

Adolescencia y trastorno mental grave: situación actual de la atención a la salud mental infanto-juvenil

Nerabetasuna eta gaixotasun mental larria: haurren gaixotasun mentalen egoera gaur egun

M. Zandio Zorrilla

Médico psiquiatra de la Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil del Hospital Virgen del Camino

RESUMEN

La adolescencia es una etapa crítica del desarrollo humano con implicaciones a niveles físico, psicológico y social, las cuales son determinantes en la consolidación del individuo adulto. Se trata de una etapa de gran exigencia ya que el adolescente debe realizar de la forma más satisfactoria posible varios cambios psicológicos, físicos y sociales, con la paradoja de que los adolescentes no son conscientes de su transcendencia. Dentro del desarrollo madurativo psicológico normal se encuentran cambios bruscos del estado de ánimo, reacciones desproporcionadas, disminución de la comunicación, etc, signos que dificultan la labor de detección de signos de alarma de enfermedad mental. Se precisa de una adecuada coordinación y formación entre los diferentes agentes que actúan en el entorno de los adolescentes (profesores, pediatras, psiquiatras, psicólogos, etc.) para poder realizar intervenciones preventivas se eficacia demostrada en el ámbito de la salud mental tanto primarias como secundarias (detección y tratamiento precoces).

CONCEPTO DE ADOLESCENCIA: ETAPA DE TRANSICIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que uno de cada cinco personas en el mundo es adolescente. La OMS define la adolescencia como la etapa que va entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana, de 12 a 14 años, y la adolescencia tardía, de 15 a 19 años.

La adolescencia es un continuo de la existencia del joven, en donde se realiza la transición entre el infante o niño de edad escolar y el adulto. Esta transición o cambio se realiza no solamente desde el

punto de vista biológico (aumento de peso, talla y secreciones hormonales, maduración cerebral), sino que se extiende a esferas psíquicas, sociales, intelectuales y sexuales. Esta transición de cuerpo y mente, proviene, no solamente de sí mismo, sino que se conjuga con el entorno. Durante la adolescencia, todos los individuos, en mayor o menor medida, presentan un grado de crisis de desarrollo, ya que los cambios y transformaciones que cubre el individuo en esta etapa son considerablemente acusados tanto en la esfera psíquica como en la orgánica. Algunas de las tareas principales que debe desarrollar el adolescente competen al ámbito social (establecer relaciones sociales más maduras con ambos sexos, lograr un papel social masculino o femenino, lograr una conducta socialmente responsable), psicológico (alcanzar la independencia emocional de los padres, adquirir una serie de valores propios, encontrar la identidad propia), físicos (aceptar el físico que se tiene y utilizar con eficacia el cuerpo), laboral-económico (independencia económica, prepararse para una ocupación), etc⁽¹⁾.

Los adolescentes de nuestro tiempo, de principios del siglo XXI, no son iguales que los de hace unas pocas décadas. En primer lugar, hay cambios físicos: son más altos, físicamente maduran antes, tiene mayor capacidad intelectual y, en segundo lugar, se han producido importantes cambios socio-culturales: aumento extraordinario del consumo, alargamiento del proceso de formación, alejamiento global de la práctica religiosa, cambios en los modelos familiares, las nuevas tecnologías y la globalización⁽²⁾.

Por último, no debemos olvidar que la adolescencia es una etapa crítica por sus implicaciones en la salud, física y mental, de la persona a largo plazo y en el de la sociedad en su conjunto.

PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA ADOLESCENCIA

Los trastornos de tipo interiorizante (trastornos del espectro depresivo y del ansioso) son frecuentes en la adolescencia. Los estudios epidemiológicos más recientes estiman que la prevalencia poblacional en adolescentes de depresión es de 1,5% al 4,9%, y los trastornos de ansiedad se encuentran en un rango del 5,7% al 10,8%. Los trastornos de tipo interiorizante se asocian con problemas de tipo psicosocial, como el deterioro de las relaciones interpersonales, disminución del rendimiento académico y un deterioro global en el funcionamiento del adolescente. Además, estos trastornos también se han asociado como problemas psiquiátricos más graves, como los trastornos de conducta, el abuso de sustancias y la conducta suicida⁽³⁾.

Estudios prospectivos de cohortes han demostrado de forma consistente que los trastornos de tipo interiorizante en la adolescencia se asocian a un mal pronóstico psiquiátrico en la edad adulta. Lo más frecuente, es que los trastornos de tipo interiorizante en la adolescencia predigan el desarrollo de trastornos de ansiedad y depresivos en la edad adulta. Un estudio reciente demostró que aquellos adolescentes con sintomatología interiorizante persistente o recurrente tenían mayor riesgo de desarrollar trastorno mental en la edad adulta que aquellos adolescentes con sintomatología interiorizante de carácter episódico⁽⁴⁾.

Los trastornos conductuales o de tipo exteriorizante afectan a un 7% de los adolescentes entre 9 y 15 años. El trastorno disocial, la forma más severa de la conducta exteriorizante, es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la adolescencia. Este trastorno causa un deterioro funcional severo y con frecuencia se presenta

en asociación con otros trastornos, como la depresión o la ansiedad. Además, la evidencia sugiere que la prevalencia de los trastornos de conducta ha aumentado de forma significativa en los últimos 30 años. Recientemente se ha evidenciado que aquellos adolescentes con formas menos severas de trastornos de conducta también experimentan en la edad adulta un deterioro funcional en varios aspectos, como la salud mental, las relaciones sociales y la situación laboral-económica⁽⁵⁾.

Un tema sanitario muy impactante es el suicidio en el adolescente. Los intentos de suicidio constituyen una de las urgencias psiquiátricas más frecuentes y han aumentado mucho en los últimos años. En nuestra sociedad los porcentajes de intentos de suicidio en adolescentes estaría entre un 5% y un 8%⁽⁶⁾.

Es la edad de inicio de otros trastornos, como los trastornos de la conducta alimentaria, y de otros trastornos psiquiátricos típicos de la edad adulta, que con frecuencia se inician en la adolescencia, como el trastorno bipolar, la esquizofrenia, los trastornos de personalidad y los trastornos relacionados con el consumo de tóxicos⁽⁷⁾.

Para detectar el inicio de posibles trastornos mentales en la adolescencia, se deben conocer los cambios psicológicos que se producen durante esta etapa de transición de la vida. Estos cambios pueden ser más o menos sutiles, y pueden ser vividos con naturalidad o entusiasmo tanto por el adolescente como por su familia o, por el contrario, vivenciados con ansiedad, temores y preocupaciones. Muchas veces aparecen como reflejo de los procesos intrapsíquicos normales y necesarios, cambios de humor, de comportamiento, retracción respecto a la familia, necesidad de autoafirmación, cuestionamientos al orden establecido, que pueden ser mejor o peor entendidos por su entorno familiar. Sin embargo, este tipo de alteraciones deben de ser

transitorias y no interferir significativamente en el equilibrio global del adolescente (social, escolar, familiar, personal).

PREVENCIÓN: IMPORTANCIA DE LA COORDINACIÓN

En los últimos años, una de las estrategias que han potenciado una mejora en la atención a la población infanto-juvenil es la existencia de evidencia suficiente para apoyar aquellas intervenciones en salud mental de carácter preventivo, en sus diferentes vertientes; universal e indicativa. En la actualidad se sabe que un 50% de los trastornos mentales del adulto han tenido algún tipo de manifestación en la infancia y en la adolescencia. Mejorar la capacidad de detección de los casos contribuirá a prevenir los trastornos psíquicos de los menores o a tratarlos en sus fases iniciales, lo que supone un mejor pronóstico.

Los profesionales del ámbito de la Atención Primaria (pediatras, médicos de familia, enfermería, trabajo social) trabajan en un nivel asistencial idóneo desde el que pueden prevenir y promocionar la salud mental de niños y adolescentes. Estos profesionales deben disponer de herramientas de detección sencillas y efectivas para la derivación inmediata de los pacientes con sospecha de trastorno mental grave.

La atención y el seguimiento del adolescente deben hacerse desde los centros de Atención Primaria, hospitales, pero también en escuelas, universidades y en lugares donde acude y se reúne este colectivo. Los profesionales de la salud mental tenemos un papel específico, dentro del ámbito clínico, pero también debemos sensibilizar a todos los que traten constantemente con adolescentes. Debe implicarse de manera especial a los responsables políticos y a todos los que se dedican a la educación de las nuevas generaciones.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL EN NAVARRA

En Navarra en la actualidad existe una red de salud mental integrada en el Servicio Navarro de Salud. Esta red está estructurada en niveles. El primer nivel lo constituyen los centros de salud mental que atienden todas las franjas de edad y todas las patologías (incluidas infanto-juvenil y drogodependencias).

El acceso a los centros de salud mental se produce a través de los equipos de Atención Primaria. El resto de la red de salud mental puede entenderse como Red de apoyo a los centros de salud mental en determinados tramos de edad, patología y/o momento del proceso de la enfermedad (hospital de día infanto-juvenil, clínica de rehabilitación, centros de día y comunidades terapéuticas en drogodependencias, hospitales de día, unidades de hospitalización psiquiátrica...).

En cuanto a la salud mental infanto-juvenil, los servicios están estructurados en niveles en el que el más básico, pediatría de Atención Primaria, es clave en la detección del trastorno y facilita atención sanitaria a los casos menos graves y más frecuentes.

El primer nivel de atención especializada en salud mental a la infancia y adolescencia se realiza en los propios centros de salud mental en los que está definido un programa infanto-juvenil, aunque poco estructurado. El responsable funcional, habitualmente un psicólogo clínico, dependiendo de los centros alterna su intervención en el programa infanto-juvenil con el resto de programas del centro, o se dedica exclusivamente al infanto-juvenil.

En 1998 se regula por primera vez la asistencia en salud mental infanto-juvenil mediante el Decreto Foral (247/1998) por el cual se crea el Hospital de Día Infanto-Juvenil (HDIJ). El HDIJ fue concebido como

un recurso terciario dentro de la red de salud mental y con carácter jerárquico de apoyo a los CSM. Entre sus funciones principales estaba la de tratamiento en régimen ambulatorio o de hospitalización parcial del segmento de población infantil con patologías más graves.

En noviembre de 2005 se abrió una Unidad de Hospitalización Infanto Juvenil. Esta Unidad forma parte de la Sección de Psiquiatría del Hospital Virgen del Camino, teniendo un carácter suprasectorial, ya que es la única Unidad para hospitalización infantil en salud mental de toda Navarra. Es una Unidad cerrada, ubicada contiguamente a la Unidad de Psiquiatría de adultos, y dispone de 4 camas en dos habitaciones dobles.

Siendo este el contexto general de la atención en salud mental a la población infanto-juvenil, se puede afirmar que la ausencia de desarrollo de programas de hospitalización parcial, junto con el hecho de que la especificidad del trabajo con esta población en los CSM y el HDIJ se ha diluido por diferentes motivos, han supuesto que el funcionamiento de este Hospital no haya sido muy diferente al de los CSM. Paralelamente, la asistencia en los distintos CSM ha recaído en términos generales en los profesionales de la psicología clínica, en detrimento del carácter multidisciplinar de la asistencia.

Esta situación ha conducido a una marcada fragmentación en los recursos y a una falta de especialización en la atención. Este hecho, junto con la ausencia de programas de tratamiento específicos de carácter protocolizado, estructurado y especializado, dirigidos a las patologías más relevantes tanto por su gravedad como por su prevalencia, justifica la reorganización de la asistencia a niños/as y adolescentes que actualmente se lleva a cabo en el HDIJ y los distintos CSM en un **único centro de carácter integral y específico**.

Con ese objetivo, y mediante resolución del Director General de Salud (244/2007 de 20 de febrero), se estableció un Grupo Técnico de Trabajo de Salud Mental Infanto-Juvenil que realizó su labor durante el año 2007. Este grupo diseñó un nuevo Plan de Salud Mental Infanto-Juvenil en el que se sientan las bases para la reforma de la atención de la salud mental infanto-juvenil en un único centro, denominado Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ). Se establecieron los objetivos prioritarios del CSMIJ:

1. Atender de forma específica a la población infanto-juvenil de Navarra. Es decir, los niños y adolescentes, menores de 17 años, serán atendidos en un centro específico, y no, como hasta ahora, en los centros de salud mental (CSM) donde se atienden tanto a este sector de población, como a adultos y ancianos.
2. Desarrollar su intervención clínica en el marco de programas. Los programas que atenderá son los siguientes (Programa de Hiperactividad y Trastorno de Conducta, Programa de Trastornos Psicóticos y Afectivos, Programa de Trastornos de la Conducta Alimentaria, Programa de Trastornos por Ansiedad, Programa de Hospitalización Parcial y otros programas).
3. Trabajar con protocolos de evaluación y tratamiento basados en la mayor evidencia científica disponible.
4. Ser un objetivo fundamental del CSMIJ el desarrollo de programas de prevención en salud mental infanto-juvenil.
5. En el marco del Plan de Salud Mental Infanto Juvenil y de las respectivas competencias de los Departamentos de Salud, Educación y Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte, una de las actuaciones prioritarias es acometer la coordinación interdepartamental⁽⁸⁾.

Desde hace varios meses se está realizando una implantación progresiva de este nuevo plan, manteniéndose el modelo previo de atención a la salud mental infanto-Juvenil organizada en los CSM. En este momento se encuentran en funcionamiento dos programas, el Programa de Trastornos Psicóticos y Afectivos y Programa de Trastornos de la Conducta Alimentaria, en las próximas semanas va a comenzar a funcionar el Programa de Hospitalización Parcial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Robert J. Havighurst. *Developmental Tasks and Education*, Third Edition. New York: Longman, 1971.
2. Domenech-Llaberia E. *Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia*. Universitat Autònoma de Barcelona. Servei de Publicacions. Bellaterra, 2005.
3. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003; 42:1203-1211.
4. Colman I, Wadsworth MEJ, Croudace TJ, Jones PB. Forty-year psychiatric outcomes following assessment for internalizing disorder in adolescence. *Am J Psychiatry*. 2007; 164:126-133.
5. Colman I, Murray J, Abbott RA, Maughan B, Kuh D, Croudace TJ, Jones PB. Outcomes of conduct problems in adolescence: 40 year follow-up of national cohort. *BMJ*. 2009; 337:a2981.
6. Grunbaum JA, Kann L, Kinchen SA, et al. Youth risk behaviour surveillance. 2002. EEUU. *MMWR CDC*:1-64.
7. Turk J, Graham P, Verhulst F. *Child and adolescent psychiatry. A developmental approach*. Oxford: University Press. 2006.
8. Plan de Salud Mental Infanto-Juvenil. www.intranetsns-o/C4/saludmental.