996 en Madrid se afirmó por distintos profesionales en diversos foros que, en Estados Unidos, el primer problema de Salud Pública lo constituye la violencia juvenil. Esta afirmación está publicada y avalada por estudios epidemiológicos rigurosos, y da una idea de cuáles son algunas de las prioridades de los gestores sanitarios en el Siglo XXI. Más recientemente aún, en Francia se está promoviendo una legislación que permita el encarcelamiento de delincuentes a partir de los 15 años.

## **2. ASPECTOS HISTÓRICOS GENERALES DE LA ASISTENCIA EN SALUD MENTAL A NIÑOS Y ADOLESCENTES**

La Especialidad de Psiquiatría de Niños y Adolescentes existe –en algunos casos desde la 1ª mitad del Siglo XX– en todos los países de la Unión Europea (salvo en España) y de la E.F.T.A., así como en la totalidad del resto de los países europeos excepto Albania y Rumanía; en EE.UU., Canadá, Israel, y un largo etcétera. Dentro de la U.E., no existe un reconocimiento oficial de la Especialidad ni en Bélgica ni en Holanda, pero se llevan regularmente a cabo en ambos países programas de formación especializada muy amplios y altamente cualificados.

La Especialidad en Psiquiatría de Niños y Adolescentes existe *como especialidad autónoma o independiente* en la mayoría de los países de la Unión Europea y tiene el mismo rango que cualquier otra especialidad médica.

La Unión Europea de Médicos Especialistas (U.E.M.S.), tras muchos avatares, constituyó en Copenhague (1993) la Monosección de la Especialidad de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes, lo que supuso el reconocimiento explícito y definitivo de la Especialidad. Dicho organismo ha publicado recientemente la normativa, de obligado cumplimiento por parte de los países de la U.E., por la que se debe regir la formación de especialistas, con un programa específico y detallado para el acceso a la titulación, de 5 años de duración.

La duración de la formación especializada en Psiquiatría de Niños y Adolescentes oscila en Europa entre 4 y 7 años post-grado (en Gran Bretaña, Irlanda y Suiza dura 7 años)

La Asistencia sanitaria en Salud Mental y la Psiquiatría del niño y del adolescente constituye hoy día una actividad diferenciada y autónoma en todos los países de la U.E. excepto España, en todos los restantes europeos excepto Albania y Rumanía y en muchos otros occidentales desarrollados. A nivel asistencial existen en dichos países Unidades y Servicios de Salud Mental de niños y adolescentes, tanto a nivel ambulatorio como hospitalario, con autonomía de gestión y organización y su correspondiente equipamiento humano y tecnológico específicos, en estrecho contacto con los médicos y pediatras de cabecera, de cara a detectar precozmente alteraciones, resolverlas y prevenir psicopatología.

Esta *función preventiva* de la Psiquiatría Infantil es de una gran importancia, pues no olvidemos que muchos de los trastornos psiquiátricos del adulto se generan y organizan en edades infantiles cronificándose después y originando demanda asistencial a la que los servicios sanitarios no están en condiciones de responder adecuadamente. Además, el hecho de haber presentado patología psiquiátrica infantil incrementa de forma significativa la posibilidad de presentarla en el adulto. A nivel docente pregraduado, se imparte la materia en las Universidades, como asignatura propia o integrada en la Psiquiatría o Pediatría y existen programas de docencia postgraduado, de manera similar al MIR español o con otras modalidades, que garantizan la adecuada formación de médicos en una materia densa, compleja y fascinante. La investigación no se ha podido desarrollar en sus aspectos biológicos aún con la misma velocidad con que lo ha hecho la Psiquiatría de adultos, debido a problemas metodológicos y legales, pero existe una amplia historia investigadora en Psicología y Psiquiatría infantiles desde el inicio del siglo XX, impulsada por la psicología genética-evolutiva en su inicio, o por los estudios epidemiológicos rigurosos más recientes. Cuestiones como la Depresión infantil, la Hiperquinesia o el Autismo han sido objeto de múltiples investigaciones desde puntos de vista tan dispares como el biológico, el sociológico o el psicodinámico, dando por resultado un gran número de tesis, publicaciones o textos, basados en la más rigurosa aplicación del método científico.

Este auge de la organización y desarrollo de Equipos de Salud Mental para niños y adolescentes tiene varias motivaciones, entre las que caben destacarse:

- Los **profundos cambios que en la Sociedad se han ido produciendo en cuanto a la consideración de la infancia**, que durante siglos fue un sector de población marginado, explotado y sin derecho alguno. En este sentido, la promulgación, en el Siglo XIX de las primeras leyes de protección a la infancia, la creación de UNICEF o la declaración, en 1979, del Año Internacional del Niño supusieron hitos históricos. En tiempos más cercanos, la declaración de 1997, como Año Internacional de la Salud Mental Infanto-juvenil ha sido otro hito que consolida la importancia

de considerar la adecuada asistencia a los aspectos psicológicos y psicopatológicos del niño y adolescente como parte fundamental de cualquier red sanitaria asistencial moderna.

- **El interés que el psiquismo infantil y sus alteraciones ha despertado en la medida en que la ciencia ha dejado de considerarle como un "pequeño adulto" (en ocasiones loco o perverso)** y se ha ido conociendo el enorme potencial psíquico que desde recién nacido el niño tiene, cuán distinto es su funcionamiento al del adulto y cuán complejas son las manifestaciones de sus desajustes o alteraciones, en función de su desarrollo, en los planos psicológico, psicosomático y comportamental, determinante todo ello de una distinta metodología de exploración, evaluación, nosología e investigación.
- **La toma de conciencia, por parte de la sociedad en general, del incremento producido en la prevalencia de determinados trastornos psiquiátricos (o fronterizos) del niño y adolescente**, como el Trastorno de la Conducta (Disocial), los Trastornos de la Conducta Alimentaria, la Depresión, el Trastorno por Consumo de Alcohol y Sustancias Tóxicas, el fracaso escolar y otras alteraciones, que se suponen asociadas al modelo de sociedad occidental actual y a su vez impactan de manera negativa en las familias, estructuras docentes y sanitarias, que se ven en dificultades para dar respuestas adecuadas, dada la complejidad causal y la proporción epidémica de algunas de estas entidades clínicas. Los medios de comunicación nos muestran con frecuencia, con hechos a veces escalofriantes, cómo en los países subdesarrollados el niño continúa siendo objeto de las mayores vejaciones, y en los desarrollados existen elevadas tasas de abuso, maltrato físico y psicológico del que son víctimas y, cada vez con mayor frecuencia, también protagonistas.
- **La pérdida de relevancia de la familia como estructura fundamental de contención y apoyo.**
- **El profundo cambio operado en el funcionamiento de los centros escolares y los planes de estudio**, como consecuencia de leyes que, tardíamente han demostrado escasa eficacia y han promovido excesiva permisividad con paralela pérdida de autoridad por parte del profesorado.
- **El fenómeno creciente de la inmigración**, con la incorporación reciente a nuestra sociedad de un gran número de niños y jóvenes de distintas culturas, razas y religiones, que están en una situación de riesgo en la medida en que tienen que adaptarse a modelos y estructuras muy distintas a las de sus países de origen.

### 3. ASPECTOS DIFERENCIALES DEL ABORDAJE EN SALUD MENTAL DE ADULTOS Y NIÑOS-ADOLESCENTES

El psiquismo infantil y adulto funcionan de manera muy distinta, de manera que el primero, tanto en su vertiente considerable como normal como en la presuntamente patológica, responde a unas características de déficit de estructuración, inestabilidad y evolutividad potencial que no se dan en el adulto. De ahí que resulten distintas las metodologías de trabajo en uno y otro terrenos. Un ejemplo ilustrativo lo constituye la nosología psiquiátrica: El esfuerzo notable realizado en la última década por la OMS y por la APA, en el sentido de consensuar criterios diagnósticos y nomenclatura clínica, ha hecho que las entidades nosológicas del apartado "Trastornos de inicio en la infancia y adolescencia" sean más numerosas y precisas, con descripción de cuadros que anteriormente no se consideraban. Sin embargo, tal esfuerzo de consenso ha supuesto una pérdida de la consideración psicopatológica y fenomenológica de las entidades clínicas, así como una clasificación basada en la sintomatología y cronología, que se aleja

notablemente de lo que sería deseable en psiquiatría I-J. En la consideración clínica de estas edades hay que tener en cuenta muchos más factores influyentes, enfocar los hallazgos desde una óptica más estructural, considerar varios ejes dimensionales incluso en la visión netamente psicopatológica de los trastornos y extremar la cautela antes de hacer diagnósticos definitivos, ya que el niño es un ser en proceso de **cambio y evolución permanentes**.

Así, al explorar al niño, se emplea mucho más tiempo y esfuerzo que al explorar al adulto, pues la detección de alteraciones no se basa exclusivamente en el diálogo, sino prioritariamente en la observación ("hablar con la madre mientras se observa al niño") y en la interpretación de pruebas auxiliares, como puede ser el dibujo o el juego. No olvidemos que el niño, sobre todo el más pequeño, no suele ser capaz de articular un discurso verbal descriptivo de su sintomatología, y con frecuencia se muestra temeroso y poco colaborador, cuando no opositor. **Siempre** debe recabarse información y colaboración de la familia y del entorno escolar y social, no dando prioridad a la presencia de síntomas y relativizando la relevancia de éstos. El síntoma infantil presenta una serie de rasgos que no presenta el del adulto, como son:

1. Evolutividad: muchos síntomas que en el adulto serían claramente patológicos, en el niño son mera expresión de un momento evolutivo.
2. Universalidad: Todos los niños en todos los lugares presentan idénticos síntomas evolutivos.
3. Labilidad e inespecificidad: Los síntomas se presentan, desaparecen, reaparecen, de forma distinta y en distintos planos, (psicológico, psicosomático, comportamental), ante distintos agentes causales, por lo que resulta inadecuado el concepto de síntoma o trastorno, como hecho ya fijo y cristalizado, propio del adulto.
4. Reversibilidad: Con gran facilidad muchos síntomas revierten en corto espacio de tiempo, sin que esto pueda atribuirse al efecto terapéutico de la intervención, sino a factores propios de su potencial de cambio y a la acción de su entorno y/o de su estructura biológica. Puede suceder que, en lugar de desaparecer, el síntoma se haya intercambiado por otro de distinta expresión.
5. Tolerancia Es llamativa la tolerancia del niño ante síntomas que el adulto vivenciaría de manera mucho más desajustada.

Igualmente, los síntomas pueden tener un significado muy distinto en función del momento evolutivo del niño, de tal manera que un síntoma aparentemente banal puede ser indicativo de un trastorno de base severo, y a la inversa.

Todo esto hace que, hoy por hoy, sigamos estando lejanos de una solución al problema de la nosología psiquiátrica I-J, y continúen existiendo grandes discrepancias en terrenos que, en la Psiquiatría de adultos ya están superados. Continúa habiendo clasificaciones que enfocan los trastornos infantiles desde los puntos de vista estructural, etiológico o clínico-descriptivo, y sigue siendo difícil encuadrar los hallazgos sindrómicos en entidades nosológicas existentes en la DSM IV o la CIE 10. Ello dificulta, entre otras cosas, la realización de estudios epidemiológicos multinacionales.

Por otra parte, el niño vive inmerso en una serie de estructuras que día a día determinan de alguna manera su adaptación y su psiquismo, e influyen en él de forma mucho más intensa a como el entorno influye en el adulto, y que hay que considerar a la hora de hacer diagnósticos y pronósticos, así como para hacer planificaciones terapéuticas. Muchas veces no se trabaja con el niño directamente, sino a través de su familia o colegio, que actuarán como agentes terapéuticos más directos.

#### 4. METODOLOGÍA DE TRABAJO EN SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

El hecho de tratar con niños, y no con "pequeños adultos", debe conducir al establecimiento de una metodología que se adapte a lo que se viene describiendo, y no, como hasta ahora se ha hecho mayoritariamente, a extrapolar la metodología que se aplica en el adulto. Eso significa que prácticamente toda la infraestructura asistencial debe ser distinta: desde la ubicación física de los equipos y la distribución del espacio hasta la dotación material y de recursos humanos, que deben asumir funciones distintas y complementarias. En este sentido, **es un requisito fundamental la adecuada formación y especialización de los distintos profesionales integrantes de los equipos**, la jerarquización y coordinación de los mismos, el empleo de un lenguaje común y la ausencia de confrontaciones derivadas de ortodoxias doctrinales excesivas, en un esfuerzo común por el eclecticismo y pragmatismo, al menos de cara al paciente y su entorno.

Prácticamente todas las intervenciones que se dan en la Unidad de Salud Mental son metodológicamente específicas para el niño: La estructura de la anamnesis, la exploración psicopatológica del paciente y su familia, la protocolización asistencial, el lenguaje empleado, las pruebas complementarias empleadas, la sistematización diagnóstica psicopatológica y estructural, la imprescindible valoración, en todos los casos, del **riesgo evolutivo**, la actuación terapéutica individual y familiar, o la intervención en el entorno, casi siempre necesaria cuando no imprescindible. Funciones de prevención primaria (higiene, mejora del medio de vida, sensibilización de la sociedad acerca del niño y sus problemas) secundaria (detección precoz de problemática y tratamiento precoz) y terciaria (tratamiento).

En las Tablas I y II pueden verse las tasas de prevalencia de los más frecuentes trastornos psiquiátricos que se presentan en niños (Tabla I) y adolescentes (Tabla II) .

**TABLA I. TRASTORNOS MÁS FRECUENTES EN EDAD INFANTIL (A.P.A.,1996):**

- 
- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Niños 10% Niñas 2%
  - Trastorno disocial (de la conducta) I: 10% (Proporción 6:1 niños /niñas)
  - Trastorno negativista -desafiante: 6% (Proporción 3:1 niños /niñas)
  - Retraso Mental: 1% a 3% (población general)
  - Trastorno autista: 30-50/100000 (Proporción 3:1 niños /niñas)
  - Trastorno por tics en general: 12% (aprox.)
  - Trastorno de Gilles de La Tourette: 1%-2% (Prop. 3 (10):1 niños /niñas)
  - Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia con fracaso en la maduración: aprox. 1% a 5%
  - Encopresis funcional: 1,5% (Proporción 4:1 niños /niñas)
  - Enuresis funcional: 7-10% niños 3% niñas
  - Trastorno por ansiedad de separación: de 0,6 a 6% (Proporción 2:1 niñas /niños).
  - Mutismo selectivo: 30 a 80 / 100000 (Proporción 2:1 niñas /niños)
  - Trastornos del desarrollo y del aprendizaje: 30% aprox.
  - Trastornos emocionales específicos: 6%(urbano) 3%(rural)
-

**TABLA II. TRASTORNOS MÁS FRECUENTES EN ADOLESCENTES (Diversas fuentes)**


---

- Anorexia nerviosa: 0,5%-2% población general 15%-20% grupos de riesgo 10%-20% poblaciones clínicas concretas	(Proporción 9:1 chicas /chicos)
- Bulimia Nerviosa: 1%-20% población general hasta 30% grupos de riesgo	
- Depresión Mayor: 1%-7% (Proporción 2:1 chicos / chicas hasta la adolescencia intermedia y 2:1 chicas /chicos en adolescencia tardía)	
- Distimia: 1%-4%	
- Trastorno depresivo en general : 5%-33% en poblaciones clínicas	
- Psicosis (incluida Esquizofrenia) : No datos fiables	
- T.O.C. y Trastornos por ansiedad : No datos fiables	

---

## 5. LA ASISTENCIA EN SALUD MENTAL A NIÑOS Y ADOLESCENTES EN ESPAÑA. HISTORIA Y SITUACIÓN ACTUAL

Puede considerarse a nuestro país como uno de los pioneros de la pedagogía y la psicopedagogía de niños. Figuras como la de Juan Luis Vives, en el siglo XV, del navarro Huarte de San Juan o de San José de Calasanz constituyen un reflejo de la obra hispánica educativa en los siglos XV y XVI, a cargo de instituciones religiosas fundamentalmente. Posteriormente, la Ilustración y la creación de la Institución Libre de Enseñanza deslindaron los aspectos religiosos de los puramente pedagógicos. En la obra de los pedagogos y en la de los reeducadores, como Ponce de León o Juan Pablo Bonet, se percibe una profunda inquietud por el trasfondo psicológico de los niños y sus alteraciones. A partir del siglo XIX dejó de considerarse la "anormalidad" del niño exclusivamente desde la óptica del aprendizaje y enfoque escolar, si bien las iniciativas para la asistencia a niños "difíciles" siguió partiendo del campo de la pedagogía. En 1909 se establece la primera disposición legal que considera la "pedagogía de anormales" y se crea también, en 1910, el patronato de otros minusválidos físicos. La primera mitad del siglo XX supone el desarrollo de inquietudes puntuales y esporádicas hacia la infancia desajustada psíquicamente. Francisco Pereira, maestro de la Escuela Nacional de Parla, fundador de la revista "La infancia anormal", que se publicó desde 1907 hasta 1935, denunciaba amargamente en 1935 el nulo interés que para los maestros, médicos, administradores y políticos, igual monárquicos que republicanos o de la dictadura suscitaba lo que él llamaba la "desgracia mental infantil". También el primer texto sobre la materia, titulado "Compendio de Psiquiatría Infantil", editado en Barcelona en 1907, fue obra de un maestro, Augusto Vidal Pereira, en tanto que la proporción de trabajos y artículos en revistas científicas escritos por psiquiatras era escasisima. Desde esos tiempos pioneros hasta la década de los setenta la organización asistencial ha estado dedicada sobre todo a la acogida de deficientes mentales, y al establecimiento de planes de educación especial en el ámbito escolar.

Resultaría incompleta esta revisión histórica sin la mención de los psiquiatras Mira López, como creador de los primeros centros específicos, Folch I Torres como pionero en la investigación de los trastornos asociados a problemas pedagógicos y sociales, Mendiguchía, como director del primer Hospital Psiquiátrico infantil (Fray Bernardino) y autor del segundo texto específico "Tratado de Psiquiatría Infanto-Juvenil" en lengua castellana; Folch I Camarasa, creador de la actual Asociación Española de Psiquiatría Infanto-

Juvenil, en 1952; Prieto, directora de la primera Unidad paidopsiquiátrica, en el Hospital La Paz de Madrid y Ajuriaguerra, brillante exponente de lo que supuso la obra de algunos profesionales obligados a emigrar por circunstancias políticas o por las escasas perspectivas profesionales que nuestro país les brindaba.

A pesar de que surgieron varias asociaciones científicas paidopsiquiátricas, y se han publicado textos y revistas diversas sobre la materia, nunca ha habido en nuestro país iniciativas serias para el establecimiento de una red asistencial en condiciones de dar respuesta a los múltiples problemas que la salud mental del niño plantea. En los años 50 se creó en nuestro país el PANAP, que puso en marcha 55 Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica (uno por provincia). El organismo del que dependieron posteriormente, AISNA, fue después transferido a las comunidades autónomas. Dichos centros contaban, en teoría, con un médico-director, un médico-ayudante, un psicólogo, un asistente social, un ATS y un auxiliar administrativo, con jornada laboral de 4 horas. No siendo centros específicamente infantiles, sí asumían de algún modo dicha asistencia, si bien es cierto que su función se limitaba, en la mayoría de los casos, a cuantificar niveles intelectuales en casos de retraso mental, con vistas a la prestación económica familiar. Además, se crearon 4 hospitales psiquiátricos específicamente infantiles: El Instituto Médico-Pedagógico Fray Bernardino de Madrid, con 250 plazas, que dependía de la antigua dirección general de Sanidad; el I.M.P. Rodríguez de Miguel, de Zamora, con 250 plazas; el I.M.P. El Pinar, de Tuel, con 376 plazas y el Sanatorio Psiquiátrico Infantil La Atalaya, de Ciudad Real, con 350 plazas. La mayoría de estos centros se dedicaban a albergar casos de retrasos mentales de cierta severidad, o retrasos generalizados del desarrollo. Por otra parte, existían alrededor de 25 consultas externas paidopsiquiátricas, adscritas a servicios de psiquiatría general en hospitales generales, clínicos y fundaciones. Igualmente existían 3 ó 4 secciones de psiquiatría infantil, con funcionamiento autónomo, en clínicas infantiles de complejos hospitalarios de la S.S. En general, dicha asistencia respondía a iniciativas puntuales, muchas veces promovidas por pediatras, pero sin rango organizativo oficial ni dotación de personal adecuadamente formado, con escasez de recursos y la amenaza permanente de transformación o cese de actividades.

El desarrollo autonómico y los cambios políticos acontecidos en los años 80 y 90 supusieron tres fenómenos que afectaron a la asistencia en Salud Mental infanto-juvenil:

1. La transferencia de la antigua AISNA y de la mayoría de las competencias en Salud Mental a las comunidades autónomas, es decir, la autonomía política y organizativa de las comunidades a este nivel. También el INSALUD ha sido transferido, de forma progresiva a las CC.AA., habiéndose ultimado dicho proceso en fechas recientes. En la actualidad la C.A. de Madrid tiene asumidas todas las competencias sanitarias.
2. La reforma psiquiátrica puesta en marcha en 1985, con la utópica desinstitucionalización, la mayor parte de la veces salvaje, que supuso el cierre de los hospitales psiquiátricos, entre ellos de los 4 específicamente infantiles, sin haber provisionado antes de recursos en infraestructuras sociales, económicas y de personal a los pacientes usuarios, lo que supuso un grave perjuicio para ellos y sus familias. Además, se implantó, bajo influencias claramente políticas, en muchas C.A. el modelo de Salud Mental Comunitaria, que supuso la consideración del enfermo psíquico desde una óptica mucho más social que médica en muchos casos, dado el sectarismo de bastantes gestores responsables en varias C.A. de dicha reforma. Todavía se padecen algunas consecuencias de la aplicación de ese modelo en algunas zonas. La posibilidad de ingreso psiquiátrico en Unidades de Hospital General, alternativa óptima que suponía el cese de la marginación del en-

fermo psíquico contemplada en la Ley de Sanidad de 1985, se limitó a la creación de algunas Unidades piloto (como el Hospital Ramón y Cajal) y al mantenimiento de camas de Psiquiatría en los hospitales clínicos universitarios.

3. La asistencia a Salud Mental de niños y adolescentes, contemplada en la LGS y en la Reforma Psiquiátrica no avanzó prácticamente nada en estos años, y menos aún de forma homogénea en el Estado. Todos los planteamientos quedaron en una mera declaración de principios generales, pero vacíos de contenidos. Como ejemplo de ésto, puede mencionarse la cuestión de las toxicomanías, que merecieron, como programa, la misma atención que los programas de atención a la infancia, sólo que con dotación presupuestaria, a diferencia de estos últimos. Aparte de simplismo, falta de sensibilidad, excesiva trivialización y absoluta ignorancia de lo que es el psiquismo infantil, los políticos, administradores y gestores demostraron con esta actitud una notable falta de perspectiva incluso económica en su gestión, pues **puede demostrarse que una correcta gestión en Salud Mental de niños y adolescentes tiene una acción preventiva que a corto, medio y largo plazo ahorraría mucho gasto sanitario al evitar morbilidad psiquiátrica adulta y cronicidad**. Una vez más, la prevención quedó relegada a un segundo plano. En la realidad, la mayoría de la asistencia sigue estando a cargo de profesionales que trabajan a tiempo parcial en asistencia a adultos y niños, sin cualificación en Psiquiatría-Psicología Infanto-Juvenil, en el contexto de Centros de Salud Mental de adultos, con programas de atención a niños y adolescentes surgidos muchas veces no de una planificación previa sino de una demanda asistencial apremiante y preocupante (caso de los adolescentes).

Estos tres fenómenos supusieron, por una parte, el incremento de las desigualdades entre unas comunidades y otras, y por otra parte, una generalizada disminución de los recursos disponibles para diagnosticar, tratar y prevenir trastornos psiquiátricos infanto-juveniles. Además, no se avanzó nada ni en el afianzamiento de los profesionales dedicados a la asistencia ni en el establecimiento de programas de formación, por no mencionar la inexistente investigación.

Por iniciativa de las dos principales asociaciones científicas (AEPIJ y SEPYPNA), y después de numerosas gestiones, la Administración llevó a cabo en los últimos años las siguientes iniciativas:

- Elaboración de un programa de capacitación específica por parte de la Comisión Nacional para la Especialidad de Psiquiatría. Este Programa fue aprobado por la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación (Resolución de 15 de julio de 1986). Sin embargo, esta medida ha sido inoperante, entre otras cosas, porque no se había previsto la homologación de los profesionales que se habían cualificado por su cuenta.
- Aprobación por parte de la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados de una disposición no de ley sobre el reconocimiento de la Especialidad Médica de Psiquiatría Infantil.
- Desarrollo de un Proyecto sobre Áreas de Capacitación Específica incluida la capacitación en Psiquiatría Infantil por parte del Consejo Nacional de Especialidades Médicas.

A fecha de hoy, ninguna de estas iniciativas se ha plasmado en nada concreto, y la especialización sigue en el limbo por razones desconocidas. Tal vez la normativa europea imponga finalmente algún día un poco de racionalidad.

En nuestro país el panorama de la situación asistencial en Salud Mental de niños y adolescentes continúa siendo desalentador. En unas jornadas que organizamos en el Hospital Ramón y Cajal, en 1995, sobre "Modelos asistenciales en Salud Mental de niños y adolescentes", a las que acudieron como ponentes en tres mesas redondas los profesionales de ésta área más cualificados y expertos, representando a 12 comunidades autónomas españolas, se pusieron de manifiesto las siguientes realidades:

1. Existía una gran desigualdad de recursos entre unas y otras CC.AA. Así, mientras en Cataluña o el País Vasco (en menor medida) la asistencia estaba bien dotada de recursos, organizada y coordinada, en Castilla León, Castilla La Mancha, Madrid, Cantabria, Aragón, Canarias, Baleares, La Rioja y una mayoría de CC.AA., los recursos eran dispersos y extremadamente escasos, con bastantes provincias que no disponían de ningún profesional dedicado a este área. En otras CC.AA. como Andalucía, Asturias, Murcia, Navarra o Galicia al menos se detectaba voluntad y planificación en el sentido de desarrollar una red asistencial en condiciones, siendo los modelos, no obstante, muy distintos en unas y otras CC.AA.. Los recursos, por otra parte, dependían de muchas administraciones e instituciones distintas (CC.AA. y consejerías distintas, como sanidad, educación o asuntos sociales; Ayuntamientos, INSALUD, ministerios distintos de la administración central, instituciones privadas y fundaciones etc) escasamente coordinados entre sí, lo cual suponía en ocasiones un solapamiento de funciones en lugar de una suplementación de las mismas, con el consiguiente derroche de los recursos. Al no existir, por otra parte, ni una normativa de rango superior ni un modelo establecido y unívoco, la organización de servicios se dejaba a la iniciativa de personas de ideología y formación muy dispares, con empleo de técnicas e incluso de lenguaje escasamente homogéneos, lo que perjudicaba claramente la calidad de los servicios prestados y dificultaba la labor de investigación epidemiológica.
2. El número de médicos y profesionales adecuadamente formados, en el plano teórico y práctico, en psiquiatría, psicología y psicoterapia de la infancia y adolescencia era y sigue siendo muy escaso.
3. Existían y siguen existiendo muy pocos programas específicos asistenciales con una exposición de objetivos, recursos dedicados al cumplimiento de los mismos, evaluación del grado de dicho cumplimiento, jerarquización y coordinación de equipos asistenciales y aprovechamiento de los recursos existentes en otras estructuras de la red sanitaria y educativa pública y privada.
4. Aún no está reconocida la especialidad en Psiquiatría Infanto-juvenil como tal, a pesar de que el Parlamento la reconoció en su día como "área específica de conocimientos". Hace ya cinco años que dicho reconocimiento se debía de haber traducido en la creación de la ACE (área de capacitación específica) de Psiquiatría Infanto-Juvenil, pero diversos acontecimientos vienen demorando dicha medida, con grave perjuicio para los usuarios y los profesionales, además de no cumplirse la normativa europea al respecto. Curiosa paradoja ésta en un país en el que existen cinco asociaciones científicas (tres nacionales y dos autonómicas), tres secciones de otras tantas asociaciones científicas, todas ellas específicamente paidopsiquiátricas, así como una Cátedra de una especialidad oficialmente inexistente!. Los programas de formación de especialistas no existen y la docencia en Psiquiatría Infantil del futuro Psiquiatra o Pediatra es claramente insuficiente. Así, en la mayoría de Universidades, toda la formación del futuro médico en esta disciplina se limita a dos o tres temas del temario de Psiquiatría, y a ninguno del de Pediatría. En el programa docente MIR de psiquiatras, toda su formación en Psiquiatría I-J se reduce a la rotación obligatoria de cuatro meses en la correspondiente Unidad, sin sesiones bibliográficas o clí-

nicas, o programa docente específico. En este sentido también se retrocedió, pues en la ley de especialidades de 1978 se contemplaba la posibilidad de especialización en Psiquiatría Infantil, como subespecialidad de la Psiquiatría y se contemplaba en el programa MIR un período de formación de 4 años, con 2 años en psiquiatría general y los 2 últimos en Psiquiatría infantil, pormenorizándose al detalle el tipo de formación teórica y práctica requerida al futuro especialista (aún cuando lo fuera sólo a título operativo).

5. No existían, salvo escasísimas excepciones (Cataluña), unidades de internamiento psiquiátrico para niños y adolescentes que atendieran las cada vez más frecuentes necesidades asistenciales de este tipo. Así, el necesario ingreso psiquiátrico en trastornos graves, como psicosis, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos alimentarios y otras patologías, debían hacerse en unidades pediátricas, con el conflicto que ello supone, y siempre que los servicios pediátricos accedieran a "prestar" camas, o bien en unidades psiquiátricas de adultos, en las que los niños conviven con adultos psicóticos, toxicómanos, afectados de demencias, en condiciones absolutamente inadecuadas.
6. Cada vez son más frecuentes los problemas de tipo legal que conciernen a estas poblaciones, desde responsabilidades ante un intento suicida grave hasta conflictos de custodia en caso de divorcio parental, pasando por responsabilidades penales o civiles de menores de edad con comportamiento delictivo o predelictivo individual o grupal. Las autoridades judiciales muchas veces demandan actuaciones asistenciales simplemente imposibles de cumplir, con tratamientos a cargo de profesionales inexistentes o internamientos en unidades inexistentes. Mención especial debe hacerse al cada vez más frecuentemente detectado problema del maltrato físico y psicológico del que son víctimas niños y adolescentes, en el ámbito familiar y también en el ámbito escolar e institucional, en la mayoría de casos por parte de los adultos, pero también, de forma creciente, por parte de otros niños y adolescentes. ¿Qué respuesta dar ante estos problemas, con estos medios?
7. Todo ésto contrasta con la realidad del notable incremento de la psicopatología en niños y adolescentes (fenómeno no sólo español, sino propio del mundo desarrollado), en el contexto de unas estructuras sociales que contribuyen no sólo a éste incremento sino también a una mayor complejidad de los trastornos y de su abordaje. Es muy difícil la realización de estudios epidemiológicos rigurosos en población general, sobre prevalencia e incidencia de trastornos psiquiátricos en estas poblaciones, y de hecho no existen cifras fiables, salvo de algunas patologías. Pero algunas tasas sí conocidas, como la de fracaso escolar (superior al 50% en el nivel antiguo BUP y próxima al 70% en FP), o la de consumo excesivo de alcohol con patrón de "fin de semana" (próxima al 50% en la franja de edades entre 15 y 18 años), o bien el evidente incremento de actos violentos contra personas y objetos a cargo de adolescentes, son indicadores empíricos o precisos de que algo está fallando en el funcionamiento psicológico y social de nuestra infancia y juventud.
8. Existe, eso sí, una gran dosis de buena voluntad y competencia en muchos profesionales dedicados a esta labor pero también la consciencia de ser "la hermanita pobre (tratamos niños y adolescentes) de la hermanita pobre (tratamos problemas psíquicos) de la Sanidad Pública".

## 6. ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL EN LA C.A. DE MADRID. DIFICULTADES

La asistencia en Salud Mental de niños y adolescentes en la Comunidad Autónoma de Madrid ha dependido históricamente de tres organismos o administraciones: El INSALUD, la Consejería de Sanidad

de la C.A. (Servicio Regional de Saul) y el Ayuntamiento. Otras Consejerías, como Asuntos Sociales o Educación han tenido también dispositivos que son utilizados para diversos fines. Ya hemos mencionado cómo la antigua AISNA fue transferida a las CC.AA., desapareciendo los Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica y el Hospital Psiquiátrico Infantil Fray Bernardino, dispositivos que en su día fueron realmente exponentes de una asistencia diferenciada a la población de menores. Por otra parte, el sector privado dispone de recursos que en ocasiones se aprovechan a través de conciertos y otras no, sobre todo en el terreno de la psicopedagogía y de la educación especial. Durante años se han desaprovechado muchos recursos dependientes de distintos ámbitos y, en sentido inverso, se han solapado intervenciones por mala organización y mala información al profesional, habiéndose hecho necesaria la existencia de un organismo que centralice y gestione la totalidad de los dispositivos, que conozca con precisión de qué personal cualificado se dispone, que planifique racionalmente la asistencia y que propicie una mayor dotación en infraestructuras, recursos materiales y humanos, dadas las grandes carencias existentes en la actualidad. Una vez transferido el INSALUD a la C.A., persiste todavía la existencia de los C.A.I. (dependientes del Ayuntamiento), de los C.A.D. (dependientes del programa nacional de drogas), y de otros dispositivos, más o menos coordinados con el resto del área asistencial.

La asistencia está sectorizada por áreas asistenciales (número de habitantes entre 200.000 y 250.000 en teoría), siendo el total de éstas 11. Cada área abarca un número determinado de distritos, en cada uno de los cuales existe un Servicio de Salud Mental de Distrito, eje de la asistencia especializada, que puede ser monográfico o estar integrado en un Centro de Salud o de especialidades. Cada área sanitaria dispone de un hospital de referencia, para derivación de casos graves, cirugía mayor o ingreso de pacientes, con su correspondiente Servicio de Psiquiatría.

Cada Servicio de Distrito tiene una dotación variable de recursos humanos, estructura dos como equipos multidisciplinarios. En general cada equipo debe disponer al menos de 1 Psiquiatra, 1 psicólogo, personal de enfermería y personal administrativo.

La asistencia a niños y adolescentes abarca las edades comprendidas entre los 0 y los 18 años (exclusiva). Hasta ahora, y en la actualidad, dicha asistencia no está establecida como una actividad claramente diferenciada de la que se presta a los adultos, ni en cuanto a dotación de espacio, ni infraestructuras, tampoco de recursos materiales, y, lo que es más grave, no se dispone de equipos profesionales que, estructurados como tales, se hagan cargo específicamente de las funciones de diagnóstico, tratamiento y prevención en salud mental de niños y adolescentes. En este sentido, existe una gran diferencia entre las dotaciones de personal entre unos y otros distritos, así como en la cualificación y experiencia entre profesionales. En una notable cantidad de servicios, cada vez menor ciertamente, quienes asumen las funciones asistenciales son psicólogos, a tiempo parcial o total, por escasez de psiquiatras formados adecuadamente, asumiendo los psiquiatras de adultos determinadas funciones complementarias, sobre todo en los tratamientos. En la mayoría de los servicios existen profesionales formados en Psiquiatría, con experiencia en niños y adolescentes, que se hacen cargo de la asistencia a estas poblaciones, pero habitualmente a tiempo parcial, dedicando a esta función una parte de su horario y la otra al trabajo con adultos. Por otra parte, al no existir una normativa específica al respecto, las intervenciones con niños se miden con los mismos parámetros de calidad asistencial y eficiencia que las que tienen al adulto como usuario. Al no existir equipos específicos tampoco existe jerarquización de los mismos, objetivos asistenciales claros, planificación y metodología homogéneas, "lenguaje" nosológico común (las discrepancias interescolas son más evidentes en el terreno infanto-juvenil), estadísticas fiables, posibilidad de investigación epidemiológica básica, posibilidad de trabajo con arreglo a protocolos y guías clínicas previamen-

te establecidos etc. La impresión es que cada profesional trabaja con arreglo a sus propias posibilidades y formación, de manera muy distinta en unos y otros servicios y centros, asumiendo competencias que en ocasiones le desbordan y sin tener posibilidades claras de derivación en caso de dificultades diversas. Tampoco existe un claro modelo asistencial, subsistiendo en distintos dispositivos el “modelo sociocomunitario”, con intervenciones indistintas a cargo de psicólogos o psiquiatras, tomas de decisiones “en equipo” y pérdida de una perspectiva médica del paciente, lo cual margina a éste, considerándose una vez más las alteraciones de la salud mental como algo radicalmente distinto a otras patologías. La no existencia de la especialidad ha propiciado, por último, que médicos con formación de pediatras o psiquiatras ejerzan las mismas funciones, habiéndose dado casos de profesionales altamente cualificados y con amplia experiencia en Psiquiatría de niños y adolescentes, que se ven obligados a ejercer como pediatras o como psiquiatras de adultos exclusivamente. Recientemente han surgido casos en los que ha sido necesaria la intervención de la autoridad judicial y de la comisión deontológica del Colegio de Médicos, por presunto “intrusismo profesional” (intervenciones diagnósticas y terapéuticas de psicólogo en lugar del psiquiatra infanto-juvenil).

En cada área sanitaria existe un “Programa de atención en Salud Mental al niño y adolescente”, coordinado por un responsable que a su vez está supervisado por el coordinador del área. Con distinta periodicidad se producen reuniones de todos los integrantes de los equipos y poco a poco se van estableciendo algunos objetivos. En dichas reuniones se echa en falta, no obstante, la existencia de una planificación con arreglo a modelo médico uniforme y válido para todas las áreas y distritos. No están claramente definidas las competencias y responsabilidades de cada profesional y tampoco existe una jerarquización en la toma de decisiones y asunción de responsabilidades. El lenguaje empleado y la metodología de trabajo también son muy distintas entre unos y otros profesionales, con independencia de su titulación, pues son cuestiones que sobre todo dependen de la formación teórica de cada cual. Esto lleva a situaciones en las que, hablando de un mismo paciente pueden emplearse distintos diagnósticos y sugerirse tratamientos muy distintos, todo ello en función de la procedencia “de escuela” de los profesionales. Otra consecuencia de la manera rígida de abordaje que imponen determinadas “orientaciones” es la imposibilidad de seguimiento de pacientes por parte de un equipo cuando antes habían sido evaluados por otro, o bien la inadecuada derivación de pacientes.

La coordinación entre los dispositivos de distrito y los de hospitales es, a su vez, muy variable, en ocasiones fluida y en otras inexistente, desaprovechándose no infrecuentemente la gran capacidad que tienen los hospitales para la profundización en el diagnóstico diferencial, la evaluación de pacientes difíciles por otros especialistas o el tratamiento en condiciones de mayor seguridad de los menores. Esta es otra consecuencia de la inexistencia de un modelo claramente médico en la asistencia a la que nos referimos.

La organización asistencial en los hospitales públicos es, a su vez, muy variable en función de distintas circunstancias, como son la cantidad de profesionales y su cualificación, la estructura de los equipos, la organización de los servicios ( Pediatría, Psiquiatría), las relaciones interservicios intraservicio o la procedencia de escuela de los profesionales. En todos los hospitales de la red hay profesionales de la psiquiatría infanto-juvenil, algunos procedentes de la pediatría, otros de la psiquiatría, que atienden Consulta Externa, pacientes hospitalizados y ejercen de consultores con servicios pediátricos, con arreglo al modelo de la Psiquiatría de Enlace. En la mayoría de hospitales no existe ningún equipo paidopsiquiátrico, siendo la escasez de recursos humanos y materiales ciertamente notable, lo cual imposibilita el establecimiento de los imprescindibles programas de Enlace para la asistencia de pacientes con enfermedades crónicas, ingresados en unidades especiales, en situación de riesgo, etc.

## 7. DISPOSITIVOS ASISTENCIALES EN LA C.A. DE MADRID. RECURSOS HUMANOS

Según el último censo realizado en la Comunidad de Madrid (año 1996) existen 1.002.679 habitantes menores de 18 años. Esta población se concentra en su mayor parte en los municipios de los alrededores de la capital, con una menor presencia en ésta y en la zona rural, lo contrario de lo que sucede con la población adulta.

Los distritos que tienen un **mayor** número de niños y adolescentes son los siguientes:

- Vallecas (57.518 habitantes menores de 18 años)
- Fuenlabrada (55.905 habitantes menores de 18 años)
- Móstoles (55.471 habitantes menores de 18 años)
- Majadahonda (45.155 habitantes menores de 18 años)
- Alcalá de Henares (43.825 habitantes menores de 18 años)

Los distritos que tienen un **menor** número de niños y adolescentes son los siguientes:

- Barajas (7.098 habitantes menores de 18 años)
- Navalcarnero (13.496 habitantes menores de 18 años)
- Centro (14.743 habitantes menores de 18 años)
- Moncloa (16.242 habitantes menores de 18 años)
- Arganzuela (18.390 habitantes menores de 18 años)

Según un informe de la OMS se estima que aproximadamente el 5-15% de la población infantil presenta trastornos psicológicos irreversibles o que afectan gravemente a la vida social del niño. Así, se estima que entre un 7 y un 25% de los preadolescentes y entre un 8 y un 21% de los adolescentes presentan trastornos mentales.

Tanto el niño como el adolescente expresan su sufrimiento psíquico de una manera diferente a como lo hacen los adultos, de ahí la necesidad de desarrollar programas específicos de atención a esta población y que los profesionales que les atiendan tengan una formación también específica.

La peculiar forma de ser y estar de los niños en su medio familiar, social y escolar hacen imprescindible la coordinación con el resto de las instituciones de atención a la infancia, ya sean los Equipos de Atención Primaria, los profesionales de la Atención Especializada, los Servicios Sociales, los Servicios Educativos y el Sistema Judicial.

En la Comunidad de Madrid, como ha sucedido en otras Comunidades Autónomas, la atención a la salud mental de los niños y adolescentes ha tenido un desarrollo menor que la de la población adulta y solamente en los últimos años ha sido posible disponer de algún tipo de recurso (hospital de día, unidad de hospitalización breve).

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha mantenido desde el año 1988 diversos Convenios de Colaboración en materia de atención psiquiátrica con el Insalud de Madrid y el Ayuntamiento de Madrid, en virtud de los cuales se creó una Red Funcional de Servicios Integrados pertenecientes a las tres Administraciones citadas.

A partir de la entrada en vigor de la Ley 12 / 2001, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, los recursos del Insalud se transfieren a la administración regional, mientras que los recursos del

Ayuntamiento de la capital mantienen su dependencia. La planificación y gestión de la atención psiquiátrica se encuentra inmersa en este período de cambio que afecta al resto de la atención sanitaria.

Por lo que respecta a la atención a los menores ésta se presta a través del Programa de Atención a Niños y Adolescentes que es uno de los programas asistenciales definidos por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y en el que se contempla tanto la atención ambulatoria como la hospitalaria y se prevé la realización de actividades de Docencia y de Formación Continuada, así como actividades de Investigación.

Durante los últimos años este Programa ha tenido una consideración prioritaria por parte del Departamento de Salud Mental, lo que ha permitido mejorar la dotación de recursos, que antes no existían, destinados a la atención de esta población

A continuación se presenta un resumen de los recursos que están destinados a la atención de esta población y la actividad asistencial desarrollada:

### 7.1. Atención ambulatoria

A lo largo de los últimos años el Programa de atención a niños y adolescentes ha sido uno de los prioritarios en las diferentes áreas sanitarias, de tal forma que la asistencia a los menores está garantizada en los 35 distritos de la Comunidad de Madrid. Asimismo, las instalaciones y el equipamiento de los diferentes servicios se ha mejorado (dotación de archivos, mobiliario, corrección de barreras arquitectónicas, etc.). En todos los dispositivos de nueva creación (y en bastantes de los antiguos) disponen de una zona diferenciada para la atención de los menores (salas de consulta y de zonas de espera específicas). No obstante la buena voluntad demostrada en estos años, todo lo realizado es altamente insuficiente, si bien es cierto que el problema de origen (la ausencia de especialidad) escapa a las competencias de la C.A.

La actividad asistencial, agrupada por Áreas Sanitarias, desarrollada durante el año 2001 ha sido la siguiente:

ÁREAS	ASISTENCIAS REALIZADAS	CASOS TRATADOS	CASOS NUEVOS	ALTAS	NUEVOS / CASOS	ALTAS /CASOS	DIFERENCIA
1	5.932	1.275	653	196	0,51	0,15	0,36
2	3.876	725	378	300	0,52	0,41	0,11
3 <sup>1</sup>	4.970	1.028	502	227	0,49	0,22	0,27
4	3.697	671	391	208	0,58	0,31	0,27
5 <sup>2</sup>	3.568	792	522	59	0,66	0,07	0,58
6	2.554	562	339	43	0,60	0,08	0,53
7 <sup>3</sup>	604	180	120	8	0,67	0,04	0,62
8	6.336	1.125	581	226	0,52	0,20	0,32
9	6.253	1.269	535	687	0,52	0,54	-0,12
10	3.901	593	329	246	0,55	0,41	0,14
11 <sup>4</sup>	7.162	1.547	903	357	0,58	0,23	0,35
<b>TOTAL<sup>5</sup></b>	<b>48.853</b>	<b>9.767</b>	<b>5.253</b>	<b>2.557</b>	<b>0,56</b>	<b>0,24</b>	<b>0,31</b>

(1) Sin el Distrito de Alcalá de Henares

(2) Sin el Distrito de Tetuán

(3) Sin el Distrito de Chamberí

(4) Sin el Distrito de Usera

(5) Sin los Distritos de Alcalá de Henares, Tetuán, Chamberí y Usera

Hay que tener en cuenta que el actual Registro de Casos Psiquiátricos sólo permite diferenciar los datos relativos a los menores de 0-15 años (el resto se incluyen con los de la población adulta).

La atención ambulatoria ha tenido un desarrollo irregular y, en ocasiones muy diverso, en los diferentes **Servicios de Salud Mental de Distrito**. Esto se ha traducido en lo siguiente:

Servicios en los que la asistencia se presta sólo a parte de su población infantil y juvenil (Colmenar, Alcobendas, Moratalaz, Latina).

- Servicios en los que no se atiende a esta población y que son atendidos en servicios situados en otro distrito de la misma área sanitaria (Chamberí) o incluso de otra área (Moncloa).
- Servicios con equipo de profesionales que atienden específicamente a este grupo etario y otros en los que los profesionales atienden a población adulta e infanto – juvenil (Navalcarnero, Barajas, Hortaleza, Villaverde, Usera, Retiro, Arganda Chamartín, San Blas, Alcorcón, Parla, Arganzuela y Aranjuez).
- Servicios en los que se atiende a los niños hasta los 16 años (Getafe), otros en los que se atiende hasta los 21 años (Aranjuez) y el resto hasta los 17 años.
- La dedicación de los diversos profesionales a la atención de los niños y adolescentes se relaciona en muchas ocasiones con las preferencias de esos profesionales y no con las necesidades asistenciales objetivas del servicio en el que desarrollan su labor.
- La escasez de psiquiatras en algunos servicios hace que la atención a los menores se preste fundamentalmente por psicólogos.

Los recursos humanos adscritos a programas de atención ambulatoria infanto – juvenil consisten en 35 Psiquiatras (supone 0,87 psiquiatras por cada 25.000 habitantes menores de 18 años) y 53 Psicólogos (lo que representa 1,32 psicólogos por cada 25.000 habitantes menores de 18 años). En casi todos los Servicios de Salud Mental de distrito la Enfermería, los Trabajadores Sociales y el personal administrativo tiene dedicación parcial al programa.

Considerando la necesidad de un mínimo de un psiquiatra para cada 20.000 habitantes menores de 18 años y un psicólogo para cada 25.000 habitantes menores de 18 años, considerando la necesidad de que los diplomados de enfermería y trabajadores sociales tengan dedicación a tiempo total integrados en el equipo y considerando, por último, la imprescindible formación específica de los profesionales más cualificados, la insuficiencia de recursos humanos es patente.

En nuestro país, al no estar reconocida la especialidad de Psiquiatría de niños y adolescentes, ni la de Psicología de niños y adolescentes, la contratación de profesionales con formación en este campo es complicada, máxime teniendo en cuenta las dificultades existentes para la convocatoria de plazas de Títulos Superiores con un determinado perfil profesional.

La resolución de los aspectos relativos a la especialización que se ha citado reiteradamente favorecería la constitución de los equipos necesarios para la organización de la asistencia psiquiátrica y de salud mental de la población infantil y juvenil. En la Tabla III figuran los profesionales con función de Psiquiatras Infanto-Juveniles que trabajan en la C.A. de Madrid (probablemente sea insuficiente, pues no existe un listado oficial).

**TABLA III . RELACIÓN DE PROFESIONALES QUE EJERCEN COMO ESPECIALISTAS EN  
PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL EN LA COMUNIDAD DE MADRID**

---

**Hospitales públicos**

*C.S La Paz*

Carlos Cobo Medina  
José María Vicente

*C.S. Doce de Octubre*

Mercedes Rodrigo (Pediatra)  
Francisco Martí Felipo

*Hospital Clínico Universitario San Carlos*

José Luis De Dios de Vega  
Ignacio Avellanosa

*Hospital del Niño Jesús*

Gonzalo Morandé Lavín  
Marta Peral  
María Jesús Cantarero  
Montserrat Graell  
Agustín Valbuena

*Hospital Gregorio Marañón*

María Jesús Mardomingo Sanz  
Enrique Lara (Recientemente jubilado)  
María José Parellada  
Dolores Moreno

*Hospital Ramón y Cajal*

Javier San Sebastián Cabasés

*Hospital de Alcalá de Henares*

José Luis Pedreira Massa (Pediatra)

*Fundación Jiménez Díaz*

Marina Díaz Marsa

*Hospital Gómez Ulla*

Marivi Lafuente

**Centros de Salud Mental**

*Alcalá de Henares*

Clara Herraiz Martín de Valmaseda

*Torrejón de Ardoz*

Petra Sánchez Mascaraque

*Alcobendas*

Raúl García Pérez

*Tetuán (Maudes)*

Prudencio Rodríguez Ramos  
Elvira Asenjo

*Fuencarral*

Carmen Culebro  
María Luisa Soto

*Carabanchel*

María Victoria Martín Prieto  
María del Valle Martín Herreros

*Villalba*

Felicitas Sánchez Picazo

---

TABLA III (Cont.)

---

<i>Majadahonda</i>
Ana Isabel Sanz García
<i>San Blas</i>
Lourdes Martín Martínez Toda
<i>Centro</i>
Silvia Kloppe Villegas
<i>Ciudad Lineal</i>
Lucía Álvarez Buylla
<i>Arganda</i>
Encarnación Mollejo
<i>Chamartín</i>
Francisco Fernández Vega
<i>Coslada</i>
Cristina..?
<i>O'Donnell</i>
Juana Martínez Ladrón
Julián Alamán
<i>Alcorcón</i>
María José Martín Vázquez
<i>Móstoles</i>
Paloma Ortiz
<i>Salamanca</i>
Juan Alaman Martín
<i>Vallecas</i>
Lourdes Sipos
Pilar Ortega
<i>Getafe</i>
Alicia Sánchez
<i>Fuenlabrada</i>
Cristina Molins

---

## 7.2. Hospitalización breve

Hasta fechas muy recientes no se disponía en la Comunidad de Madrid de ninguna Unidad de Hospitalización específica para adolescentes, por lo que a finales del año 2000 (concretamente en el mes de noviembre) el Servicio Regional de Salud abrió la primera unidad de este tipo en el Hospital Gregorio Marañón, con un aforo de 20 camas. La actividad desarrollada en ella en el periodo comprendido entre su apertura y el 31 de diciembre del año 2000 fue la siguiente:

---

Nº de ingresos totales /año	32
Nº de estancias /año	496
Nº de altas /año	25
Estancia media / año	15,5
Índice de ocupación / año	46,7
Índice de rotación / año	18,15

---

Los datos de actividad son los relativos al período comprendido entre el 11 de noviembre y el 31 de diciembre del año 2001.

En el **Hospital del Niño Jesús** la Unidad de Hospitalización presta servicio a todos los menores de 0 a 12 años con trastornos psiquiátricos de la C.M. que precisan este tipo de tratamiento y que, por diversas razones, no pueden ser internados en los Servicios de Pediatría de los Hospitales Generales. También ingresan los adolescentes de 0 a 17 años de las áreas 2, 7,8 y 10; siendo el aforo de camas de 14.

A partir del año 2001, las Unidades de Hospitalización del HG Gregorio Marañón y del H. del Niño Jesús han sectorizado la prestación de servicios, de tal manera que la Unidad de Adolescentes del H.G.G. Marañón da cobertura en estos momentos a las Áreas 1,3,4,5,6,9 y 11 de la Comunidad de Madrid.

En el momento actual las necesidades de hospitalización psiquiátrica de agudos para la población adolescente están cubiertas con las camas existentes, ya que se dispone de 29 camas para una población de 415.302 habitantes entre 12 y 17 años, lo que supone una ratio de 6,98/ 100.000 habitantes. En los países de nuestro entorno (E. Garralda, 1996) suele recomendarse una ratio 4-5 camas por cada 100.000 habitantes entre 12 y 17 años.

En el caso de los menores entre 0-12 años, se dispone de 5 camas de hospitalización psiquiátrica en el H. Del Niño Jesús, además de la posibilidad de internamiento en camas de los Servicios de Pediatría de los distintos hospitales de la Comunidad. En este caso creemos que también se pueden considerar cubiertas las necesidades de este tipo de hospitalización, pero debe insistirse en la **inadecuación de los dispositivos** que, en el contexto de unidades pediátricas, permitirían la hospitalización de pacientes menores, tanto en lo que concierne a recursos materiales como humanos.

En cuanto a la **interconsulta hospitalaria** de Psiquiatría Infantil es atendida en algunos hospitales por Psiquiatras "de adultos" y en otros por psiquiatras con formación específica, pero que no están integrados en la Red de Salud Mental (H. La Paz, H. Niño Jesús). En los hospitales Clínico, Gregorio Marañón, La Paz, 12 de Octubre, Ramón y Cajal y Móstoles existen profesionales con formación específica en Salud Mental Infanto – juvenil.

### 7.3. Hospitalización parcial (hospitales de día)

En 1999 el Servicio Regional de Salud de la Consejería de Sanidad inauguró el primer Hospital de Día para niños y adolescentes, con 20 plazas, y a finales del año 2001 el segundo, con 30 plazas, por lo que en total se dispone de 50 plazas de este tipo. La actividad asistencial desarrollada en el primero de estos dispositivos durante el año 2000, ha sido la siguiente:

Nº de casos totales	32
Nº de ingresos	18
Nº de altas	13
Nº de estancias	4.448
Estancia Media (días)	247,1

Por lo que respecta a la **Hospitalización Parcial** de los menores de 18 años no parece existir acuerdo entre los expertos en cuanto al número de plazas necesarias, pero sí hay acuerdo en el hecho de que sería conveniente establecer tres subgrupos atendiendo a la edad de los niños en tratamiento. Así se recomienda que se disponga de plazas para niños de 0-6, de 6-12 y de 12-17 años.

En estas circunstancias resulta difícil establecer cuáles serían las necesidades de la Comunidad de Madrid a medio y largo plazo, máxime teniendo en cuenta que en este momento la demanda de este dispositivo está limitada por la reducida oferta de plazas y la escasa accesibilidad que el único hospital de día infanto-juvenil del que se ha dispuesto hasta fechas muy recientes, tenía para la población de la zona sur de la Comunidad (que es precisamente donde más niños hay).

En el momento actual, como ya se ha indicado anteriormente, hay dos hospitales de día en los que se atiende a los niños de 6-12 años y de 12-17 años, pero no existen plazas para este tipo de modalidad de tratamiento para los niños más pequeños de 0-6 años. La atención a este subgrupo y sobre todo a los recién nacidos de alto riesgo, son cuestiones pendientes que deberán tener respuesta en un futuro próximo.

## 8. NECESIDADES ASISTENCIALES. RETOS

Como primer gran reto, y respondiendo a lo que la Constitución Española dice en su Artículo 39 Apartado 4 y Artículo 49, y también a lo que la Ley General de Sanidad especifica en su Capítulo tercero, Artículo 20, Apartado 1, plantearíamos la **universalización y cualificación de la asistencia**, de tal manera que todo niño y adolescente español tenga derecho real a una asistencia especializada para sus problemas psíquicos, que además de tratar, prevenga la aparición de trastornos, y todo ello a cargo de profesionales debidamente formados y especializados, en el contexto de estructuras adecuadas que garanticen la calidad de dicha asistencia e integren todos los dispositivos sanitarios, sociales y pedagógicos necesarios para ello, dando respuesta a la demanda existente.

### 8.1. Estructuras y niveles asistenciales

#### 8.1.1. Principios generales

La administración y estructura operativa ya son de hecho, descentralizadas y administradas por las C.A. y municipios. En este sentido, es importante que la asistencia se preste en la mayor cercanía posible al hábitat natural del niño. A nuestro juicio, es más adecuada su integración en la estructura sanitaria de las prestaciones que como un ente autónomo al margen de los servicios sanitarios especializados (C.S.M., marginante del enfermo psíquico), si bien es cierto que los profesionales no van a ser exclusivamente médicos, sino equipos asistenciales autónomos que permitan siempre un abordaje bio-psico-social. No obstante, debe enfatizarse en la necesidad de que el modelo idóneo de funcionamiento sea un modelo médico, con jerarquización y coordinación de los equipos a cargo del Psiquiatra Infanto-Juvenil.

#### 8.1.2. Niveles asistenciales

Probablemente el **nivel primario** idóneo sea el que comparte espacio y está en estrecha comunicación con el Equipo de Atención Primaria (Médicos de Familia-Pediatras), con un dispositivo asistencial por distrito municipal en las ciudades y comarcal en el ámbito rural, en función de la proporción de población infanto-juvenil de las zonas. La finalidad es prestar asistencia a la población entre 0 y 18 años.

El **nivel secundario** podría tener su ubicación preferiblemente en el nivel secundario de especialidades médicas, y no en el contexto del Centro de Salud Mental, manteniendo su autonomía organizativa y funcional como equipo. Pero dada la actual ubicación en los C.S.M., sería utópico tal vez pretender un cambio en este sentido.

El **nivel terciario** estaría ubicado, siempre con estructura de equipo autónomo y con rango de Unidad o Servicio, en el Hospital General (con Servicios Pediátricos) o en Hospital Pediátrico.

Podría plantearse un cuarto nivel **superespecializado**, de ubicación nacional (Unidades de referencia), para abordaje de patologías muy específicas y complejas.

— *Estructura y composición de equipos (Recursos humanos):*

- Psiquiatra de niños y adolescentes: Uno por cada 20000 habitantes menores de 18 años como mínimo, siendo el adecuado 1/15000 y el idóneo 1/12500.
- Psicólogo de niños y adolescentes: Uno por cada 25000 habitantes menores de 18 años, a ser posible con formación en terapias específicas (conductuales, cognitivo-conductuales, familiares, psicodinámicas).
- Psicopedagogo o reeducador: Uno por dispositivo.
- DUE especializados en Psiquiatría: Uno por dispositivo.
- Asistentes (trabajadores) sociales: Uno por dispositivo.
- Auxiliar administrativo: Uno por dispositivo.

El trabajo debe ser en equipo con estructura jerarquizada, **con un modelo claramente médico** y no según el modelo asistencial comunitario mal interpretado, siendo de absoluta importancia que la formación de todos los integrantes sea específica en Psiquiatría– Psicología– Enfermería etc. de la infancia y adolescencia, con autonomía del equipo en el contexto de la red integrada de salud mental.

— *Dispositivos terciarios y especiales*

1. **Unidad Psiquiátrica de Hospital general o pediátrico (O Unidad de Hospitalización de agudos)**

Constituída básicamente por el mismo equipo, aunque sus integrantes tendrían un perfil más específico de formación en Interconsulta-Enlace y Hospitalización, con un modelo claramente médico, se ubicaría en el Hospital General (nunca en el hospital psiquiátrico) y tendría tres funciones fundamentales:

- Prevención y tratamiento de psicopatología en pacientes hospitalizados o ambulatorios con enfermedades físicas (riesgo de padecer trastornos psiquiátricos exacerbado), establecimiento de programas protocolizados de actuación en determinadas patologías (crónicos, maltrato físico y psicológico, unidades especiales, psicoprofilaxis quirúrgica, trastornos facticios etc), asesoramiento a pediatras y otras funciones con arreglo al modelo de la Psiquiatría I-J de Enlace.
- Hospitalización psiquiátrica de niños y adolescentes, con disponibilidad de camas para hospitalización breve de agudos (Trast. psicóticos, alimentarios, intentos suicidas etc.)
- Atención a la Urgencia Psiquiátrica I-J-. (cada vez más frecuente).

En una mayoría de provincias españolas sería suficiente la creación de una Unidad de estas características por provincia, pero en ciudades populosas como Madrid o Barcelona, con periferias pobladas y

proporción importante de población infanto-juvenil, son necesarias más de una, tal vez dos o tres en los casos de Madrid o Barcelona, en hospitales urbanos y comarcales.

La necesidad de camas de hospitalización breve en Madrid está actualmente cubierta con las Unidades de los hospitales Gregorio Marañón y Niño Jesús. Considerando que se recomienda la hospitalización de menores de 14 años en unidades pediátricas, sería necesaria la adecuación de estructuras físicas de estas unidades para tal fin. Por ejemplo, en el Hospital Ramón y Cajal se han ingresado más de 80 pacientes psiquiátricos en los últimos años en la Unidad de Hospitalización Pediátrica, en condiciones de total inadecuación de los recursos tanto estructurales como de personal.

Es necesario enfatizar en la necesidad de dotar a las unidades hospitalarias y profesionales que trabajan en este ámbito, de los correspondientes recursos materiales y humanos, para que la labor de Enlace pueda llevarse a cabo de manera adecuada.

## 2. *Hospitales de día*

Dispositivos necesarios, probablemente los más utilizados en estas edades, donde el niño permanece desde la mañana hasta la tarde, regresando a su casa para dormir. Resulta el marco idóneo para el abordaje integral de alguna psicopatología que se detecta en estas edades, sobre todo autismo, trastornos generalizados del desarrollo y psicosis, pero también muestran su eficacia en trastornos alimentarios y otras patologías. Pueden establecerse dispositivos de "medio día", con horario de mañana, que desafe-rentizan menos al niño de su familia. Requieren una disponibilidad de recursos humanos y materiales más especializada y compleja, con personal especializado en psicopedagogía muy específica, terapeutas ocupacionales, laborterapeutas, pedagogos especiales, asistentes sociales, terapeutas de familia, terapeutas de grupo etc. y una distribución del espacio, concreta.

- Teniendo en cuenta la existencia ya de dos dispositivos con estas características, sería preciso la habilitación de, al menos otros tres o cuatro dispositivos, con su correspondiente personal, y ubicados geográficamente en las zonas o distritos en las que más demanda existe, que por la distribución demográfica de la población podrían ser Alcalá de Henares, Alcobendas, Leganés y Majadahonda– Las Rozas. Sería deseable que cada centro dispusiera de escolaridad oficial (previo acuerdo con la consejería de educación), que permita al niño no abandonar sus estudios, con 30 plazas por centro dispuestas en tres tramos de 10 plazas para 0-6 años, 6-13 años y 13-18 años.

## 3. *Hospital de crónicos o de media estancia*

Internados médico-pedagógicos, externados, etc. que alberguen a los pacientes crónicos, fundamentalmente retrasos mentales severos, psicóticos defectuales y trastornos generalizados del desarrollo, cuyas familias no pueden hacerse cargo de ellos, garantizando una calidad de vida adecuada a sus derechos fundamentales y estimulando en lo posible su posibilidad de rehabilitación. Esta es una **necesidad acuciante**, sobre todo para los periodos de verano, en los que el paciente no está escolarizado y es la familia quien debe hacerse cargo en situaciones penosas la mayoría de las veces. En la C.A de Madrid sería necesario un dispositivo de este tipo, con unas 15-20 camas.

## 4. *Dispositivo Socio-Sanitario*

Para la hospitalización de niños y adolescentes con trastornos de la conducta (disociales), y de personalidad, dada la enorme problemática que plantean, el incremento en su prevalencia y su con-

dición de pacientes a los que no suele ingresarse en unidades de hospitalización breve por razones diversas. Debería contarse al menos con 20 plazas en dicho dispositivo, con una proporción de dos varones por cada mujer. El personal debe tener un perfil adecuado, y la relación con los organismos judiciales (Fiscalía del Menor) e instituciones determinadas (Defensor del Menor) debe ser fluida, con permanente coordinación de las actuaciones. Es importante que se trate de una institución cerrada, dadas las características de los eventuales usuarios. La labor de rehabilitación y terapia ocupacional es esencial, además del abordaje psiquiátrico y psicosocial individualizado, trabajo con familias, etc.

Tendría una función sustitutoria de los antiguos centros de internamiento obligatorio (centros de prevención).

#### 5. **Unidades de rehabilitación**

Para el desarrollo de programas de rehabilitación de pacientes crónicos, que puede ser independiente o estar ubicada en el hospital de crónicos

#### 6. **Equipos psicopedagógicos**

En todos y cada uno de los centros escolares, públicos y privados, normales, de integración y de educación especial, con una función muy importante de **detección precoz de trastornos madurativos y del aprendizaje, con estrecha conexión y coordinación** con los equipos de Salud Mental I-J, y posibilidad de derivación rápida y recíproca de pacientes con éstos.

#### 7. **Centros de Educación Especial** (Consejería de Educación)

#### 8. **Hogares y centros de acogida**

Existen varios en la C.A. de Madrid, que dependen de O.N.G., instituciones privadas y otros organismos, pero sería deseable una mayor coordinación con los servicios de salud mental, la Consejería de Asuntos Sociales y también la creación de algunos con los recursos generales de Salud Mental. Debe planificarse la asistencia considerando siempre la existencia de estos centros, con poblaciones de alto riesgo.

#### 9. **Instituciones diversas que acogen niños en situación familiar y social límite (maltrato, inmigrantes etc)**

— *Ámbito de actuación-Derivaciones:*

Los equipos de Salud Mental I-J descritos deberían realizar sus funciones no sólo en su ubicación física, sino también, cuando la situación lo requiera, en el propio domicilio familiar de los usuarios. Es imprescindible una coordinación de los recursos asistenciales para propiciar una posible derivación de unos dispositivos a otros. En este sentido, es muy importante que todos los profesionales de la red conozcan bien qué dispositivos públicos y privados pueden utilizarse y se eliminen trabas burocráticas (muchas veces engorrosas) para llevar a cabo dichas derivaciones.

### 9. RETOS EN DOCENCIA ¡LA ESPECIALIZACIÓN!

— Creemos haber razonado suficientemente la urgente necesidad del reconocimiento de la Especialidad en Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia, la necesidad de formación de otros profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, personal de enfermería etc) en esta especialidad y la

formación de equipos con autonomía propia administrativa y organizativa, en S.M I-J. Sin esta realidad, todo lo anteriormente expuesto no tiene sentido alguno, pues desde hace décadas, de hecho, muchos profesionales se dedican exclusivamente a esta parcela. En nuestro país existe una cátedra, ocupada por el Prof. Rodríguez Sacristán, en Sevilla, de Psiquiatría Infantil, y en otras Universidades hay plazas de Profesor titular, dependientes de cátedras de Psiquiatría, denominadas de Psiquiatría Infantil (Valencia, Prof Agüero, Barcelona, Prof. Toro). Ya se ha expuesto la total ausencia de formación de nuestros profesionales, médicos pregraduados, psiquiatras, pediatras, psicólogos, etc. en esta materia, que obliga a muchos residentes a irse al extranjero a completar su formación. La Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil produjo un documento de acreditación Específica de Psiquiatría y Psicoterapia de la Infancia y Adolescencia, que se presentó en la reunión de dicha Sociedad en Cádiz, en 1996, consensuado con la mayoría de asociaciones científicas médicas españolas (6 en total). El documento es exhaustivo en cuanto a qué tipo de conocimientos teóricos y prácticos, y habilidades específicas debe desarrollar el futuro especialista. Si bien presenta algunas lagunas y deficiencias, fue un paso decisivo, si bien todo quedó, una vez más, en una mera declaración de intenciones.

La normativa europea (UEMS) sobre formación y requisitos de los especialistas es muy clara, y algunos países, como Francia, se han propuesto como objetivo comenzar a aplicarla desde Enero de 2003. España, tarde o temprano, tendrá que hacer lo mismo, previo reconocimiento de la especialidad.

Entretanto, la C.A. de Madrid debería planificar y gestionar como si dicha especialidad existiera de hecho, configurando los equipos de salud mental con arreglo a modelos vigentes en el extranjero y considerando prioritariamente la adecuada formación de los profesionales.

## 10. RETOS EN INVESTIGACIÓN

Es necesario iniciar e impulsar un terreno común de investigación en este campo, sobre todo en las siguientes áreas:

- Nosología paidopsiquiátrica: no resultan suficientes y completas las clasificaciones CIE 10 y DSM IV. Continúan existiendo clasificaciones multiaxiales y desde ópticas distintas, que dificultan la adopción de un lenguaje y nosología comunes.
- Epidemiología: Con estudios de morbilidad, comorbilidad, prevalencia e incidencia de distintos trastornos y sus factores concausales en nuestro país. Necesario desarrollar instrumentos de medida válidos y fiables, y metodologías adecuadas.
- Trabajos con diseño prospectivo a largo plazo sobre distintas entidades clínicas, en línea con los estudios que actualmente se desarrollan en el mundo científico más avanzado.
- Etiopatogenia de determinados trastornos.
- Estudios de eficacia terapéutica biológica y psicológica.
- Impulso al estudio de las bases biológicas de distintos trastornos, del comportamiento e incluso de la personalidad.
- Estudios de eficacia de los distintos modelos de planificación y gestión.

## 11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Los objetivos prioritarios de una adecuada red de Salud Mental a niños y adolescentes en la C.A. de Madrid deberían contemplar:

- La asistencia en condiciones adecuadas a los problemas de salud mental de todos los habitantes menores de 18 años, con homogeneización interdistritos en cuanto a las edades objeto de tratamiento.
- La promoción de la salud y la prevención de los trastornos mentales en el marco de la atención comunitaria.
- El establecimiento y definición de las actividades clínico-asistenciales, diferenciándolas de otras (educativas, sociales...) pero sin perder la perspectiva imprescindible del abordaje bio-psico-social que la infancia requiere.
- El establecimiento de la coordinación y cooperación con los dispositivos sanitarios, educativos, sociales y jurídicos que conciernen a la infancia y adolescencia.
- La provisión de las adecuadas estructuras y equipamientos en recursos materiales y humanos que permitan la disponibilidad, por parte de los usuarios, de equipos multidisciplinares asistenciales específicos y exclusivos en este área, con formación adecuada, garantizando todo ello una asistencia de calidad y una continuidad de cuidados. Los actuales recursos materiales y humanos son marcadamente insuficientes, así como el nivel de formación de la mayoría de profesionales implicados.
- El desarrollo, la implantación y evaluación de protocolos y guías clínicas que, además de garantizar la calidad asistencial, permitan el empleo de un lenguaje clínico y nosológico común, un modelo asistencial homogéneo y la posibilidad de evaluación objetiva de la calidad de los servicios prestados.
- La definición de funciones de cada profesional integrado en los equipos asistenciales, implantando en los mismos un modelo médico que no suponga la marginación del enfermo psiquiátrico.
- El desarrollo de líneas de investigación en el campo de la Salud Mental de Niños y adolescentes, comenzando por un estudio epidemiológico sobre prevalencia e incidencia de trastornos psiquiátricos I-J. en la C.A. de Madrid.
- La promoción de las actividades docentes en este campo, con formación continuada, con contenidos docentes lo más científicos y eclécticos posible.

2. La máxima prioridad, como se ha puesto reiteradamente de manifiesto, es el establecimiento de la especialidad de Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia. Sólo de esta manera se puede gestionar y planificar en las adecuadas condiciones. Se solicita a la Oficina del Defensor del Menor de la C.A. de Madrid su interés por dicha medida imprescindible.

3. Se considera necesaria y urgente la elaboración, por parte de la Jefatura del Servicio de Salud Mental, de un **Manual Organizativo** en el que se especifique la totalidad de recursos materiales y humanos disponibles, dependientes de las distintas administraciones y del sector privado, se establezcan las líneas básicas de intervención con arreglo a los protocolos y guías clínicas ya existentes, las posibilidades

de derivación de pacientes, las funciones de los distintos dispositivos existentes, con tipo de tratamientos y especialización; la normativa a seguir en casos de especial dificultad como internamientos forzados, maltrato, intervenciones judiciales, etc. Dicho manual debe remitirse a todos los profesionales que trabajen en el campo de la salud mental de niños y adolescentes

4. Se estiman como recursos imprescindibles a corto plazo:

- Un equipo asistencial específico por distrito, al menos en aquellos con mayor densidad de población infanto-juvenil, con un psiquiatra y un psicólogo suficientemente formados, siendo muy deseable la adscripción a cada equipo de otro personal, como DUE, trabajador social y auxiliar administrativo, que, eventualmente, podrían compartirse con otros dispositivos.
- Un equipo asistencial específico por cada hospital público, con un psiquiatra y un psicólogo adecuadamente formados, considerando que deben hacerse cargo también de la hospitalización de menores en unidades pediátricas.
- La necesidad de camas de agudos está actualmente cubierta.
- Un dispositivo socio-sanitario, dedicado a pacientes de media estancia para internamiento más prolongado de pacientes disociales-antisociales, trastornos de la personalidad, etc...
- Seis hospitales de día, con su correspondiente equipamiento (uno por cada dos distritos).
- Centros y hogares de acogida como se ha especificado.
- Un equipo psicopedagógico por cada centro escolar de los ámbitos público y también privado (al menos los centros concertados).

5. Es deseable la creación de grupos de trabajo de cara al establecimiento de programas de prevención en los siguientes ámbitos:

- Seguimiento de recién nacidos de alto riesgo.
- Maltrato, abuso sexual, negligencia en los cuidados.
- Problemas relacionados con la Ley.
- Trastornos de la conducta.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Otros.