

Tres años con adolescentes en un servicio de salud mental comunitario

RESUMEN: Evaluación de la asistencia a adolescentes durante tres años en el programa infanto juvenil de un servicio de salud mental comunitario. Características de la demanda, intervenciones terapéuticas realizadas y situación asistencial en la que quedan los casos.

PALABRAS CLAVE: adolescentes, tratamientos, salud mental infanto-juvenil.

SUMMARY: This study tries to analyze the psychiatric services for adolescents during three years in an outpatient child-adolescent programme in a Mental Health Center: characteristics of the demand, therapeutic practice and type of discharge.

KEY WORDS: Adolescents, therapeutic practice, child-adolescent mental health.

Una de las razones que nos motivó a realizar este trabajo, fue la opinión generalizada de que los adolescentes constituyen un grupo de población que consultan poco, tanto en Atención Primaria como en Salud Mental (1, 2). Nuestra experiencia daba cuenta de algo distinto pues recibíamos una gran demanda de este grupo de edad, dedicando a su atención gran parte del tiempo asistencial del Programa Infanto-Juvenil. La literatura es contradictoria a este respecto: algunos trabajos refieren que los adolescentes solicitan atención psiquiátrica con más frecuencia que otros grupos de población (3), mientras otros plantean indicios de un bajo nivel de detección por parte de Atención Primaria, de los padres y una escasa petición de ayuda procedente de los propios adolescentes (4).

Apenas existen estudios específicos que analicen la atención prestada a este grupo de edad, generalizándose las conclusiones de las evaluaciones de otros programas (5). Por todo ello, el objetivo de nuestro estudio es valorar y evaluar el trabajo efectuado, las características de la población adolescente que demanda asistencia en Salud Mental, las intervenciones terapéuticas realizadas con ellos, la situación asistencial y las relaciones entre las variables clínicas (diagnósticos, intervenciones terapéuticas, etc.), ya que como dicen Sedin y otros para que un programa resulte eficaz, es imprescindible que sea evaluado (6, 7, 8).

La Adolescencia constituye una etapa vital con problemas específicos importantes con una prevalencia psiquiátrica en torno al 20%, que requieren intervención con elevada frecuencia (2). Asimismo, el informe de la O.M.S 1991, refiere que los trastornos de adaptación no solían tratarse, porque se pensaba que se superaban con el desarrollo, hasta que expertos, han considerado que intervenir en las crisis tiene una efectividad comprobada (9).

Material y método

El estudio se ha realizado en el Distrito Sanitario de Parla, que cuenta con 110.000 habitantes aproximadamente. El Distrito abarca 11 municipios, situados en la zona sur metropolitana de la Comunidad de Madrid (C.M.).

Parla, cabecera de Distrito, cumple el perfil de «ciudad dormitorio». Ha tenido un crecimiento demográfico importante en los últimos 20 años. Tiene una densidad de 2.873 habitantes por kilómetro cuadrado (el valor medio de la C.M. está establecido en 603 habitantes por kilómetro cuadrado). Destacaríamos el alto índice de paro, establecido en un 22% en el año 93 (mientras que la media de la C.M. era del 16,5%). En lo que respecta a la pirámide de edad, se aprecia un importante crecimiento de la juventud. Entre los 15 y 19 años se situaba el 44% de los habitantes del municipio (10). Se realizó un estudio descriptivo transversal. La población estudiada fueron todos los sujetos derivados al Servicio de Salud Mental, con 14, 15 y 16 años, en el período comprendido desde enero del 93 hasta diciembre del 95. Se ha elaborado un cuestionario con 24 variables, con datos sociodemográficos, clínicos y asistenciales.

En cuanto a las variables clínicas, se seleccionaron las referentes a motivo de consulta, aproximación diagnóstica, estrés psicosocial, existencia de intervenciones previas: historia previa en Salud Mental, historia previa en otro centro público (INSALUD o Ayuntamiento), y otras intervenciones previas (centro privado, logopedia, etc.). La clasificación utilizada para establecer los diagnósticos fue la CIE-10. El Equipo de Salud Mental categorizó los motivos de consulta derivados por Atención Primaria utilizando la CIE-10 para crear la variable motivo de derivación a fin de poder comparar y agrupar dichos motivos de consulta. La variable aproximación diagnóstica corresponde a los diagnósticos realizados en Salud Mental. Para conocer el nivel de estrés psicosocial se utilizó la escala del DSM-III-R.

En cuanto a las variables asistenciales hemos definido como:

- a) Consulta terapéutica: intervenciones centradas en los síntomas, focalizadas en hechos presentes, sin un encuadre fijo, que concluye cuando hay mejoría.
- b) Psicoterapia individual: intervenciones con un encuadre establecido, centradas en los conflictos, cuya finalidad es propiciar un cambio inter e intrapersonal.
- c) Intervención familiar: trabajo conjunto con los padres y el usuario.
- d) Psicoterapia grupal: participación en un grupo terapéutico.
- e) Entrevista sólo padres: intervenciones terapéuticas exclusivamente con los padres.

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el cálculo de la media y desviación estándar para las variables cuantitativas y el cálculo de frecuencias para las variables cualitativas. Relación de variables cualitativas mediante el test de chi cuadrado. Se consideran significativos todos los valores de $p < 0,05$.

Resultados

Las historias recogidas para el estudio han sido 189. La población está integrada fundamentalmente por mujeres, en un 59%. Su edad media fue de 15 años (d.t. 0,89). El 43,4% son hijos primogénitos. Respecto a la convivencia, un 17% no conviven con ambos padres. En cuanto a los estudios realizados, cabe destacar que el 35,6% de los sujetos estudiados están retrasados uno o dos cursos escolares.

El tipo de derivación procede fundamentalmente de los Médicos de Atención Primaria en un 89%. Un 8% del Hospital Universitario de Getafe; tenemos un 5% de derivaciones del Equipo Orientación Psicopedagógico (E.O.E.P.). La derivación es «normal» en un 71% de los casos, un 27% es «preferente»; tan sólo en un 2% es «urgente».

En referencia a las intervenciones terapéuticas previas, un 37% de los casos había tenido antecedentes en algún servicio.

Respecto a la situación asistencial en el momento de realizar el estudio:

a) 6,3% continúan en el Centro; b) 32,8% fin de tratamiento; c) 40,2% abandonaron; d) 4,2% de los casos fueron derivados a otros Servicios o Instituciones. La media de asistencias por caso es de 9,6, con una desviación estándar de 9,48.

Discusión

Nos parece reseñable el alto índice de retraso escolar: un 36% no se encuentra en el curso correspondiente a su edad, proporción que se mantiene en la población escolar de Parla, que tiene uno de los niveles más elevado de fracaso escolar de la Comunidad de Madrid (10).

Un 17% no convive con ambos progenitores (siendo más frecuente la ausencia del padre). Esto puede suponer una situación de riesgo ya que en ocasiones aparece asociada una mayor demanda de los Servicios Psiquiátricos con la convivencia en núcleos familiares atípicos (3). En la misma línea, Bordallo y otros subrayan como factor protector actividades compartidas con el padre y un adecuado clima familiar (5, 11).

Un 37% de la población había recibido previamente algún tipo de intervención terapéutica, ya sea en el S.S.M. de Parla, en otro dispositivo público o en un centro privado. Estos datos son coincidentes con la bibliografía consultada que refiere que un 40% de los adolescentes tenían antecedentes psiquiátricos en la infancia (2, 12, 13).

Los sujetos con trastornos adaptativos y trastornos emocionales de comienzo habitual en la infancia y adolescencia no habían tenido intervenciones previas res-

pecto a sujetos con trastornos de personalidad, disociales y psicóticos que sí tenían antecedentes de tratamiento (diferencias significativas).

Bolognini, Compas y otros (14, 15) subrayan que la Adolescencia es un período en el cual ocurren múltiples cambios que unidos a eventos estresantes tiene un efecto negativo sobre la Salud Mental. Nuestros resultados muestran mayor porcentaje de estrés psicosocial grave en los sujetos con trastornos adaptativos, disociales y psicóticos con diferencias estadísticamente significativas respecto a trastornos madurativos y trastornos emocionales que no presentan estrés psicosocial. De ahí la importancia de atención en estos momentos, ya que como indica Ferdinand y otros (9, 16, 17) la presencia de dificultades y síntomas en la Adolescencia hay que tratarlos, pues esos síntomas se mantienen y aumentan en la vida adulta, siendo factores de riesgo de patologías y desajustes.

Respecto a la modalidad de atención, las intervenciones terapéuticas más utilizadas han sido consultas terapéuticas y entrevistas a padres. Hemos realizado más consultas terapéuticas en trastornos emocionales, psicoterapia individual en trastornos de la alimentación y trastornos de personalidad y tratamiento farmacológico con psicóticos, siendo todas las correlaciones significativas. Ver tabla 1.

Nuestra práctica coincide con los estudios revisados que señalan la importancia de realizar contactos sin espaciarlos en el tiempo para evitar cronicidad y que los adolescentes parecen beneficiarse más con intervenciones psicoterapéuticas y orientaciones familiares y no tanto con tratamiento farmacológico (18). Un 6% de la población continúa seguimiento en el Centro. Estos sujetos son los que presentan los trastornos más graves, han tenido más tratamientos previos (67%) y son los que han recibido más psicoterapia individual.

En el S.S.M. de Parla, la media asistencial por caso es de 6,3 (19, 20, 21), en el Programa Infanto-Juvenil 5,3 y en nuestro estudio aumenta a 9,6 siendo las diferencias significativas. Por tanto, dedicamos casi el doble del tiempo asistencial del Programa a los adolescentes. Otras publicaciones obtiene 9 contactos por caso en estas edades (22, 23, 24).

Los tratamientos finalizan con una media de 12 sesiones. La duración de los mismos, está relacionada con las intervenciones grupales y entrevistas con padres que no deben faltar para que el tratamiento con adolescentes sea eficaz (18). La proporción global de abandonos es de un 40%, siendo los sujetos diagnosticados de trastornos de personalidad y psicóticos los que presentan un porcentaje más elevado. Finalizan los tratamientos con mayor frecuencia los individuos con trastornos emocionales y los que han participado en grupos terapéuticos. Ver tabla 2.

La literatura es contradictoria respecto a si las experiencias terapéuticas previas en población adulta son un factor predictivo de adherencia al tratamiento (26, 27, 28). En nuestro trabajo (con población infanto-juvenil) no encontramos correlación entre este índice y el número de abandonos. Se consideran factores preven-

ORIGINALES Y REVISIONES

tivos del abandono del tratamiento entrevistas preliminares, calidad en la relación terapéutica, trabajar con un encuadre de tiempo limitado y actitudes positivas por parte de los familiares. Intentamos tener en cuenta estas características en nuestro trabajo diario (26). Este hecho puede influir en el elevado índice de finalización de tratamiento con el que contamos (33%), por encima de otras revisiones que hablan de un 26% de altas (18).

Conclusiones

- a) Alta incidencia y asistencia en Salud Mental de los jóvenes. Una tercera parte de las evaluaciones del programa Infanto-Juvenil son de estas edades.
- b) Las intervenciones terapéuticas más utilizadas son consultas terapéuticas, entrevista con padres y psicoterapia individual.
- c) Correlación positiva entre patología grave, antecedentes previos y continuar tratamiento en el Centro.
- d) Una tercera parte de los adolescentes acaba el tratamiento con una media de 12 sesiones por caso.

Tabla 1
Distribución del tipo de intervención según la aproximación diagnóstica

Aproximación diagnóstica	TIPO DE INTERVENCIONES					
	Consulta terapéutica	Entrevista con padres*	Intervención familia N. S.	Piscoterapia individual**	Terapia grupal N.S.	Tratamiento farmacológico**
Trastornos madurativos/específicos	66,7%	41,7%*	8,3%	0 %	25 %	8,3%
Trastornos adaptativos	60,6%	69,7%	24,2%	21,2%	3 %	0 %
Trastornos emocionales	74 %	60 %	14 %	8 %	22 %	4 %
Trastornos de alimentación	56,3%	37,5%*	31,3%	43,8%**	12,5%	18,8%
Trastornos neuróticos	68,4%	78,9%	26,3%	21,1%	22,2%	5,3%
Trastornos personalidad	35,7%	64,3%	7,1%	50 %**	28,6%	14,3%
Trastornos disociales/de conducta	66,7%	55,6%	38,9%	0 %	22,2%	0 %
Trastornos psicóticos	25 %	0 %	25 %	25 %	0 %	50 %**

** p < 0,005. * p < 0,05. N. S.: No significativo.

Tabla 2
Distribución del tipo de intervención según la situación asistencial

Situación asistencial	TIPO DE INTERVENCIONES					
	Consulta terapéutica**	Entrevista con padres*	Intervención familia N. S.	Piscoterapia individual**	Terapia grupal**	Tratamiento farmacológico*
Fin de estudio	33,3%	83,3%*	0 %	0 %	0 %	0 %
Derivación	25 %	62,5%	12,5%	12,5%	0 %	0 %
Fin de tratamiento	69,4%**	59,7%	21 %	11,3%	32,3%**	6,5%
Abandono	72,4%	55,3%	19,7%	17,1%	8 %	33,3%*
Continúan	16,7%	66,7%	50 %	75 %**	25 %	33,3%*
No acuden a la primera entrevista	18,2%	9,1%	0 %	0 %	0 %	0 %

** p < 0,005. * p < 0,05. N. S.: No significativo.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) DEL ÁLAMO, C., y otros, «Utilización de la consulta de Medicina general por los adolescentes: estudio cualitativo», *Rev. Clínica Rural*, 1994, 430, pp. 11-20.
- (2) PADIerna ACERO, J. A., y otros, «Epidemiología psiquiátrica y demanda asistencial en la adolescencia. Revisión», *Rev. Psiquis*, 1991, 12, pp. 34-43.
- (3) PADIerna ACERO, J. A., y otros, «Demanda de atención psiquiátrica ambulatoria por los adolescentes y adultos jóvenes en Alava», *Rev. Psiquis*, 1991, 12, pp. 345-352.
- (4) CORTÉS RUBIO, J. A., y otros, «La problemática psicológica infantil en las consultas de Atención Primaria», *Jornadas de Salud Mental Infanto-juvenil*, Hospital 12 de Octubre, 1994, pp. 11-18.
- (5) ESCUDERO, C., y otros, «Adolescentes graves de difícil tratamiento ambulatorio», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, XVI, 60, pp. 597-606.
- (6) BAYO, C., «Programas de Salud Mental infanto-juvenil. Trabajo con peditras», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1988, VIII, 27, pp. 702-705.
- (7) SEVA DÍAZ, A., *La calidad de la asistencia psiquiátrica y la acreditación de sus Servicios*, Zaragoza, Inresa, 1993.
- (8) SENDÍN, M. C.; GARCÍA ALBA, C., «Relaciones programa-demanda de un equipo de Salud Mental Infanto-juvenil de consulta ambulatoria», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1988, VIII, 27, pp. 698-701.
- (9) «Evaluación de los métodos de tratamiento de trastornos mentales», Informe de un grupo científico de la OMS, Ginebra, 1991, 812.
- (10) «Estudio sociológico sobre los jóvenes», Ayuntamiento de la Villa de Parla, Consejería de Educación y Cultura, Comunidad de Madrid, 1994.
- (11) BARDALLO, A., y otros, «Trastornos de conducta infantiles en medios socio-económicos diferentes», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1995, XV, 55, pp. 609-625.
- (12) POTICK, K., y otros, «Factors associated with inpatient and outpatient treatment for children and adolescent with serious mental illness», *Journal Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1995, 34, 4, pp. 425-433.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (13) MORRISON, D. M., y otros, «Exploring the relationship between a continuum of care and intrusiveness of children's Mental Health Services», *Hosp. Community Psychiatry*, 1992, 43, 1, pp. 44-48.
- (14) BOLOGNINI, M., y otros, «La mesure des effets du temps d'apparition de la puberté sur la santé psychique a la pre-adolescence: resultats d'une etude longitudinale (1989-1991)», *Rev. D 'Epidemiol. et de Sante Publique*, 1993, 41, 4, pp. 331-349.
- (15) COMPAS, B. E., y otros, «Adolescent stress and coping: implications for psychopathology during adolescence», *Journal of Adolescence*, 1993, 16, pp. 331-349.
- (16) FERDINAND, R. F.; VERHULST, F. C., «Psychopathology from adolescence into young adulthood: an 8 years follow up study», *Am. Journal Psychiatry*, 1995, 152, 11, pp. 1.586-94.
- (17) BENIERAKIS, C. E.; «The function of the multidisciplinary team in child psychiatry clinical and educational aspects», *Can. Journal Psychiatry*, 1995, 40, 6, pp. 348-353.
- (18) FEIXAS, G.; MIRÓ, M. T., *Aproximaciones a la psicoterapia*, Barcelona, Paidós, 1993, 2:82.
- (19) «Registro de casos psiquiátricos», Prog. informático de la Comunidad de Madrid, 1993.
- (20) «Registro de casos psiquiátricos», Prog. informático de la Comunidad de Madrid, 1994.
- (21) «Registro de casos psiquiátricos», Prog. informático de la Comunidad de Madrid, 1995.
- (22) TEHN HORN; PEDREIRA, J. L., «Epidemiología y registro de casos en Salud Mental Infanto-Juvenil», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1988, VIII, 26, pp. 373-390.
- (23) GOÑI SARRIES, A.; CORTAIRE TIRAPU, R., «Evaluación de la asistencia de la Salud Mental Infanto-Juvenil en Navarra», *Rev. Psiquis*, 1991.
- (24) BORENSTEIN, D. B., «Does managed care permit appropriate use of psychotherapy?», *Psychiatric Services*, 1996, 47, pp. 971-974.
- (25) FERNÁNDEZ LIRIA, A.; RODRÍGUEZ VEGA, B., *La perspectiva integradora en psicoterapia. Una reflexión desde la práctica pública. Psicoterapias en el Sector Público. Un marco para la integración*, 1997, Madrid, AEN, p. 49.
- (26) FREIRE, B., «Interrupción prematura del tratamiento en psiquiatría. Una revisión bibliográfica», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1986, VI, 16, pp. 22-42.
- (27) MONTY, N., «Use of initial interview variables to predict length of stay in treatment», *Dissertation Abstracts International*, 1978, 38, 7, pp. 400-402.
- (28) FERNÁNDEZ, E.; LARRE, M. C.; RODRÍGUEZ, A. J., «Sobre el abandono del tratamiento en tres Centros de Salud Mental», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1996, XVI, 58, pp. 213-234.

* C. Villanueva Suárez, Psicóloga; C. Baro Santamarta, Trabajadora Social; E. González de la Higuera Monterroso, P.I.R. S.S.M. Parla (Madrid); C. Bermejo, Técnico de Salud del Área 10 (Insalud).
Correspondencia: C. Villanueva Suárez, S.S.M. Parla, c/ Pablo Sorozábal, 4, 28980 Parla (Madrid).

** Fecha de recepción: 24-IX-1997.