
Salud mental infanto-juvenil en España

Ignacio Avellanosa Caro

Psiquiatra. Jefe de la Unidad Infanto-juvenil. Hospital Clínico. Madrid⁽¹⁾

Resumen

El problema de la Salud Mental de Niños y Adolescentes en España tiene unas raíces históricas que le definen y otorgan su importancia. La unión entre infancia y Salud Mental ha supuesto una doble marginación traducida en la poca importancia que esta área ha tenido en las transformaciones de los últimos años en la Salud Mental general. La propia inexistencia de las especialidades de psiquiatría y psicología de niños y adolescentes, son un reflejo, al tiempo que causa, de lo que se denuncia.

Casi en el siglo XXI existen grandes insuficiencias generales y diferencias significativas entre las diferentes Comunidades Autónomas e incluso dentro de éstas. El Instituto Nacional de la Salud apenas ha dedicado esfuerzos a esta demanda y la asistencia es pobre, la docencia insuficiente y la investigación inexistente.

La Atención Primaria pediátrica es un espacio privilegiado para la detección de estas patologías, pero ni la formación de los profesionales, ni el tiempo, ni las relaciones con Salud Mental, facilitan una tarea necesaria y urgente.

Abstract

Children and adolescent Mental Health in Spain has historic roots that define and confer its importance.

The union between childhood and Mental Health has meant a double neglect that can be seen in the lack of importance that this area had in recent years' transformations of Mental Health in general.

The non existence itself of specialities in childhood and adolescent psychiatry and psychology is a reflex as well as a cause of what we are talking about.

Almost in XXI century there are great general insufficiencies and significant differences among Autonomic Communities and even inside them. The National Health Institute has hardly devoted some efforts to this claim so assistance is poor, teaching insignificant and investigation non existent.

Paediatric Primary Care is an exclusive space to detect these conditions, but neither the professionals formation, nor the time or the relations with Mental Health make it easy this necessary and urgent task.

⁽¹⁾ Para escribir este artículo he contado con datos extraídos del informe de la comisión de expertos de la Comunidad de Madrid, en el que hemos colaborado varios profesionales y con otros procedentes de la tesis doctoral de María del Carmen Manjón.

La realidad que voy a exponer, referida a la situación actual de la salud mental infanto-juvenil en España es tan cruda que probablemente se hace necesaria

ría una breve introducción que plantee la duda de si tiene o no sentido la existencia de estos recursos o si los niños, como a lo largo de tanto tiempo se ha sostenido, son seres felices que podrán tener sus dudas, tristezas o malestares, pero que no dejan de ser "problemillas" menores en unas vidas ausentes de dolor mental. Afirmar lo evidente se hace necesario y basta recordar algunas cifras aceptadas de forma generalizada:

Una prevalencia del 20% se considera normal en la población de niños y adolescentes. Las tasas estimadas de prevalencia para un retraso mental ligero son de 25 sobre mil; para el autismo de 3-4

y para la psicosis infantil de 5 sobre diez mil, de depresión 8/10 por ciento, de trastornos de ansiedad 5%...

En el año 1991, en Francia, se atendieron a 250.000 menores de 20 años en los centros de salud mental, lo que corresponde a 16 por cada mil de ese grupo de edad.

Desgraciadamente no tenemos cifras para toda la población española pero la Tabla 1 refleja algunas cifras de estudios hechos en nuestro país y su comparación con otros.

En casi todos los países con un cierto nivel de desarrollo la existencia de especialistas en salud mental infanto-juvenil

Tabla 1. Demanda asistencial en diferentes estudios.

	1	2	3	4	5	6
Población total del área	340.103	169.164	120.239			267.728
Población infantil del área	66.829	41.283	32.482		19.385	57.950
Usuarios en contacto con el servicio	571	439			288	795
Usuarios por primera vez	304	233				565
Incidencia: usuarios por 1000 hab.	4,54	5,64		6,3		9,7
Prevalencia:	8,54	10,63	12,3	9,9	14,8	13,7
Frecuentación	3,7	5,5		6	7,8	7

- 1- Trabajo realizado en Oviedo. E. Serrano. 1990
 2- Trabajo realizado en Avilés. J. Pedreira. 1990
 3- Trabajo realizado en Vizcaya. M. Hernanz. 1990
 4- Trabajo realizado en Navarra. A. Goñi. 1991
 5- Trabajo realizado en Asturias. J. Pedreira. 1988
 6- Trabajo realizado en Vitoria. C. Manjón. 1989

(psiquiatras, psicólogos, logoterapeutas) es un hecho desde hace más o menos años y los diferentes dispositivos asistenciales tienen una historia, en algunos casos, de cerca de un siglo.

La consideración de la existencia de la enfermedad mental en los niños es actualmente un hecho incontrovertible, la necesidad de que estos niños sean tratados con las mismas garantías que si padecieran cualquier otro tipo de patología es un derecho elemental. Partiendo de estas consideraciones veamos cual es la situación en nuestro país.

Insuficiencia

En términos generales es el adjetivo más exacto. Insuficiencia en cuanto a los medios, el personal, la organización, la investigación, el dinero que a ello se dedica. Insuficiencia cuando se compara con la situación de la psiquiatría de adultos o de la pediatría, pero con más evidencia cuando la comparación es con las necesidades objetivas y con los desarrollos en los países de nuestro entorno. Es difícil entender y no cabe explicación a la situación actual en la que un niño afecto de cualquier patología va a poder

Tabla 2. Número de psiquiatras infantiles en diferentes países europeos.

Países	Habitantes (millones)	Psiquiatras Infantiles	Habitantes por Psiquiatras
Finlandia	5	158	31.600
Suecia	8,4	260	32.300
Suiza	7	200	35.000
Italia	58	1.500	38.700
Noruega	4,2	85	49.400
Grecia	10	200	50.000
Bélgica	10	167	60.000
Francia	56	882	63.500
Holanda	15	230	65.200
Dinamarca	5,2	74	70.200
Reino Unido	57	650	87.700
Austria	8	65	123.000
Portugal	10,5	80	131.000
Alemania	80	582	137.500

ser tratado en España, en Atención Primaria o especializada, tan bien o mejor que en el país más desarrollado, salvo que su patología sea mental. No sería raro que si ese niño precisara medicación psiquiátrica, incluso por un cuadro leve, tuviera que acudir a una ciudad a 200 kms. de la suya o que si tiene que ingresar en una unidad de psiquiatría, termine en una unidad de pacientes adultos (aunque ese niño tenga 12 años).

Insuficiencia respecto del número de profesionales para la población actual. En la Tabla 2 aparece la proporción de psiquiatras infantiles respecto de la población total en los países europeos. Como se ve la situación de nuestro país no es para sentirse orgullosos. Es verdad que la ausencia de especialistas reconocidos dificulta su cómputo, pero el cuadro se aproxima fielmente a la realidad. Nos podríamos hacer una idea del problema considerando la situación de la Comunidad de Madrid, que tampoco es de las peores. En el plan de Salud Mental de esta Comunidad, elaborado por la Consejería de Salud en el año 1988, se contemplaba para toda la Comunidad la necesidad de contar, para el tratamiento de niños y adolescentes, con un total de 197 psiquiatras y 215 psicólogos. Algo más de 10 años después apenas si

somos 30 psiquiatras y 50 psicólogos los existentes.

Insuficiencias asistenciales sobre las que ha llamado la atención la propia memoria de la Fiscalía del Estado en el año 1998. Insuficiencias que tienen una raíz histórica que algo explica pero que nada justifica.

Es cierto que en los últimos años, en diferentes comunidades, hay pronunciamientos de las autoridades sanitarias sobre la necesidad de resolver un problema que ya pesa en todo el mundo, pero también lo es que los cambios son lentísimos y que el recurso a dificultades presupuestarias, casa mal con la obligación de atender debidamente a los niños afectados de estas patologías.

Heterogeneidad

La organización autonómica del Estado y el traspaso a muchas autonomías de los recursos sanitarios se traduce, en nuestro terreno, en diferentes formas de desarrollo de la asistencia en Salud Mental Infanto-Juvenil. Existen autonomías con planes específicos y cobertura en todas las zonas, como es el caso de Cataluña o Castilla-La Mancha y otras como Navarra o Castilla-León con muy poca organización. Por su parte el Insalud, allí donde tiene competencias, no ha asumido como

responsabilidad suya la Salud Mental Infanto-Juvenil.

En cualquier caso se puede decir que existe un elemento común a todas ellas y es la gran diferencia existente entre los recursos de pediatría o psiquiatría general y los nuestros.

Indefinición

La inexistencia de las especialidades de psiquiatría infantil y psicología clínica infantil ha marcado mucho y muy negativamente el desarrollo asistencial. Conflictos de competencias entre la pediatría y la psiquiatría y las propias complejidades administrativas ha llevado al hecho de que en la actualidad España sea el único país de la Unión Europea que no tenga reconocida la especialidad de psiquiatría infantil.

Este no es únicamente un problema administrativo sino que lleva como corolario toda otra serie de problemas: inexistencia de cátedras o departamentos que formen, creen investigación, tengan incidencia social, etc. Falta de acreditación de médicos por inexistencia de la especialidad para cursarla vía MIR (lo mismo ocurre con los psicólogos). Falta de formación en los estudiantes de medicina, en general y tanto desde la pediatría como desde la psiquiatría. Falta de convocatoria de plazas

de la especialidad o plazas que son ocupadas por profesionales con poca formación específica. Al final se cierra un círculo perverso en el que la pobreza asistencial encuentra su justificación.

Niveles Asistenciales

La Salud Mental Infanto-Juvenil, como la de los adultos, como otras especialidades médicas, tiene diferentes niveles de organización. Veamos cuáles son y como están de organizados en España.

a. *Atención ambulatoria:* Es el primer nivel al que el problema llega. En algunas comunidades, caso de Andalucía, se resuelve con los médicos de Atención Primaria. En otras se derivan desde estos médicos a los especialistas.

Las personas que trabajamos en ello consideramos que las primeras intervenciones deben hacerse desde equipos de Salud Mental, que estos equipos deben ser multidisciplinarios, contando para ello con psiquiatras, psicólogos, logoterapeutas, trabajadores sociales en su caso. Que estos equipos deben estar próximos a los domicilios de los pacientes, sin que estos tengan que hacer 100 ó 200 kilómetros para ser atendidos. Que deben tener una relación muy estrecha con los médicos de Atención Primaria, tanto en lo que se refiere a

asistencia (compartir casos y sesiones clínicas), como en planificación e investigación.

Teniendo en cuenta lo anterior no hay ninguna Comunidad Autónoma que cumpla con una buena asistencia ambulatoria. Ya se dijo que existen capitales de provincia o municipios importantes sin un solo psiquiatra infantil y que en comunidades grandes, algunas zonas tienen la misma carencia.

Una población de 100.000 habitantes debería contar con un equipo específico y si esta población es menor tener la posibilidad de mancomunarse para que la asistencia sea lo más cercana posible y el equipo que la atiende de suficiente capacidad.

b. Estructuras intermedias: Muy propias de la psiquiatría las estructuras intermedias son espacios terapéuticos en los que los pacientes –en este caso niñas– pasan un tiempo del día, pero que son compatibles con la continuidad en familia y, en algunos casos, con la continuidad escolar. Sólo una parte pequeña de todos los pacientes psiquiátricos son tributarios de estas instituciones (alrededor de un 5% de los consultantes), pero para aquellos que lo necesitan es imprescindible. Algunas patologías más graves –psicosis– lo necesitan y su existencia evita otro tipo de ingresos o la

eternización de éstos. Pues bien estas estructuras son prácticamente desconocidas en el momento actual y en todo el país. Para la Comunidad de Madrid, por ejemplo, con alrededor de cinco millones de habitantes, no existen más que unas 25 plazas de hospital de día y exclusivamente de niños muy pequeños. Sirva como comparación que en Francia existe un hospital de día por cada, aproximadamente, 50.000 menores de edad y en muchas zonas estas cifras se superan ampliamente. Si la asistencia ambulatoria es deficiente, la relacionada con plazas asistenciales a tiempo parcial –en todas sus variedades– es nula. Con frecuencia es la voluntad de las familias, sosteniendo a sus enfermos con esfuerzo o de los profesionales citando con mucha frecuencia a los pacientes, lo que sustituye a lo inexistente. Algo que no tendría sentido y no sería aceptado socialmente para otras enfermedades infantiles.

c. Las patologías: El cuadro 3 muestra los diferentes diagnósticos encontrados en investigaciones hechas en España y en otros países. Existen algunas diferencias, probablemente debidas más a las características de los centros en los que la investigación se desarrolló que a los propios pacientes. Las patologías que aparecen son las más frecuentes y lo

que sí es verdad es que existen cambios sociológicos que modifican, en ocasiones, las formas de enfermar. Así, por ejemplo, los trastornos de la alimentación o los abusos de sustancias que hace unos años eran poco significativos hoy los son con mucha mayor frecuencia. Actualmente las patologías que vemos son semejantes a las existentes en países de nuestro entorno.

d. Hospitalizaciones: Los psiquiatras, al menos en Europa, somos muy reticentes a las hospitalizaciones psiquiátri-

cas de niños y adolescentes, pero desgraciadamente en algunos casos son inevitables. Cuando es así, lo adecuado es que puedan ingresar en unidades infantiles que estén ubicadas en zonas de pediatría de los hospitales generales o en hospitales infantiles. Esto que parece de sentido común es otro de los escollos más importantes en la situación actual de la Salud Mental Infanto-Juvenil. En España, prácticamente no existe la posibilidad de ingresar a niños y casi ni a adolescentes en unidades preparadas

Tabla 3. Diagnóstico psiquiátricos en diferentes unidades (porcentajes).

	1	2	3	4	5	6	7
Psicosis	15	10,8	15	6,3	5,6	2,7	1,8
Trast. neuróticos	31	22,9	25	20,8	25,8	21,5	35,5
Trast. de personalidad	21	12,7	15	22,9	40,4	10,6	9,5
Trast. reactivos	7	5,4	17,5	14,6	3,4	3,7	16,5
Deficiencias	5	6,2	3,5	8,3	1,1	16,4	1,2
Trast. instrumentales	14	26,9	9	2,1	11,3	7	14,7
Droga. Alcohol	-	0,6	0,3	-	-	0,1	-
Trast. somáticos	2	8,8	8	10,4	6,7	1,5	8,6
Sin patología	5	5,7	7	14,6	5,6	-	12,2
Trast. orgánicos	18	26,1	17	17	-	-	25,4
Trast. del desarrollo	71	62,1	54	54	-	-	52

1. Francia. Quemada. 1990
2. Grecia. Sakellaropoulos. 1990
3. Yugoslavia. Ispanovic. 1990
4. Canadá. J. Valla. 1990
5. Canadá. Boulanger. 1990
6. España. F. Angulo. 1992
7. España. C. Manjón. 1992

para ello de forma específica. Existen centros privados, de forma aislada o pequeñas unidades en algunos hospitales, la mayor parte de ellas centradas casi de forma exclusiva en pacientes con trastornos de la alimentación.

Otros aspectos:

Investigación: La psiquiatría infantil, como el resto de las especialidades médicas, debe alimentarse de su propio desarrollo, la investigación es un puntal de ello. En el año 1990 se presentaba al Congreso de los Estados Unidos un "Plan Nacional para la investigación de los trastornos mentales de los niños y de los adolescentes", este plan lo basaban en el reconocimiento de que: "nuestra nación está desperdiciando innecesariamente su más valioso recurso natural: nuestros niños y adolescentes. Estamos permitiendo que más de un 12% de nuestros niños y adolescentes –siete millones y medio de jóvenes americanos– sufran de trastornos mentales, frecuentemente de por vida". Para enfrentar el problema decidieron dedicar un total de algo más de mil millones de dólares, en los siguientes cinco años, a investigaciones sobre la salud mental de los niños y adolescentes. Es evidente que para nosotros sería imposible competir con una nación cuyos presupuestos generales se alejan tanto de los nuestros, pero volve-

mos a los agravios comparativos. La proporción en la que el dinero dedicado a la investigación, en este campo nuestro, se aleja tanto es comparable al alejamiento que se puede dar en otros campos de investigación.

Desgraciadamente es imposible tener los datos de España que nos permitirían conocer lo que dedicamos a la investigación sobre la salud mental de los niños y los adolescentes, pero si lo conociéramos nos sonrojaría.

Prevención: En salud mental infanto-juvenil prevenir es evitar patología en la edad adulta y evitar la encronización de procesos que deberían resolverse tempranamente. El descenso de la natalidad y el control sanitario de todos los recién nacidos podrían facilitar programas de control y seguimiento de las situaciones de riesgo, ya desde la primera infancia. Algo sencillo y económicamente rentable que, sin embargo, está por desarrollar.

La salud mental infanto-juvenil y la Atención Primaria: Los médicos de Atención Primaria son elementos imprescindibles en una correcta organización de cualquier programa que considere esta vertiente de la salud como un todo en el que lo físico y lo mental interrelacionan de manera inseparable. Son los que primero pueden dar la voz de

alarma desde la posición privilegiada que les da, por ejemplo, el programa del niño sano. Algunos estudios muestran que los médicos de Atención Primaria son muy sensibles y detectan adecuadamente a los niños o adolescentes que padecen patologías graves y que son alrededor de un 5% de los que consultan, pero que son poco sensibles a la identificación de patologías que, teniendo una apariencia menor, son significativas y pueden abarcar hasta a un 30% de la consulta. Para que la detección y/o la derivación sean más efectivas debería existir una mejor formación de estos profesionales, algo que, como ya se dijo, es un problema derivado de otros. Sin embargo el problema más grave es la inexistencia, en algunos casos de los centros adecuados para la derivación de los pacientes detectados.

Otro problema es la posibilidad de establecer contacto con los profesionales de salud mental. El intercambio entre profesionales sería, por un lado, la mejor manera de formar a los profesionales

y repercutiría tanto en el mejor seguimiento de los pacientes y sus familias, como en una mejor detección de casos y la posibilidad, desde Atención Primaria de tratar algunos de ellos con lo que ello conllevaría de descargo para los profesionales de salud mental.

Conclusiones

Una visión objetiva sobre la situación actual de la salud mental de niños y adolescentes debe ser necesariamente pesimista. Tanto por lo que falta de hacer como por la evidencia de que existe poca voluntad de hacerlo. Estamos hablando de patologías que alcanzan a números significativos de ciudadanos que están huérfanos de un derecho tan elemental como el de ser tratados de su enfermedad y de familias que arrastran conflictos serios en la búsqueda de alternativas, para sus hijos, que no han sido desarrolladas. Se plantea como imprescindible la necesidad de un esfuerzo serio que equilibre esta tremenda desigualdad.

