

S. Otero  
M. Aparicio  
E. Bobadilla  
L. Palacios  
M. Ruiz  
S. Samaniego

Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil  
Dirección General de Salud Mental. Santander

**Correspondencia:**

S. Otero  
Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil. Dirección General de Salud  
Mental. C/ Marqués de la Hermita, N°8. 39009 Santander (Cantabria)

## Proyecto de Salud Mental Infanto Juvenil para Cantabria I: Estudio y priorización de Necesidades

### *Child and Adolescent Mental Health Project in Cantabria I: Needs Assessment and Needs Priority*

#### RESUMEN

*Antecedentes:* Cantabria es una pequeña región del norte de España con una población de 525000 habitantes de los cuales 100000 son menores de 18 años. En el año 1998 se ha contratado a un equipo de profesionales para la asistencia a la Salud Mental de niños y adolescentes de la región. La primera tarea de este equipo ha sido la elaboración de un Proyecto Asistencial para esta población. En esta primera parte del artículo se describen los recursos existentes, el estudio de necesidades y el proceso de priorización de las mismas, y en una segunda parte se describirá el proyecto.

*Metodología:* Se han recabado datos demográficos, epidemiológicos, sobre recursos sociales, sanitarios y educativos. Para el estudio de las necesidades se ha utilizado la técnica de la entrevista a figuras claves. La priorización se ha realizado mediante el método Hanlon, estableciéndose unos criterios adecuados y considerando la limitación de recursos y el contexto político-social.

*Resultados:* Las prioridades se han establecido en atender inicialmente el segmento de edad de 0-14 años, para progresivamente implantar la atención hasta 18 años, una ubicación geográfica en tres centros que garantice la accesibilidad y un funcionamiento a segundo nivel asistencial.

#### PALABRAS CLAVE

Salud Mental Infanto-Juvenil; Evaluación de necesidades; Priorización de necesidades; planificación; programación.

#### ABSTRACT

*Background and Objective.* Cantabria is a small region in the North of Spain with 525000 inhabitants, 100000 of them under 18 years old. In 1998 a CAMH service was created to provide for the mental health of those children and adolescents. The CAMH team's first task was to develop a Child and Adolescent Mental Health Program. This first report describes the resources, the needs assessment and their priority.

*Method.* Epidemiological data, health indicators and information on health resources were collected. Interviews with "Key Professionals" were also used. Needs Priority was established using the Hanlon Method. The third stage was to plan the Program Implementation, taking into account the organisational context, the scarcity of resources and the political background.

*Results.* Priority has been assessed in starting with an outpatient CAMH service for children up to 14 years old.

236 *Next stage will be to cover children and adolescent under 18 years old. The CAMH outpatient service will be in a second tier of Health Organisation, with a geographical distribution respecting equity of access to medical care. Different stages in Planning a Program for a Child and Adolescent Mental Health Service and the decision-making process are presented, and its challenges and limitations discussed.*

#### KEY WORDS

*Child and Adolescent mental health services (CAMHS), Needs Assessment; Needs Priority; Planing; Program Implementation*

#### INTRODUCCIÓN

Los "Derechos del Niño", aprobados por la Organización de Naciones Unidas en 1989, y ratificados por el Parlamento Español en 1990, otorgan por primera vez un papel protagonista al menor en la sociedad, y reconocen que la infancia debe ser atendida en sus necesidades físicas, psíquicas y sociales, en lugares apropiados, y por profesionales cualificados especialmente para esta etapa de la vida.

La Ley General de Sanidad española y el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica expresan el carácter especial de los problemas relativos a la salud mental infantil, y considera que las medidas existentes resultan deficitarias y sin un marco global de planificación y ordenación en el seno del sistema de cuidados de salud mental. De esta forma se constata que la psicopatología del niño y del adolescente tiene unas peculiaridades que la diferencian significativamente de la del adulto.

En la Comunidad de Cantabria, la Ley de Salud Mental ha creado un programa de atención a los problemas de salud mental del niño y del adolescente. En el nuevo Plan Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Cantabria 1998-2000, aprobado por el Consejo de Gobierno de fecha 30 de abril de 1998, se contempla la atención a estos problemas (programa 10), mediante la creación de una red de unidades de salud mental infante-juveniles.

Como resultado de esta actuación la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Diputación de Cantabria ha creado el Programa de Salud Mental Infante-Juvenil (SMIJ) en Octubre de 1998, con un equipo de profesionales sanitarios (3 psicólogos y 3 psiquiatras). La prime-

ra tarea de este equipo ha sido la elaboración de un estudio de necesidades y de un proyecto general de actuación en el campo de la Salud Mental de niños y adolescentes. El Estudio de Necesidades y el proceso de Priorización se resumen en el presente artículo.

#### ESTUDIO DE NECESIDADES

La evaluación de la situación actual de la atención a la SMIJ se ha realizado a través de un estudio de necesidades. A través de este estudio se han valorado los recursos de la comunidad y las deficiencias del sistema asistencial en esta área. Para elaborar esta parte del proyecto se han recabado datos sociodemográficos y epidemiológicos, se ha contactado con profesionales de diferentes ámbitos en contacto con la población objeto y se han recogido experiencias de otras regiones.

#### Aspectos Sociodemográficos

La Comunidad Autónoma de Cantabria, localizada en la comisa septentrional de la Península Ibérica, ocupa una extensión de 5.321 Km cuadrados, siendo su población de 527.326 habitantes (INE 1991). Es una región con una orografía montañosa que tradicionalmente, exceptuando la franja litoral llana, ha dificultado las vías de comunicación.

De acuerdo con los datos aportados por el INE, en 1991 la población entre 0 y 14 años era de 96628 habitantes, y la de 15 a 19 de 42183 habitantes. Las previsiones del I.N.E para el año 2.005 son de 99.772 habitantes en el grupo de edad comprendido entre los 0 y los 19 años, un 19% del total (Plan Regional de Salud Mental Infante Juvenil de Cantabria 1997).

En la tabla 1 aparecen los datos estimados para 1997 a partir de los datos de 1991.

#### Recursos Socio-Sanitarios Destinados a la Población Infante Juvenil

El presente apartado resume los recursos sanitarios, sociales, educativos y judiciales de la comunidad de Cantabria para la población de 0 a 18 años.

*Recursos sanitarios:* El territorio de nuestra comunidad autónoma está dividido en demarcaciones geográficas. Existen cuatro áreas de salud, con responsabilidades tanto en cuanto a la atención primaria de la salud, como a la especializada: Santander, Laredo, Reinosa y Torrelavega. Los pediatras atienden a la población de 0 a

**Tabla 1 Tasas de población de Cantabria por intervalos de edad. (Tomado del INE 1991)**

	TASAS 1991	TASAS 1997
<i>Población Total</i>	527.326 habs.	526.541 habs.
<i>15-19 años</i>	42183 8%	38947 7,4%
<i>10-14 años</i>	41454 7,8%	29370 5,5%
<i>5-9 años</i>	31441 6%	23102 4,4%
<i>0-4 años</i>	23733 4,5%	20978 4%
<i>Total 0-19 años</i>	138811 (36,3%)	112397 (21,3%)

14 años y están incorporados al sistema de Atención Primaria de la Salud. A partir de los 15 años la población es atendida por el médico de familia.

La Residencia Cantabria, situada en Santander, es el hospital general materno- infantil. En ella se realizan los ingresos pediátricos (0-14 años) de toda la región así como la atención ambulatoria pediátrica especializada. A partir de los 15 la atención especializada y hospitalaria se realiza en los diferentes dispositivos generales de adultos. A nivel hospitalario no existe un servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil, habitualmente no se llevan a cabo labores de interconsulta, ni está establecido un Servicio de Psiquiatría de Enlace.

*Recursos sociales:* La Dirección General de Bienestar Social cuenta con servicios sociales comunitarios y con servicios específicos. Los servicios sociales comunitarios son desarrollados en 29 Unidades Básicas de Acción Social (U.B.A.S) que atienden a 102 Ayuntamientos de la región. Las U.B.A.S dependen orgánicamente de los ayuntamientos y funcionalmente del Gobierno Regional. Entre los servicios específicos, la Dirección General de Servicios Sociales cuenta con tres residencias de acogida para niños. Por otra parte existen diferentes asociaciones e instituciones que tienen conciertos y subvenciones, tanto de la Diputación como de diferentes organismos públicos. En algunas de ellas, se llevan a cabo funciones de apoyo asistencial, intervenciones familiares, funciones de acogimiento, etc. El Ayuntamiento de Santander tiene un Departamento de Prevención a cargo de un psicólogo social. Existen otros profesionales del ámbito social dependientes de diferentes ayuntamientos de la región.

*Recursos educativos:* Dentro del ámbito educativo, el Ministerio de Educación y Ciencia dispone de un Equipo

de Atención Temprana y de varios Equipos de Orientadores Escolares de Primaria, Secundaria y Bachillerato. En algunos centros escolares se contrata asistencia psicológica con gabinetes privados. Existen cuatro colegios de Educación Especial. Como consecuencia de la falta de dispositivos específicos de SMII, gran parte de la patología mental severa está sumergida en colegios especiales e instituciones que tienen una función más educativa que sanitaria. Existe un departamento de Salud Escolar, perteneciente a la Diputación Regional, encargado del desarrollo de programas preventivos.

*Recursos "Jurídicos":* En el ámbito judicial, la Fiscalía de Menores, cuenta con un equipo de apoyo técnico, constituido por una psicóloga, una asistente social y una educadora de calle.

### Organización de la Red Pública de Salud Mental

En la actualidad, la mayor parte de la población infanto-juvenil de Cantabria que requiere atención especializada en salud mental, es asumida por los mismos profesionales y en los mismos centros que los adultos. Las Unidades de Salud Mental en la región son cinco, de las cuales 4 dependen del INSALUD y una de la Diputación Regional. En todas las Unidades son los psicólogos quienes asumen la asistencia de la población entre 0 y 18 años, aunque esto no excluye la colaboración con enfermería y derivaciones a psiquiatría para apoyo psicofarmacológico.

Sólo existe en Cantabria un dispositivo ambulatorio específico de Salud Mental infanto-juvenil. Depende del Ayuntamiento de Santander y está constituido por 1 psiquiatra y 1 psicóloga. Su área de influencia es únicamente la población urbana de Santander y ocasionalmente recibe pacientes del resto de la región.

El Hospital Marqués de Valdecilla cuenta con un equipo de profesionales del Servicio de Psiquiatría, que mantiene desde hace años un programa de atención a los trastornos de la conducta alimentaria de todas las edades.

Los ingresos psiquiátricos agudos en menores de 14 años son raros y cuando se requieren se realizan en el área de pediatría. Los ingresos de adolescentes se realizan en la unidad de corta estancia del servicio de Psiquiatría del Hospital Marqués de Valdecilla.

Actualmente no existe un dispositivo específico que atienda a esta población, por lo que la asistencia a los problemas psíquicos de la infancia y la adolescencia en Cantabria es prestada por distintos servicios dependientes de diversas estructuras administrativas. La coordinación entre estos dispositivos es insuficiente y apenas

238 existen protocolos y programas que garanticen un abordaje integral de los problemas de salud mental de la población infantil y adolescente. Se hace imprescindible la creación de un servicio de salud mental infanto-juvenil, que se coordine con las instituciones relacionadas con el menor, y que garantice una derivación y comunicación fluida con los diferentes dispositivos asistenciales.

La orografía de la región determina una distribución desigual de la población y genera dificultades en el acceso a los servicios en algunas zonas. A la hora de decidir la ubicación del dispositivo específico de SMIJ, deben tenerse en cuenta estas condiciones para facilitar la accesibilidad de todos los usuarios.

#### Epidemiología de los Trastornos Mentales en la Infancia y Adolescencia.

Existen numerosos estudios sobre la prevalencia de psicopatología en la población infanto-juvenil, la mayoría llevados a cabo fuera de nuestras fronteras. No obs-

tante, no son de esperar variaciones sustanciales en las cifras de prevalencia, y son de utilidad a la hora de planificar la provisión de servicios.

En la tabla 2 se recogen los porcentajes de prevalencia obtenidos para diferentes síndromes y el número de casos que hemos estimado para Cantabria. Las cifras son coincidentes en la mayoría de los estudios internacionales (Kurtz 1996; Mardomingo 1994), a pesar de que existen diferencias en cuanto a la metodología utilizada, y en los sistemas de clasificación, que dificultan su agrupación y lectura. Datos similares a los comentados ofrece un estudio realizado en nuestra región con población urbana, (M. Rivas 1989). Entre los 8 y los 15 años, se obtuvo una prevalencia global de psicopatología del 11,4%, siendo en los varones de un 14,48% y en las mujeres de un 8,12%.

A modo de resumen, la población entre 0 y 19 años estimada en Cantabria es de aproximadamente de 110.000 habitantes. Los datos de prevalencia de psicopatología de nuestra comunidad son similares a los encon-

**Tabla 2** Datos de prevalencia para diferentes síndromes

Síndromes	Prevalencia	Casos estimados en Cantabria *
Trastornos del estado de ánimo	- T. Depresivos 0,3-5% - T. Bipolares 0,6% de 14-18	- 300-5000 - 220
Trastornos de ansiedad	7,5% - 15,4%	- 7500-15400
Trastorno obsesivo-comp	0,35% - 0,70%	- 350-700
Trastornos gen. del desarrollo	- Autismo 2-5/10.000 - TGD atípico 1/200 - T Desintegrativo 2/10.000	- 20-50 - 500 - 20
Esquizofrenia	0,3 - 1%	- 300-1000
Trastorno hiperquinético	2,2% - 10%	- 2200-10000
Trastorno disociales	4% - 8%	- 4000-8000
Tentativas suicidas	2 - 4% de adolescentes	- 750-1500
Suicidio	7,6 por 100.000 entre 15 y 19 a.	- 2.8
Trastorno de la conducta alimentaria	- Anorexia 0,55-1% - Bulimia 1%	- 500-1000 - 1000
Trastorno de tics	10 - 13%	- 10000-13000
Trastornos del control de esfínteres	- Enuresis 1-8% - Encopresis 0,3-2%	- 1000-8000 - 300-2000

\* Cifras estimadas sobre una población aproximada de 100.000 habitantes 0 a 18 años en nuestra región. Para los adolescentes entre 14 y 18 se calcula en aproximadamente 36000 habitantes. (Vease también la tabla X)

trados en otros países y regiones de nuestro entorno. Por tanto entre 10.000 y 25.000 niños y adolescentes de nuestra región son susceptibles de presentar, en algún momento, un problema que motive una demanda específica de evaluación y/o tratamiento en Salud Mental.

### **Necesidades percibidas por los profesionales en contacto con la población infanto-juvenil**

Como parte del análisis de las necesidades de Cantabria se utilizó la "técnica de enfoque a través de informadores clave". Siguiendo este método se contactó con los profesionales de la comunidad en contacto con la población en estudio, y considerados expertos en diferentes ámbitos de la vida del niño y del adolescente (Tabla 3). Los datos obtenidos sirvieron además para completar la información sobre los recursos anteriormente descritos.

En los dispositivos relacionados con la salud mental se visitó a todos los psicólogos que trabajan con niños. En el resto de profesionales, pediatras, médicos de familia, orientadores, pedagogos, psicólogos, asistentes sociales, educadores de calle, la elección se realizó al azar, y en algunos casos por su accesibilidad y disponibilidad.

**Tabla 3 Profesionales seleccionados en los diferentes ámbitos**

#### *Sanitario*

Criterio: Expertos en salud mental que están asistiendo niños y adolescentes.

- Psicólogos de las Unidades de Salud Mental.
- Psicólogos de Hospital General.
- Especialistas en pediatría y neuropediatría del Hospital General.
- Equipo de Salud Mental Infanto-juvenil del Ayuntamiento de Santander.
- Especialistas en pediatría y medicina de familia de los Centros de Atención Primaria del INSALUD.

#### *Escolar*

- Profesionales pertenecientes a los equipos de orientación de la Consejería de Educación.
- Profesionales de Atención Temprana.
- Servicio de Salud Escolar de la Consejería de Sanidad.

#### *Social*

- Profesionales del área del menor de la Dirección General de Bienestar Social.
- Asistentes sociales y educadores de calle pertenecientes a diferentes ayuntamientos.
- Representantes del departamento de prevención del Ayuntamiento de Santander.

#### *Judicial*

- Equipo de valoración psicológica de la fiscalía de menores.

**Tabla 4 Entrevista realizada a los informantes clave**

- ¿Aproximadamente cuántos pacientes nuevos hasta 18 años acuden al mes?
- ¿Cuáles son los motivos de consulta más frecuentes en esta población?
- ¿Quién suele hacer la demanda?
- ¿Existe algún tipo de protocolo o programa que se esté utilizando actualmente?
- ¿Qué problemas/carencias considera en la actualidad?
- ¿Cuáles son las necesidades que percibes?

El instrumento utilizado es una entrevista que consta de 6 preguntas abiertas con las que se pretende conocer, a través de las opiniones expresadas por los entrevistados, el funcionamiento actual de los diferentes dispositivos, así como los problemas y necesidades sentidas desde los mismos. (Véase tabla 4). La entrevista fue similar para todos los participantes, aunque se hizo necesario reformular algunas cuestiones para adaptarlas a los diferentes profesionales.

La mayoría de los profesionales consultados, a pesar de las diferentes perspectivas, coinciden en señalar la necesidad de crear dispositivos específicos de Salud Mental Infanto-Juvenil que atiendan población de 0 a 18 años a nivel ambulatorio, con un funcionamiento coordinado pero independiente de los servicios de adultos. En el ámbito hospitalario se considera preciso la atención a la interconsulta y la posibilidad de efectuar ingresos motivados por patología psiquiátrica en dicho grupo de edad. Desde los dispositivos no sanitarios se plantea el establecimiento de vías de derivación directa a SMIJ.

Los problemas a los que habría que dar respuesta son: patología severa, patología frecuente generadora de mucha demanda, y aquella que va asociada a elevada alarma social. La derivación por programas de patologías específicas parece complicada por las dificultades en establecer criterios claros de derivación. En este caso se plantea la necesidad de programas amplios y flexibles, o bien la opción de limitar por grupos de edades.

### **Experiencias de puesta en marcha y funcionamiento de Servicios de Salud Mental Infanto-juvenil de otras regiones.**

Otro aspecto a tener en cuenta para el desarrollo de este proyecto es la experiencia de la puesta en marcha de otros SMIJ en otras regiones así como su funcionamiento actual. Para ello se contactó con profesionales del País

240 Vasco, Navarra, Asturias y Galicia. También se consultaron documentos escritos de proyectos de Salud Mental Infanto-Juvenil de otras comunidades y se consideró la experiencia y formación de alguno de los integrantes del equipo en otras regiones y países de la CE.

La mayoría de los servicios de SMIJ funcionan como un segundo nivel, y en aquellos que funcionan como tercer nivel (Navarra, Andalucía) se hace por razones de escasez de recursos, aunque los propios profesionales consideran más idónea la organización como segundo nivel. En la mayoría de las Comunidades la demanda es abierta desde sanidad, servicios sociales, educación e incluso como demanda directa de los padres o tutores del menor.

La dotación habitual incluye asistencia ambulatoria en centros separados de los de adultos y adecuados a la población a la que se asiste. Casi todos cuentan con una sección de psiquiatría de enlace hospitalaria, que recibe demanda desde el propio hospital o desde las consultas externas de especialidades, y que depende del servicio de SMIJ o del de Pediatría. A pesar de la necesidad manifestada por muchos profesionales, la mayoría de las Comunidades carecen de dispositivos públicos específicos de ingreso psiquiátrico para niños y adolescentes. Hasta los 14 años suelen ingresar en los servicios de pediatría y el resto en psiquiatría de adultos.

Los profesionales que trabajan en SMIJ atienden generalmente población entre 0 y 18 años salvo en algunas regiones como Asturias en que el límite está en los 16 años. La dotación de recursos es heterogénea incluso dentro de una misma Comunidad Autónoma, y la queja de falta de recursos adecuados, sobre todo de personal, es la norma. Los equipos incluyen además de psiquiatras y psicólogos con formación específica, otros profesionales no sanitarios: asistentes sociales y auxiliares administrativos, imprescindibles para la adecuada atención a los problemas de salud mental de niños y adolescentes. La mayoría de los profesionales consultados consideran más adecuado, en caso de tener que priorizar, hacerlo por edades mejor que por programas de patologías concretas, debido a la menor dificultad en la derivación y en la organización interna del equipo.

Con respecto a las relaciones con otros servicios e instituciones, un aspecto a cuidar es la identidad del equipo de SMIJ, trabajando en colaboración pero independientemente de los servicios de psiquiatría de adultos y de pediatría. Una comunicación directa y fluida con los dispositivos de atención sanitaria y con el resto de las instituciones en contacto con niños y adolescentes facilita el trabajo y mejora la calidad de las derivaciones. Se subra-

yó la necesidad de mantener la calidad asistencial y la formación continuada del equipo de SMIJ, lo que redundará sin duda en beneficio del usuario del servicio.

Esta primera parte del proyecto ha servido, además de para obtener información necesaria en la posterior toma de decisiones, para tomar contacto con los diferentes profesionales que trabajan con niños y adolescentes, y dar el primer paso a la hora de establecer una adecuada comunicación, esencial para el desarrollo de la actividad de un equipo de SMIJ.

#### **Determinación y Priorización de Necesidades.**

Como ya se ha comentado, el servicio de SMIJ de Cantabria está formado por 3 psicólogos clínicos y 3 psiquiatras. Este equipo se coordina con el del Ayuntamiento de Santander, formado por 1 psicóloga y 1 psiquiatra. Esta dotación de personal supone 1 profesional por cada 62000 habitantes. De acuerdo con las directrices de países europeos de nuestro entorno y similar desarrollo sanitario, ésta sería insuficiente para atender las necesidades de la población entre 0 y 18 años, que se calcula en torno a 11 profesionales para atender de 0-14 años, incluyendo todos los servicios enumerados en el plan Regional de Salud Mental con una aceptable calidad asistencial. Para asumir el período de los 15 a los 18 años serían precisos otros 10 profesionales clínicos, prácticamente duplicar el personal requerido. (Goodman 1997)

Teniendo en cuenta esta situación y la imposibilidad de abarcar toda la asistencia de la población infanto-juvenil, se plantea la conveniencia de determinar las necesidades prioritarias.

Partiendo del conocimiento de los problemas y necesidades obtenidas en la fase anterior, así como de la realidad y características propias de la región, el equipo procedió a la toma de decisiones para priorizar unas necesidades sobre otras. Este proceso implica una ordenación de las necesidades de tal forma que las más prioritarias se den respuesta en las primeras fases de la planificación y el resto sean progresivamente incorporadas en las sucesivas etapas del proyecto, en función de la disponibilidad de recursos.

Como punto de partida se han adaptado los criterios propuestos por Goodman (1996), que son los generalmente aceptados por los expertos. Los presentamos en la tabla 5.

Se plantean diferentes posibilidades a partir de los criterios señalados:

- Dar prioridad a una área geográfica.
- Dar prioridad a programas específicos para patologías concretas.

**Tabla 5** Criterios de priorización de necesidades en el campo de Salud Mental Infante-Juvenil

- La importancia del problema: prevalencia, severidad/gravedad de los síntomas y consecuencias de los mismos para el niño y su entorno.
- Eficacia y aplicabilidad de las intervenciones disponibles.
- Colaboración con otras instituciones públicas (sociales, educativas) cuando la contribución del Servicio de Salud Mental Infante-Juvenil sea específica e insustituible.
- Igualdad de acceso al servicio: se pretende facilitar, en la medida de lo posible, el acercamiento del servicio de SMIJ a la población que lo demande sin discriminaciones por razones de sexo, cultura, nivel socioeconómico o residencia.
- Realidad socio-política de la región. Como ya se mencionó anteriormente la dotación de recursos materiales y humanos del Servicio de SMIJ de Cantabria es por el momento precaria, y ese factor justifica no solo la necesidad de priorizar sino también qué se debe priorizar.

- *Dar prioridad a un segmento de edad.*
- *Dar prioridad a un nivel de organización asistencial, adoptando un modelo de tercer nivel.*

Si optamos por establecer un único centro, Santander al ser el núcleo con mayor población sería la ubicación elegida. A priori este planteamiento contraviene el criterio de igualdad y accesibilidad de los usuarios a los servicios. La ubicación en tres centros, Santander, Torrelavega y Laredo, mejora considerablemente estos aspectos.

La posibilidad de trabajar limitando la demanda a través del establecimiento de programas en función de patologías concretas se consideró como la más adecuada en un principio. Su flexibilidad facilita el trabajo en la medida de las posibilidades del servicio y su eficacia es relativamente de fácil cuantificación. Sin embargo, conforme se analizaba la situación, y especialmente las opiniones de los informadores clave, se pusieron de manifiesto numerosas dificultades. Los diagnósticos son poco fiables y ello dificulta el establecimiento de criterios de

inclusión. Como consecuencia la derivación puede resultar complicada. Otro problema es el de aquellos casos derivados que al no encajar en los programas establecidos no pueden ser asumidos, generando descontento en la población y frustración en el profesional. Por todo ello, se cuestionó su aplicabilidad.

Por otra parte, la opción de establecer un límite de edad, de 0-14 años, presenta ventajas: el consumo de recursos entre los 0 y los 14 años es similar al que se produce entre los 15 y los 17. La organización sanitaria facilita que se atienda a este grupo de edad, ya que corresponde con su asistencia en el nivel pediátrico. La patología adolescente se asemeja más a la del adulto y es relativamente frecuente su continuidad, por lo que resulta más fácilmente tratable en las USM de adultos.

La elección de un segundo nivel de atención parece la más apropiada para la disponibilidad de recursos y la organización asistencial de nuestra región.

Finalmente en la etapa inicial se da prioridad a la labor asistencial sobre la preventiva. El trabajo asistencial en SMIJ tiene "per se" un marcado carácter preventivo, y además la prevención requiere una información previa que difícilmente puede adquirirse sin una adecuada labor asistencial.

#### *Agradecimientos:*

Queremos agradecer la colaboración prestada por todos los profesionales de los diferentes ámbitos de nuestra comunidad sin cuya aportación no hubiera sido posible la elaboración del presente documento.

Así mismo queremos agradecer la desinteresada colaboración del Dr Lasa, del Dr Pedreira Massa, y del equipo de SMIJ de Pamplona que contestaron pacientemente todas nuestras dudas y preguntas y nos dieron sabios y experimentados consejos.

Al Dr J. Artal y al Servicio de Salud Mental de la Diputación de Cantabria que han confiado y nos han animado en nuestro trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ley de Salud Mental de Cantabria, programa de atención a los problemas de salud mental de la población infanto-juvenil, Santander 1997.
2. Memoria de Salud Mental: Atención Infanto-Juvenil, Subdirección de Salud Mental, Servicio Navarro de Salud, 1997.
3. La organización de la Atención Especializada en Salud Mental Infantil, Instituto Andaluz de Salud Mental, Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Junta de Andalucía, 1988.
4. Child and Adolescent Mental Health Services, Commission Role and Management of Child and Adolescent Mental Health Services, 1995.
5. Díaz González R. J & Hidalgo Rodrigo I. "Plan de gestión e integración de un servicio de psiquiatría en un área de salud", Servicio de Psiquiatría, N.S. de Sonsoles, Avila 1995.
6. Garralda M E., "Managing children with psychiatric problems", British Medical Journal Pub. Group, London. 1996.
7. Goodman R. Child and Adolescent Mental Health Services: reasoned advice to commissioners and providers", Maudsley Discussion Paper nº 4, London, 1997.
8. Goodman R. (1997) "Who needs child psychiatrist?" Child Psychology & Psychiatry Review, 2, nº1, 15-21.
9. Hughes T; Garralda ME; Tylee A. "Child Mental Health Problems", St Mary'S CAP London 1995.
10. Kurt. Z. National Mental Health "Treating children well", The Mental Health Foundation, London 1996.
11. Mardomingo MJ, "Psiquiatría del niño y del adolescente", Ed Díaz de Santos, Madrid, 1994.
12. Otero S. "La psiquiatría Infanto-juvenil: el modelo británico" Ponencia presentada en las Jornadas sobre Psiquiatría Infanto-Juvenil, Santander, Mayo 1997.
13. Pedreira Massa J.L.; (coord.) "Documento de Acreditación Específica de psiquiatría y psicoterapia de la infancia y la adolescencia: una propuesta para España". Madrid, 1995.
14. Pedreira Massa J.L. "La epidemiología en Psiquiatría y Salud Mental de la infancia y la adolescencia en la actualidad: límites y perspectivas", Rev. Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil, 1995, 2, 120-126.
15. Pedreira Massa J.L. "La atención a los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia: de la planificación a la realidad", Ponencia presentada en las Jornadas sobre Psiquiatría Infanto-Juvenil, Santander, Mayo 1997.
16. Pineault R. & Daveluy C. "La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias" Ed. Masson, Barcelona 1989.
17. Rivas Terán M. "Psicopatología de la edad escolar", Ed. Universidad de Cantabria, Santander 1995.
18. W.H.O. Convención sobre los Derechos del Niño y de la Niña, 1989, (trad. esp. de ADIN).