

CONCLUSIONES DE LA REUNION DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE «EL PERFIL PROFESIONAL DEL PAIDOPSIQUIATRA»

Inst. Reg. de Estudios de la Consejería de Salud y Bienestar Social.
Comunidad Autónoma de Madrid. Julio 85.

I. INTRODUCCION

Un grupo de trabajo formado por expertos en Psiquiatría Infantojuvenil, constituido por los profesionales que se relacionan en el Anexo I, se reunió el pasado 6 de julio en Madrid, convocado por el Instituto Regional de Estudios de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Comunidad Autónoma de Madrid, con el objeto de discutir y obtener conclusiones, elaborando las correspondientes recomendaciones, en algunos aspectos importantes del área de la salud mental infantojuvenil que influyen decisivamente en la configuración del perfil profesional del Paidopsiquiatra. Se abordaron, entre otros, temas tales como recursos asistenciales, la formación del psiquiatra infantil, el análisis de la demanda, la hospitalización en psiquiatría infantojuvenil y la atención al adolescente.

El marco general de referencia en el que deberían inscribirse los anteriores puntos lo formaron los criterios marca-

dos hoy día para la atención a la Salud Mental en el sector público:

- Una atención integrada, íntegra e integral.
- El carácter comunitario y sectorizado.
- A cargo de un equipo multiprofesional.
- Con preferente desarrollo de los recursos extrahospitalarios.
- Manteniendo insertado en la medida de lo posible al niño y al adolescente en su medio familiar y social habitual.
- Con especial atención a las tareas de prevención y diagnóstico precoz.
- Dando apoyo a través de interconsultas al primer nivel asistencial, a los dispositivos de otras Instituciones y a los mediadores y agentes sociales relacionados con los problemas de la infancia y adolescencia inadaptadas.
- Manteniendo una continuidad en

las diferentes acciones emprendidas.

- Coordinando sus recursos y actuaciones con el resto del equipo de Salud Mental, principalmente en los temas referentes a la adolescencia y a la familia.

El grupo se desarrolló en sesiones de mañana y tarde, utilizando como método de trabajo la introducción de cada uno de los apartados concretos por un ponente, durante no más de diez minutos, con el objeto de servir de marco a la discusión general, durante aproximadamente una hora. Al final del día el relator ofreció una versión provisional de las conclusiones obtenidas que fue a su vez discutida y aprobada por unanimidad.

Actuó como moderador de las sesiones el Dr. José Rom Font y como relator el Dr. Prudencio Rodríguez Ramos, coordinando la reunión el Dr. José Luis Alcázar y presidiéndola el Dr. Vicente López Camos.

II. RESUMEN DE LAS CONCLUSIONES OBTENIDAS EN CADA TEMA PARCIAL

A. RECURSOS ASISTENCIALES

Introducción:

Dr. JOSE LUIS ALCAZAR
(IRES DE LA C. DE SALUD
Y BIENESTAR SOCIAL DE LA
COMUNIDAD DE MADRID)

En la exposición del tema se hizo una breve relación de los diferentes recursos, tanto humanos como de lugares terapéuticos que hoy en día se dedican a la atención de los problemas de la Salud Mental Infantojuvenil en los países de nuestro entorno geográfico y cultural, con similares niveles de desarrollo.

En la discusión se trataron diferentes aspectos del tema de los que resultaron las conclusiones que a continuación se exponen.

CONCLUSIONES

1. La intensa preocupación compartida por el grupo de trabajo, ante la situación actual de la psiquiatría infantojuvenil, dado que, además de ser insuficientes los recursos con que se cuenta, existe una falta de utilización mínimamente coordinada de los mismos.
2. El conocimiento escaso por parte de la Administración en lo referente a cantidad, distribución funcional y objetivos de los recursos, dando lugar todo ello a un solapamiento de funciones y encarecimiento de la asistencia prestada.
3. La necesidad de una gestión coordinada entre los diversos organismos asistenciales de las entidades estatales, autonómicas y locales, para superar los actuales conflictos de competencias que sufren tanto los propios organismos rectores como los equipos asistenciales de Salud Mental Infantojuvenil.
4. En la actualidad el rendimiento y la calidad dependen más de un voluntarismo de los equipos asistenciales que de las directrices y evaluación de gestión emanados de los órganos competentes.
5. Es imprescindible la creación, a partir de los equipos actualmente existentes, de unidades funcionales con una distribución sectorizada de competencias, coordinadas desde un centro rector, que presen atención integral y continuada en las distintas fases de los trastornos psíquicos.
6. En estas unidades se deben establecer unos programas de asisten-

cia especificando funciones y, objetivos a cumplir, realizados conjuntamente entre quienes realizan la asistencia y los órganos de planificación y evaluación. (Programación compartida.)

7. Esta programación debería tener en cuenta la necesidad de una dotación de recursos mínima para que la acción de los equipos sea posible y efectiva.
8. Los recursos intra y extrahospituarios actuales deberán estructurarse en cuanto a funciones y objetivos de acuerdo con las necesidades de la población asistida y que pueden diferir según el marco demográfico, geográfico y social en que se encuentren enclavados.
9. La preocupación por la existencia de una serie de recursos «apócrifos», semioficiales y privados que funcionan en base a una planificación autárquica, incluso recibiendo subvenciones oficiales, que conviene tener en cuenta para conocer y reorientar su acción a la hora de planificar la asistencia.
10. La proposición de un sistema de organización de los recursos asistenciales basado en el Equipo de Salud Mental en el que esté integrado el Equipo de Salud Mental Infantojuvenil, contando éste con la suficiente entidad y capacidad de gestión administrativa y funcional como para desarrollar los recursos que le sean asignados y adaptarlos a su zona de actuación y responsabilidad.
11. La necesidad de establecer unos límites que definan los campos que requieren la atención diferenciada de algunos de los problemas infantojuveniles, tal como ocurre con los derivados de la enseñanza, bienestar social, justicia, etc.

Además el equipo de Salud Mental Infantojuvenil debería estar relacionado, a través de las comisiones necesarias, con todas aquellas Instituciones que se relacionan con la infancia y adolescencia inadaptada.

12. Se considera necesario reseñar que una parte importante del tiempo de trabajo del equipo, deberá estar dedicado a los programas de sensibilización y formación en el área de la Salud Mental Infantojuvenil dirigidos a los profesionales sanitarios del primer nivel asistencial y a aquellos mediadores y agentes sociales en contacto con el niño y adolescente en su entorno natural.
13. La creación y mantenimiento de unos equipos complejos y costosos, pero imprescindibles para cumplir los programas de Salud Mental Infantojuvenil con criterios de eficacia, eficiencia y efectividad, hace necesario que éstos actúen sobre unos núcleos numéricamente importantes de población, y de forma sectorizada en relación a las áreas sanitarias resultantes de la composición del mapa sanitario.

RECOMENDACIONES

Es urgente y necesario el desarrollo, en los órganos correspondientes de planificación de cada Comunidad Autónoma, de una unidad específica, que de forma coordinada con el Servicio que se encargue de la planificación general en Salud Mental, se ocupe de los aspectos relativos a la planificación y programación en Salud Mental Infantojuvenil. Dicha unidad debe estar formada por especialistas y actuar con los siguientes criterios:

1. Evaluación de los recursos existentes.
2. Coordinación de los mismos antes de crear otros nuevos.
3. Realizar aquellas reconversiones que se consideren oportunas para mejor aprovechamiento y puesta al día de los recursos.
4. Diseño de programas y objetivos de acción.
5. Evaluación continuada de los programas.
6. Dotación suficiente de recursos y medios a los equipos asistenciales.
7. Exigir acreditación específica a los técnicos que trabajen en los equipos y programas de Salud Mental Infantojuvenil.
8. Atención adecuada a la investigación y formación continuada.
9. Los equipos de S.M.I. se coordinarán de manera adecuada con el resto de recursos sanitarios y sociales del área (rehabilitación, logopedia, educación, sanitarios de todo tipo, etc.) con el fin de evitar solapamiento o duplicidad en las prestaciones asistenciales y a fin de que cada sector se ocupe de sus responsabilidades.

B. FORMACION DEL PSIQUIATRA INFANTOJUVENIL

Introductor:

Dr. LUIS PELAZ

(Director del Centro de Salud Mental Infantojuvenil del AISN. Madrid).

En la introducción al tema de discusión se hizo mención a la amplia formación necesaria del psiquiatra infantil, quien, procediendo a las ciencias médicas, debe completar su preparación con los conocimientos necesarios

en los aspectos psicodinámicos, de psicología evolutiva, teorías sistémicas y de la comunicación, etc.

A continuación se comenzó la discusión del grupo de trabajo, llegándose a las siguientes conclusiones.

CONCLUSIONES

1. Es imprescindible que la Psiquiatría Infantojuvenil sea reconocida oficialmente como una Especialidad Médica o al menos como un Área de Capacitación Específica, ya que nuestro país es el único de Europa, y no sólo de la Europa Comunitaria, que no reconoce la existencia de dicha especialidad.
2. Esta exigencia resultaría de obligado cumplimiento ante la necesidad de adaptar nuestra legislación a la de la Comunidad Económica Europea para permitir un adecuado intercambio de personal en esta área médica y proteger los derechos de los profesionales de la Psiquiatría Infantil en España.
3. Para que se obtenga el mencionado reconocimiento oficial se consideraría necesario:
 - Incrementar el porcentaje de formación en materia de Psiquiatría Infantojuvenil en los programas de pre y postgrado.
 - El establecimiento de un plan específico de formación en Psiquiatría Infantojuvenil.
 - En el mismo se tendrán en cuenta los aspectos biológicos, psicodinámicos y sociales de dicha especialidad, desarrollándose con el necesario equilibrio y criterios de atención integrada en programas de Salud Pública.
 - Dicho plan debería ser elaborado por representantes de las

Universidades y Asociaciones Científicas directamente vinculadas con la Psiquiatría Infantojuvenil.

- Para hacer frente a la falta de regulación actual a la enseñanza de la Psiquiatría Infantojuvenil, se sugiere la posibilidad de establecer un sistema de «acreditaciones docentes», en cuanto a programas y lugares de formación, avalados por la Institución competente (Comunidades Autónomas y/o Universidad) y las Sociedades Científicas de Psiquiatría Infantojuvenil oficialmente reconocidas.

RECOMENDACIONES

1. Exigir el reconocimiento de la Psiquiatría Infantil como especialidad médica en base a los ordenamientos legales actuales.
2. Creación de programas de formación pre y postgraduados específicos.
3. Estos programas deberán tener en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales imprescindibles para la correcta formación del psiquiatra infantil, en un justo equilibrio sin hipertrofias parciales y deformantes.
4. Constitución de una Comisión para el estudio y desarrollo de estos aspectos integrada por representantes de la Universidad y de las Sociedades Científicas de Psiquiatría Infantil.
5. Como alternativa hasta un reconocimiento oficial, crear programas de formación y Acreditaciones avalados por las Instituciones anteriormente mencionadas.
6. Control de Calidad de los lugares y programas de formación.

C. ANALISIS DE LA DEMANDA

Introdutor:

Dr. FRANCISCO JAVIER
MENDIGUCHIA

Director del Hospital Psiquiátrico
Infantil Fray Bernardino Alvarez
(Madrid).

Se presentaron a título de ejemplo algunos datos y cifras relativos a las demandas efectuadas en los últimos años en una determinada zona de Madrid capital y en las que se aprecia la fuerte incidencia de los casos con edades inferiores a los 18 años.

Se comentan los tipos de trastornos que aparecen con mayor frecuencia como motivo de consulta y algunos datos relativos a las características socioeconómicas en relación con la demanda.

CONCLUSIONES

1. Hasta el momento presente no se han realizado suficientes estudios con una metodología adecuada que permitan conocer de manera fiable datos sobre prevalencia e incidencia de los trastornos relacionados con la salud mental infantojuvenil.
2. Se subrayan las discrepancias que aparecen entre los presupuestos teóricos y la realidad de una demanda alta y claramente superior a las posibilidades de cobertura actuales.
3. La falta de uniformidad en los criterios de recogida de datos dificulta la obtención de información epidemiológica válida para un intercambio de los mismos entre los técnicos de la salud mental infantil de las diferentes zonas del país.
4. La ausencia de responsabilidad sobre un sector determinado de población por parte de los equipos

de salud mental, plantea serias dificultades para la detección y el seguimiento de los casos y ello lleva a no poder actualmente contrastar algunas hipótesis como por ejemplo si la continuidad asistencial modifica realmente las demandas, qué diferencias cuantitativas hay entre las demandas de servicios por parte de la población adulta y de la infantojuvenil, etc.

5. Ante la gran influencia que ejercen los medios de comunicación social sobre la población y sus estilos de vida, existe la preocupación compartida de la necesidad de una información responsable y suficientemente asesorada para que no surjan ni la confusión ni las expectativas de difícil cobertura.
6. Dentro de los posibles canales de demanda en la salud mental infantojuvenil es necesario respetar aquellos que procedan directamente de la familia.

RECOMENDACIONES

1. Creación de un sistema homogéneo y homologado de recogida de datos epidemiológicos para la obtención de una información que permita un intercambio fiable de los mismos.
2. Estimular la creación de un grupo de trabajo para estudiar la viabilidad de un programa orientado al desarrollo de un registro acumulativo de datos para la población infantojuvenil.
3. Desarrollo de tareas precisas para conseguir los instrumentos necesarios que permitan la detección de las poblaciones de riesgo dentro de una comunidad, atendiendo a factores sanitarios y socioeconómicos.
4. Establecimiento de los canales de

demandas y derivación necesarios y agilizarlos para que cada petición sea atendida en el lugar correcto de los dispositivos asistenciales, evitando así la sobrecarga del equipo de salud mental con intervenciones que pueden corresponder a otros organismos (Educación, Bienestar Social, etc.).

5. Desarrollo de los programas necesarios para sensibilización y entrenamiento de los profesionales ajenos al equipo de salud mental y que están en contacto con la infancia y adolescencia con objeto de mejorar sus capacidades de detección y orientación adecuadas de las demandas.
6. Reconocimiento de la familia como posible fuente de demanda directa bajo determinadas condiciones.
7. Se estimularán estudios epidemiológicos y de demanda de tipo longitudinal en las áreas específicas.

D. ADOLESCENCIA

Introducción:

Dr. GONZALO MORANDE

Jefe de Sección de Psiquiatría
Infantojuvenil

Hospital Cruz Roja. Madrid

En la introducción se comentan algunos datos epidemiológicos y demográficos por los que se evidencia la situación de alto riesgo y baja cobertura asistencial en que se encuentra la población adolescente española.

Los recursos materiales y humanos requieren unas condiciones específicas en algunos aspectos para encajar con las características propias de la adolescencia, algunos de cuyos problemas quedan fuera del marco de acción de los equipos de Salud Mental Infantojuvenil. Finalmente se comentan los peli-

gros de realizar programas de asistencia muy específicos independientes de los programas de atención en salud mental infantojuvenil.

CONCLUSIONES

1. Se trata de una población numerosa, que dispone de pocos recursos asistenciales en cuanto a lugares de atención y equipos especialmente entrenados.
2. Las edades que abarcaría este sector de población serían las comprendidas entre los 12 y 18 años, teniendo en cuenta que se establece esta edad en base a criterios evolutivos y legales, sin que ello excluya la flexibilidad que exigen las variaciones individuales.
3. Existe un alejamiento de la población adolescente con respecto a los servicios públicos de salud general, lo que dificulta su seguimiento.
4. Dado que el individuo en estas etapas de su vida está todavía en un período de formación de la personalidad, es al equipo de Salud Mental Infantojuvenil, y a las estructuras que con él atienden los problemas del adolescente, a quienes les corresponde la cobertura asistencial.
5. Estos casos remarcan aún más la necesidad de una íntima colaboración con el resto del equipo de Salud Mental.
6. Se hace patente la conveniencia de crear lugares asistenciales específicos para la atención del adolescente en el área de salud mental (intra y extrahospitalaria) así como en aquellos servicios de salud general en los que se integran los servicios de Salud Mental así como los Servicios Sociales con los que han de coordinarse.

RECOMENDACIONES

1. Potenciación de programas de Salud Mental que puedan proporcionar una acción preventiva importante en las primeras etapas de la adolescencia, dado que es más fácil y efectivo el abordaje en estas fases que en las posteriores.
2. Entrenamiento adecuado del personal que trabajará directamente con el adolescente.
3. Creación de lugares específicos intra y extrahospitalarios para la atención de este sector de población.
4. Desarrollo de recursos alternativos de apoyo para adolescentes.
5. Atención especial a las relaciones entre los equipos de Salud Mental Infantojuvenil y los órganos relacionados con delincuencia, justicia y protección de menores en los temas relativos a la adolescencia.
6. Estimular el estudio conjunto de las unidades funcionales de S.M. de Adultos y S.M. Infantil de las Áreas sanitarias, con el fin de que la elaboración de programas para la adolescencia estipulen los criterios asistenciales y de cobertura para cada área según sus realidades concretas de formación, tipo de asistencia, situación de la demanda, etc.

E. HOSPITALIZACION

Dr. CARLOS COBO MEDINA
Jefe de la Unidad de
Psiquiatría Infantil
Hospital del Niño Jesús. Madrid.

En la introducción se comentan algunas ventajas e inconvenientes de la hospitalización en psiquiatría infantojuvenil,

criterios y la opinión de un grupo de expertos en Psiquiatría Infantojuvenil antes de acometer la misma.

5. Creación de los lugares alternativos anteriores y posteriores al Hospital Psiquiátrico Infantojuvenil de forma sincrónica y coordinada a las modificaciones y reconversiones que han de introducirse en el mismo, con objeto de evitar vacíos asistenciales.
6. Creación de recursos específicos para atender la hospitalización del adolescente dentro de los propios dispositivos generales de salud del área sanitaria.
7. Tener en cuenta a la hora de planificar los recursos para hospitalización, que en psiquiatría infantojuvenil se sobreponen, casi continuamente, los problemas biológicos, psíquicos y educativos, así como en la etapa de la adolescencia a éstos se añaden los de orientación profesional y justicia.
8. Permitir la movilidad del personal dentro de la Institución y proporcionarles los medios necesarios para que su formación y calidad de trabajo no se vean deteriorados por las duras condiciones que el mismo exige, tendiendo mediante la formación y el reciclaje oportunos, a una transformación de sus actividades hacia otros recursos extrainstitucionales y/o de asentamiento comunitario de base.
9. Valorar la importancia de la continuidad en el tratamiento por parte del equipo que habitualmente atiende al paciente en los dispositivos extrahospitalarios. En el caso de tener que recurrir al ingreso se regulará su mayor o menor implicación y responsabilidad en los cuidados a dispensar durante la fase de internamiento.

así como las diferentes formas de realizar dicha hospitalización. A partir de considerar la conveniencia de una mínima pero **inevitable hospitalización**, se llega a su **aceptación en determinados casos**. Se comentan algunas situaciones clínicas específicas y objetivos asistenciales (observación diagnóstica, terapia, situaciones de crisis) que requieren hospitalización, y se recomienda el desarrollo de recursos alternativos.

CONCLUSIONES

1. Evitar en lo posible la hospitalización, reservando para ella un mínimo de camas en el hospital general.
2. Valorar la conveniencia de que el equipo que realiza la asistencia ambulatoria mantenga una vinculación con los tratamientos que se realizan en régimen de hospitalización.
3. Llevar a cabo las actuaciones necesarias, tanto a nivel estructural como humano que permitan a los hospitales psiquiátricos infantojuveniles transformarse en centros de atención integral.

RECOMENDACIONES

1. Desarrollo de los recursos que permitan potenciar la hospitalización parcial.
2. Reducir al mínimo imprescindible las hospitalizaciones a tiempo completo.
3. Para aquellos casos en que esta medida terapéutica sea inevitable, articular lugares para la misma en hospitales generales.
4. En caso de plantearse la reconversión de algún recurso de hospitalización infantojuvenil ya existente, debería contarse con los

LISTA DE PARTICIPANTES ANEXO I

Dr. ALCAZAR, José L.

Instituto Regional de Estudios de la Consejería de Salud y Bienestar Social, Comunidad Autónoma de Madrid.

Dr. ANGULO, Fernando

Presidente de la Sociedad de Psiquiatría Infantil de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares.

Dr. CABAILEIRO FABEIRO, Luis F.

Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y Adolescente.

Dr. COBO MEDINA, Carlos

Jefe de la Unidad de Psiquiatría Infantil, Hospital «Niño Jesús» de Madrid.

Dra. GOMEZ FERRER, Concepción

Jefe del Servicio de Psiquiatría Infantil, Hospital Psiquiátrico «Román Alberca» de Murcia.

Dr. GUTIERREZ GOMEZ, Diego

Responsable de la Unidad de Psiquiatría del Hospital del Rey.

Dr. DE LINARES PEZZI, Miguel

Presidente de Honor de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil.

Dr. LOPEZ CAMOS, Vicente

Presidente de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil.

Dr. MENDIGUCHIA QUIJADA, Francisco

Director del Hospital Psiquiátrico Infantil «Fray Bernardino Alvarez», Madrid.

Dr. MOLINA CAMPUZANO, Luis

Ex-Director del Centro de D. y O.T. de la Cátedra del Hospital Clínico, Madrid.

Dr. MORANDE, Gonzalo

Jefe de Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Hospital de la «Cruz Roja», Madrid.

Dr. PEDREIRA MASSA, José L.

Responsable de la Unidad Infantil del Centro de Salud Mental de Mieres, Consejería de Salud del Principado de Asturias.

Dr. PELAZ LORENZO, Luis

Director del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil del AISN, Madrid.

Dra. PERTEJO, Jesusa

Profesora Titular de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid.

Dr. RODRIGUEZ RAMOS, Prudencio

Director del Centro de Conducta del AISN, Madrid.

Dr. RODRIGUEZ SACRISTAN, Jaime

Catedrático de Psiquiatría Infantil de la Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla.

Dr. ROM FONT, José

Director Médico del Centro de Autistas CERAC, Comarca del Vallés, Barcelona.

Dr. SORDO SORDO, Luis

Jefe del Servicio del Hospital Psiquiátrico Infantil «La Atalaya». Ciudad Real.

Dr. TORO TRALLERO, José

Profesor Titular de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona. Responsable de la Unidad de Psiquiatría Infantil del Hospital Clínico.

Dr. TORRES, Francisco

Director del Hospital Psiquiátrico Infantil «La Atalaya». Ciudad Real.

Dr. VICENTE, José Antonio

Responsable de la Unidad de Paidopsiquiatría de la Clínica Infantil de la Ciudad Sanitaria «La Paz». Madrid.

Dr. TOMAS VILALTELLA, José

Presidente de la Sección de Psiquiatría Infantil de la A.E.P. Jefe del Departamento de Psiquiatría Infantil del Hospital Valle de Hebrón. Barcelona.