

A. Benito de la Iglesia¹
P. Rodríguez Ramos²

- 1 Psicólogo. Ayuntamiento de Madrid. Servicios de Salud Mental del Distrito de Tetuán.
- 2 Psiquiatra. Comunidad de Madrid. Servicios de Salud Mental del Distrito de Tetuán.

Correspondencia:
P. Rodríguez Ramos
Servicio de Salud Mental
Maudes, 32
28003 Madrid

Flexibilizar los Servicios de Salud Mental para adaptarlos a las necesidades de los adolescentes: una estrategia de intervención comunitaria

Adapting Mental Health Services to the necessities of the adolescents: a community-intervention strategy

RESUMEN

Una parte importante de los adolescentes con trastornos psíquicos no reciben tratamiento, lo que exige nuevas estrategias de detección y de oferta asistencial, adaptadas a las características de esta población. Una de ellas es el Programa de Atención en la Institución Escolar (PAIE) que incluye talleres de prevención y orientación terapéutica.

A través del PAIE han solicitado tratamiento el 49,3% de los jóvenes entre 14 y 17 años, atendidos en los Servicios de Salud Mental, y estas demandas no se hubieran realizado por las vías tradicionales de asistencia.

Este programa contribuye a mejorar los objetivos de los servicios de salud mental sin requerir incrementos de los costes.

PALABRAS CLAVE

Adolescencia; Salud Mental.

ABSTRACT

A high prevalence of disturbed adolescents who refuse treatment enhances new strategies for detection and treatment adequated to the special psychology of the adolescents. One of them is the PAIE (Attention Program in the Scholar Setting) wich includes worksops about prevention and therapeutic orientation.

49.3% of the 14 to 17 years-old adolescents treated in the Mental Health Services from a district of Madrid asked for treatment through the PAIE. This treatments would not have been demanded through the national health system.

This program constitutes a significative improve in the objectives of the Mental Health Services for adolescents without increasing the costs.

KEY WORDS

Adolescence; Mental Health Services.

INTRODUCCIÓN

Dado que una parte importante de la población adolescente sufre problemas de salud mental ⁽¹⁻⁴⁾, y que sólo un porcentaje escaso de ellos acude a consulta ^(5, 6), parece evidente que una alta proporción de estos jóvenes con problemas psíquicos no sabe buscar o no recibe la ayuda de los servicios para la salud mental; y puede deducirse que los objetivos de la oferta asistencial no se adecúan a las necesidades reales de esta población.

Las causas de tales deficiencias no están bien estudiadas, pero parecen ser muy diversas. Por un lado, los servicios implicados en la promoción de la salud mental están poco integrados y faltos de coordinación ⁽⁷⁻¹⁰⁾, y de otra parte existen evidencias que confirman la suposición de que la integración en el medio y la coordinación entre los diversos organismos responsables mejoraría la eficacia y la eficiencia de la atención en salud mental a los menores ⁽¹¹⁻¹³⁾.

Éstas y otras evidencias de las limitaciones en la actual organización asistencial, demandan nuevas estrategias de funcionamiento, que resulten compatibles con las circunstancias culturales de la adolescencia y los criterios político-económicos de esta época.

Un sistema atractivo y realista para perfeccionar los programas de asistencia, mejorando el rendimiento de los servicios para la salud mental de los adolescentes, será aquel que no pretenda incrementar los costes, sino adaptar la oferta existente a las particulares características de esta población, a sus necesidades y a sus costumbres a la hora de buscar ayuda ante problemas psíquicos.

En relación con la adolescencia, va extendiéndose la conclusión de que su atención resulta ser más eficaz cuando se realiza en su propio medio, evitando el contacto con la red convencional de asistencia para la salud mental ^(14, 15). Incluso parece más útil desarrollar algunos tratamientos dentro del ámbito escolar ⁽¹⁶⁾, siendo allí donde los jóvenes prefieren discutir e informarse sobre los problemas mentales ⁽¹⁷⁾ y donde se llegan a lograr notables rendimientos con programas sencillos ⁽¹⁸⁾.

Diversos estudios de prevención y tratamiento con adolescentes en sus colegios refuerzan estos hallazgos ⁽¹⁹⁻²¹⁾.

Con el objetivo de buscar métodos de trabajo que mejoren la eficacia y eficiencia de las ofertas de servicio para la salud mental de los adolescentes, acercando los servicios a los contextos naturales de esta población, en el distrito de Tetuán se está llevando a cabo la experiencia consistente en realizar talleres de ayuda para la resolución de problemas de la vida diaria que tienen estrecha relación con su grado de salud mental.

9

Tabla 1 Características del taller de prevención de la depresión en los adolescentes en instituciones educativas

1ª fase:	Aplicación de cuestionarios. (Cuestionario de Intereses y Necesidades de Salud —CINSA—) y la Escala autoaplicada para la evaluación de la Depresión de BECK).
2ª fase:	Información a los padres, profesores y alumnos sobre: a. Los resultados de los cuestionarios. b. La posibilidad de desarrollar en la institución educativa un taller para prevenir la depresión (se da información sobre fechas, horario, metodología, contenidos). Se deja claro que no es obligatorio y que lo impartirá un profesional del Equipo de Salud Mental del distrito.
3ª fase:	Se establece el calendario (los días, las horas, la duración de las sesiones), conjuntamente responsables educativos y equipo de Salud Mental.
4ª fase:	Se realiza el taller en el 2º trimestre del curso escolar. NÚMERO DE SESIONES: 6. DURACIÓN DE LAS SESIONES: 1 hora. CONTENIDOS DE LAS SESIONES: • 1ª ¿Qué es la depresión? • 2ª ¿Qué es un problema? Principales fuentes de problemas de los adolescentes. • 3ª Aprender a resolver problemas. Estrategias de solución de problemas. • 4ª Aprender a mejorar la Autoestima. • 5ª ¿Qué es un pensamiento? Aprender a identificar los pensamientos irracionales. Distorsiones cognitivas. • 6ª La competencia personal y social. Principales fuentes de recursos.

Fuentes bibliográficas: 22-30.

10 El programa de atención en la institución escolar comprende:

1. Identificación de necesidades o intereses en salud mental de los adolescentes.
2. Oferta de ayuda, bien a través de talleres o de tratamientos específicos individualizados.

Estos talleres se desarrollan en las propias instituciones educativas, a las que acuden los profesionales sanitarios para la salud mental del distrito, coordinándose con los profesionales de educación.

OBJETIVOS

En la población adolescente existe una demanda latente, cuyo grado de psicopatología se desconoce, y que no utiliza los servicios previstos en el sistema actual por diversos motivos.

Se pretende comparar la demanda para atención en salud mental que se hace en dos tipos distintos de oferta de servicios:

1. En el programa de adolescentes dentro de la propia institución escolar.
2. En el programa oficial de atención para la salud mental, situado en un segundo nivel asistencial.

Se trataría de comprobar si la eliminación de barreras facilita una relación informal que, siendo más adecuada a las características y necesidades de la adolescencia, recoge la demanda latente y, a caso, un perfil psicopatológico específico.

Evaluar las propiedades de esta medida requiere unas referencias concretas para poder valorar la utilidad de esta actuación, medir su aceptación por la población a la que se ofrece, el grado de mejora que supone en la accesibilidad a los servicios y la especificidad del tipo de problemas que utilizan esta vía de acceso al tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Metodología

Aprovechando los recursos asistenciales del distrito, ayuntamiento y comunidad, se dispone de dos tipos de consulta, una en el propio contexto del

Tabla 2 Datos correspondientes al último taller (2º Trimestre del curso 95/96)

- Se realiza en un Instituto de BUP.
- Alumnos de 1º de BUP*.
- Contestan los Cuestionarios: 77 alumnos/as.
- Asisten voluntariamente al taller 12 alumnos (15,4%).

* Se elige el 1º de BUP porque pensamos que es un momento crítico el paso de la Enseñanza General Básica (EGB) a la Enseñanzas Medias (cambio de institución, de ambiente, de amigos, de profesores, de métodos de enseñanza, cambios psicobiológicos...).

adolescente y la otra en las instituciones sanitarias. Se compara la tasa de demanda a las dos modalidades de oferta asistencial durante los dos últimos trimestres de los cursos escolares 1994-95 y 1995-96.

Como referencia, la tabla 2 recoge los resultados correspondientes a uno de los talleres realizados.

RESULTADOS

De un total de 160 casos de jóvenes mayores de 14 años recibidos en esos dos periodos de seis meses, 79 (49,3%) han tomado personalmente la iniciativa de solicitar atención en el programa de adolescentes dentro de la propia institución escolar. Los restantes 81 (51,7%) han sido llevados por iniciativa de los padres o médicos de atención primaria, o por su propia petición, pero dentro del circuito previsto para acceder al nivel de atención especializada.

CONCLUSIONES

El hecho de que casi la mitad de los adolescentes tratados hayan acudido por propia iniciativa, y en un contexto de oferta asistencial diferente al tradicional, es sugerente de:

- 1º La utilidad de proporcionar a los adolescentes la información sobre aspectos de higiene mental en su propio ámbito escolar.
- 2º Una tendencia a buscar ayuda dentro de sus propios ambientes y en condiciones de intimidad e independencia que no son las habituales en las vías sanitarias.

La alta tasa de asistencia voluntaria (15,4 %) del grupo de 1º de BUP a una actividad de promoción de la salud mental dentro de propia institución educativa, la detección de psicopatología latente y el acceso al tratamiento, nos sugiere una serie de medidas como:

- a. La necesidad de flexibilizar la oferta de los servicios para la salud mental de la adolescencia.
- b. La importancia de la coordinación y complementariedad de los servicios de salud y educación.
- c. La utilidad de continuar investigando la eficacia y eficiencia de las acciones de Educación para la Salud Mental dentro de los contextos escolares.
- d. La responsabilidad de que los profesionales de la Salud Mental amplíen su competencia profesional y adquieran los conocimientos y

habilidades necesarios para realizar intervenciones comunitarias.

11

Programas como el aquí presentado pueden contribuir a:

1. Desarrollar las posibilidades de adaptación y desarrollo de los adolescentes.
2. Mejorar la capacidad de los centros escolares para afrontar las necesidades y los conflictos relacionados con la salud mental.
3. Incrementar la sintonía de los profesionales de la enseñanza con los servicios para la salud mental.
4. Mejorar el aprovechamiento de los recursos sanitarios.

Todas ellas son circunstancias necesarias para conseguir una mejor eficacia y una mayor eficiencia, de los servicios dedicados a promover la salud mental de los adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Graham P, Rutter M. Psychiatric disorder in the young adolescent: a follow-up study. *Proc Roy Soc Med* 1973; 66:1226-9.
2. Schwartz-Gould M, Wunsch-Hitzig R, Dohrenwend B. Estimating the prevalence of childhood psychopathology: A critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1981; 20:462-76.
3. Earls F. Epidemiology of psychiatric disorders in children and adolescents. En: Cavenar JO, editor. *Psychiatry (III)*. Capítulo 12. Philadelphia: Lippincott; 1985.
4. Garrison CZ, McKeown RE, Valois RF, Vincent ML. Aggression, Substance Use, and Suicidal Behaviors in High School students. *Am J Public Health* 1993;83:179-84.
5. Cheng TL, Savageau JA, Sattler AL, Dewitt TG. Confidentiality in health care: A survey of Knowledge, perceptions, and attitudes among high school students. *JAMA* 1993;269:1404-7.
6. Sawyer MG, Sarris A, Baghurst PA, et al. The prevalence of emotional and behavioural disorders and patterns of services utilization in children and adolescents. *Aust NZ J Psychiatry* 1990;24:323-30.
7. Tello Casany C. Características de las estrategias terapéuticas desarrolladas en el CAPIP de Lleida. *Rev Psiquiatr Inf-Juv* 1992;92(3):207-12.
8. Appleton P. The NHS reforms and services for children and adolescents with mental health problems: personal impressions in North Wales. *ACPP Rev Newsletter* 1995;17:158-61.
9. Henggeler SW. A consensus: Conclusions of the APA Task Force Report on innovative models of mental health services for children, adolescents, and their families. *J Clin Child Psychol* 1994;23(Suppl):3-6.
10. Richardson GJ, Williams R. Child and adolescents mental health services. *Curr Opinion Psychiatry* 1996;9:262-7.
11. Costello EJ, Shugart MA. Above and below the threshold: Severity of psychiatric symptoms and functional impairment in a pediatric sample. *Pediatrics* 1992;90:359-68.
12. NHS Health Advisory Service. Together we stand: the commissioning, role and management of child and adolescents mental health services. En: Richardson WR, editor. G. London: HMSO; 1995.
13. Rosenblat A, Atkinson CC. Integrating systems of care in California for young with severe emotional disturbance III: Answers that lead to questions about out-of-home placements and the AB377 evaluation project. *J Child Fam Studies* 1993;2:119-41.
14. Nicol AR. Practice in nonmedical setting. En: Rutter M, Taylor L, Hersov L, eds. *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford; 1994. p. 1040-54.
15. Boldero J, Fallon B. Adolescent help-seeking: what do they get help for and from whom? *J Adolesc* 1995;18:193-209.
16. Dier TJ, Elliot FM. The development of a school-based psychotherapy service for adolescents. *Psychiatr Bull* 1995;19: 13-5.

- 12
17. Fotheringham MJ, Sawyer MG. Do adolescents know where to find help for mental health problems? Abrief report. *J Pediatr Child Health* 1995;31:41-3.
 18. Haynes MN, Comer JP. The effects of a School Development Program on self-concept. *Yale J Biol Med* 1990;63:275-83.
 19. Dishion TJ, Andrews DW. Preventing escalation in problem behaviours with high risk young adolescents: immediate and oneyear outcomes. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:538-48.
 20. Tremblay RE, Pagani-Kutz L, Masse LC, et al. A bimodal preventive intervention for disruptive kindergarten boys: its impact through mid-adolescence. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:560-8.
 21. O'Donnell J, Hawkins J, Catalano R, et al. Preventing school failure, drug use, and delinquency among low-income children: long term intervention in elementary schools. *Am J Orthopsychiatry* 1995;65:87-100.
 22. Henggeler SW. Task Force Report on Innovative Models of Mental Health Services for Children, Adolescents, and Their Families. *J Clin Child Psychol* 1994;23(Suppl). Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
 23. Moen P, Elder GH Jr, Luscher K, eds. *Examining Lives In Context*. Washington, DC: American Psychological Association; 1995.
 24. Seiffge-Krenke I. *Stress, Coping, and Relationships in Adolescence*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1995.
 25. Teasdale JD, Barnard JP. *Affect, cognition and change. Remodelling depressive thought*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1993.
 26. Hollander M, Kazaoka K. *Behavior Therapy Groups*. En: Long S, editor. *Six Group Therapies*. New York: Plenum Press; 1988.
 27. Rutan JS, editor. *Psychotherapy for the 1990s*. London: The Guilford Press; 1992.
 28. Wilkes TCR, Belsher G, Rush J, Frank E. *Cognitive Therapy For Depressed Adolescents*. The Guilford Press; 1994.
 29. Friedman S, editor. *The New Language Of Change. Constructive Collaboration In Psychotherapy*. London: The Guilford Press; 1993.
 30. Hewes DE. *The Cognitive Bases Of Interpersonal Communication*. Hove. UK: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1995.