

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:

Dra. S. Otero
Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil,
Dirección General de Salud Mental
C/ Marqués de la Hermita nº 8
39009, Santander. Cantabria

Proyecto de Salud Mental Infanto
Juvenil para Cantabria II:
Descripción, Características y Plan
de Actuación

*Child and Adolescent Mental
Health Project in Cantabria II:
Characteristics and Implementation
Program*

RESUMEN

Antecedentes y metodología: En esta segunda parte del artículo se describen las características del Servicio de Salud Mental Infanto Juvenil de Cantabria y se elabora el plan de actuación teniendo en cuenta el estudio de necesidades, la priorización de las mismas, las experiencias en otras regiones y las limitaciones en la dotación de recursos.

Resultados: Se decide como más adecuada la asistencia a un segundo nivel, con un reparto territorial similar al ya existente para la salud mental de adultos. Se presenta el esquema general de composición, actividades y funciones del equipo, así como el reparto en tiempo dedicado a cada actividad. El plan de actuación se desarrolla en cuatro etapas, comenzando por la asistencia integral hasta 14 años, para ir progresivamente, y en función de que se cumplan los objetivos generales de cada etapa, ampliando el resto de la población hasta 18 años.

Conclusiones: se describen las diferentes etapas y el proceso de toma de decisiones en la planificación del programa de Salud mental para niños y adolescentes de Cantabria.

PALABRAS CLAVE

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

ABSTRACT

Background and Method. In this second part the characteristics of CAMH Services and the program implementation are described, taking into account needs assessment and priority, the organizational context, the scarcity of resources and the political background.

Results. A Program Implementation in three phases is proposed. Firstly, an outpatient CAMH service, for children up to 14 years old. Secondly, special programs for adolescents up to 18 years old. Thirdly, total care for all 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. The decision-making process and different options are discussed.

Conclusions. 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.

INTRODUCCION

En esta segunda parte del documento vamos a describir las características del Servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil, sus diferentes actividades, nivel de funcionamiento, distribución territorial y el plan de actuación diseñado para la puesta en marcha del Servicio. En la primera parte del estudio se han detallado la metodología usada para el estudio de necesidades, los criterios de priorización y las áreas priorizadas. Todos éstos que sustentan y justifican las decisiones en lo referente a organización y plan de acción que presentamos en este artículo.

CARACTERISTICAS DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL (SMIJ)

Una vez realizado el estudio de necesidades y decidido las que se consideran prioritarias, se analizó el tipo de organización más adecuada que debía adoptar el Servicio de SMIJ para atender estas necesidades, teniendo en cuenta los recursos disponibles. Como resultado de este trabajo se decidió el modelo de integración en la comunidad y la estructura del Servicio de SMIJ.

Modelo de Integración del Servicio de SMIJ en la comunidad

INTEGRACIÓN EN LA ESTRUCTURA SOCIO-SANITARIA

Se pueden distinguir tres modelos alternativos de implantación de cualquier servicio sanitario en una comunidad: primer, segundo y tercer nivel, haciendo referencia a su distancia a la población. Cada escalón que se añade implica un nuevo dispositivo que actúa como "filtro" del siguiente nivel. Presentamos una tabla que recoge las principales ventajas e inconvenientes de la ubicación de un servicio de SMIJ en estos diferentes niveles (tabla 1).

Existen modelos mixtos, en los que se combinan intervenciones de segundo y tercer nivel. Así en Asturias y el País Vasco, en aquellas zonas donde la orografía dificulta la accesibilidad, un mismo servicio de SMIJ se organiza como tercer nivel para estas áreas y como segundo para las de más fácil acceso. En países de la CEE como Inglaterra las unidades de SMIJ se encuentran situadas en un segundo nivel respecto al área que atienden.

Tabla 1 Aspectos de los diferentes niveles de ubicación de un servicio de SMIJ

Nivel	Ventajas	Inconvenientes	Ejemplos
SMIJ a nivel PRIMARIO	- Accesibilidad para el usuario - Rapidez	- posible uso indiscriminado - consumo excesivo de recursos	SMIJ en País Vasco
SMIJ a nivel SECUNDARIO	- selección previa - menos estigmatización para casos leves - menor consumo de recursos	- retraso en atención especializada - necesidad de coordinación con nivel primario	SMIJ en Asturias, en Cataluña
SMIJ a nivel TERCARIO	- selección previa a nivel secundario - menor consumo de recursos	- mayor especialización de profesionales - necesidad de coordinación con nivel secundario	SMIJ en Navarra

Opcionalmente algunas funcionan además de segundo nivel para su zona, y de tercer nivel para determinadas patologías.

En el caso de la comunidad de Cantabria se propone un modelo de segundo nivel de los equipos de atención ambulatoria, conservando cierta flexibilidad que permita realizar algunas intervenciones a primer y tercer nivel, cuando sea preciso, y que creemos el más adecuado para los recursos existentes. Este modelo se muestra en la tabla 2.

DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL

Con el fin de facilitar el acceso de los usuarios al Servicio de SMIJ se propone una distribución territorial de los profesionales que han sido contratados para el servicio. Se organizan tres equipos, cada uno formado por un psicólogo y un psiquiatra. Estos equipos se distribuyen de acuerdo con las áreas de Salud Mental ya existentes en la comunidad: en Santander, Torrelavega y Laredo. El equipo de Santander se coordina con el servicio infanto juvenil del ayuntamiento para atender a la población de esta área. Esta distribución permite una proximidad razonable entre el Servicio de SMIJ y la comunidad. Al respetar una distribución ya existente, se facilita la coordinación con las USM de adultos y se favorece la integración en una futura estructura general de salud mental. No obstante, a pesar de ello, algunas zonas de difícil orografía continuarían teniendo dificultades para acceder a este servicio.

34

Tabla 2 Modelo de atención escalonada en la organización de la salud mental infanto-juvenil

Nivel	Profesionales y ubicación	Funciones	POB, 0-17 años	Características
1º	-MG/pediatría -Asistentes Sociales -Psicólogo escolar -Profesor/tutor	-Promoción de la SM -Identificación de problemas de SM -Intervención en problemas leves y/o limitados	15-20%	-Accesibilidad -No estigmatizante -Necesidad de entrenamiento
		↓ Filtro		
2º	-Psiquiatras IJ -Psicólogos IJ USM Infanto-Juvenil	-Intervención en problemas moderados/severos -Consultas ambulatorias -Enlace -Entrenamiento a otros profesionales (1º nivel) -Investigación	7%	-Personal entrenado -Posibilidad de trabajo en equipo
		↓ Filtro		
3º	-Psiquiatras IJ -Psicólogos IJ Ingreso en Hospital Hospitales de día	-Intervención en crisis -Intervención en problemas graves -Intervención especializada	0,1%	-Posibilidad de personal compartido con segundo nivel -Personal entrenado, específico -Ingreso especiales -Equipos especiales -Unidades de día

(Modificado de S. Otero)

Organización Interna

COMPOSICIÓN DEL EQUIPO

Tal y como se ha descrito anteriormente el Servicio de SMIJ está formado por 3 psicólogos y 3 psiquiatras. Un miembro del equipo realiza las funciones de coordinación y representación del Servicio.

Tanto psicólogos como psiquiatras comparten la mayor parte de las funciones asignadas al equipo: evaluaciones, psicoterapias, investigación, formación etc.

No obstante, algunas de ellas son específicas de los psiquiatras, como los tratamientos farmacológicos, o de los psicólogos, como la administración de algunas pruebas de evaluación. Los pacientes son asignados de forma aleatoria a cualquiera de los profesionales del equipo y después de la evaluación inicial, si se considera oportuno, se toman decisiones sobre quién debe asumir el caso.

La formación de los integrantes del equipo es heterogénea. Esta diversidad se considera beneficiosa y enriquecedora para el Servicio y debe reflejarse en una mejora en la calidad de la asistencia a los problemas de salud mental de niños y adolescentes.

El Servicio de SMIJ debe contar con personal administrativo, que se encarga de las labores esenciales para el funcionamiento de un dispositivo de salud mental, como son las de atención al paciente, elaboración de informes, organización de archivos, etc.

ACTIVIDADES Y FUNCIONES

Las actividades que se realizarán en el Servicio de SMIJ son las de asistencia clínica, prevención, coordinación con otros organismos e instituciones, formación continuada del equipo e investigación. El reparto de tiempo asignado a cada actividad se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3 Reparto de tiempo en horas semanales por profesional sanitario para cada actividad

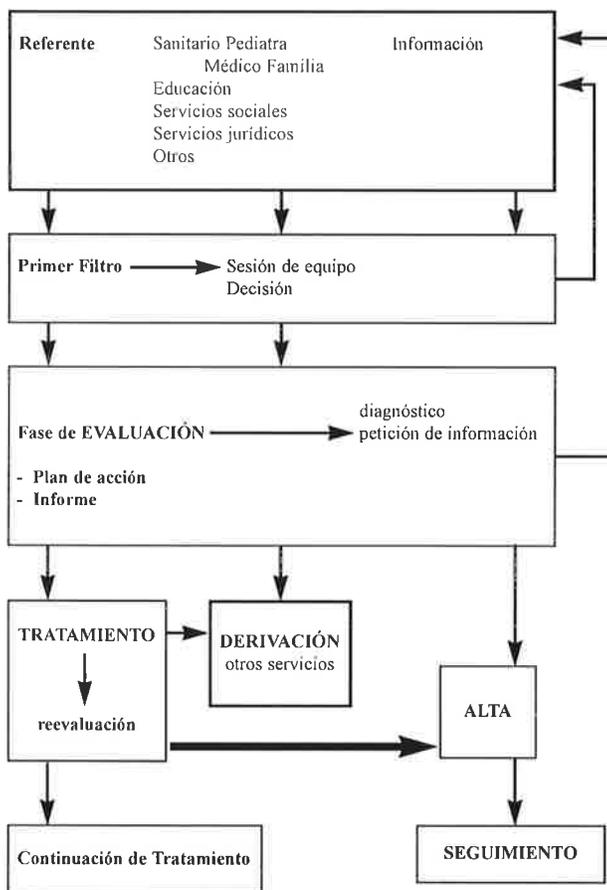
	Actividad	Horas semanales/profesional
Clínica	- Sesiones de equipo diarias	4 horas
	- Asistencia	22 horas
	- Coordinación	2 horas
	TOTAL:	28 h/s
Formativa	- Sesiones teóricas	2 horas
	- Sesiones clínicas	2 horas
	- Supervisión externa*	1-2 horas
	- Sesiones bibliográficas	1 hora
	- Investigación*	1 hora
TOTAL:	7 h/s	

Nota* las actividades así reseñadas se repartirán de forma flexible en función de la disponibilidad de horarios. La distribución se ha realizado teniendo en cuenta un contrato de 35 horas semanales por profesional.

Actividad clínica

La actividad clínica principal se desarrolla a nivel de asistencia ambulatoria. Se propone un esquema organiza-

tivo que presentamos a continuación (esquema 1). Puesto que se trata de un funcionamiento habitual en los centros ambulatorios de Salud Mental no vamos a entrar en más detalles.



Esquema 1. Diagrama de manejo de casos en la Unidad de Salud Mental infanto-Juvenil (USM-IJ). (modificado de S. Otero 1997)

Coordinación con otros organismos e instituciones

El ámbito de trabajo en Salud Mental Infanto-juvenil hace necesario el trabajo en estrecha colaboración con otras agencias como son Educación, Servicios Sociales, Servicios judiciales de menores y Centros de Atención Primaria. En principio proponemos una reunión mensual de coordinación con una duración de aproximadamente 2 horas para comentar aspectos organizativos y casos concretos. Cada equipo mantendrá estas reuniones con su sector de referencia. El tiempo medio de dedicación a esta actividad se calcula entre las 6 y 7 horas al mes.

Actividades de formación continuada

Para las actividades de tipo formativo se dedica una jornada de 7 horas semanales, en las que se llevan a cabo una serie de actividades distribuidas como se indica a continuación:

- Sesiones teóricas

Se elabora un calendario con el temario y reparto de actividades. Las sesiones teóricas incluyen presentaciones de un "experto" sobre un tema monográfico con una duración de 30 minutos. Este "experto" puede ser una persona del equipo que se haya preparado a fondo el tema, o bien un invitado por el grupo. Esta exposición se completa con una presentación de entre varios artículos relevantes sobre el tema, con 15 minutos para cada uno, que habrán preparado 4 personas del equipo con un tiempo para discusión. El tiempo total estimado para esta actividad es de 2 horas.

- Sesiones bibliográficas

Se organizará una sesión mensual de acuerdo con un programa previo, que incluya la revisión de las publicaciones más prestigiosas en el campo de la Salud Mental Infanto-Juvenil y una posterior discusión. Para esta actividad se dedican 2 horas mensuales.

- Sesión clínicas

Se presentarán una serie de casos, seleccionados previamente y preferiblemente en relación con el tema monográfico del día, con una dedicación aproximada de 2 horas.

- Supervisión externa

Dependiendo de la disponibilidad se reservarán entre 3-6 horas mensuales para supervisión externa.

Investigación

Consideramos que la actividad investigadora es complementaria a la clínica y favorece el interés y motivación para organizar, protocolizar y evaluar el trabajo. Todo ello, mejora la calidad de la asistencia. En la medida de lo posible esta tarea se integrará en la actividad clínica diaria, y el tiempo que se le dedique variará en función del adecuado cumplimiento de los objetivos asistenciales.

PLAN DE ACTUACIÓN

Se elaboró un plan que permitiese abordar la atención a la SMIJ en Cantabria de forma gradual y escalonada. El proyecto se desglosa en cuatro etapas cada una de las cuales conlleva una ampliación en la cobertura de la población hasta llegar a la totalidad de 0 y 18 años. Cada

36 una de estas etapas tiene como finalidad asegurar una demanda asumible garantizando una adecuada calidad asistencial.

Excepto la primera etapa, de toma de contacto y organización del equipo, que es más breve, para el resto de las etapas calculamos una duración media de un año. Transcurrido éste tiempo se evaluarán el grado de cumplimiento de los objetivos y las posibilidades de asumir la siguiente etapa, lo que estará también condicionado por la ampliación de los recursos materiales y humanos que se consideren precisos.

Las decisiones respecto a las prioridades que se deberán establecer a lo largo del tiempo se basarán en el análisis de necesidades realizado y en el modelo de organización del Servicio de SMIJ propuesto. Como ya se ha comentado, se considera prioritaria la atención a la población entre 0 y 14 años, así como que la labor asistencial. En cuanto al modelo de organización se optó por un segundo nivel con cierta flexibilidad y una distribución territorial de acuerdo con las tres áreas ya establecidas en salud mental.

Etapas 1. Adaptación e integración del equipo.

Esta es una etapa no asistencial que tiene varios objetivos:

1. Elaboración de la historia clínica, protocolos de tratamiento y selección del material técnico necesario para la función asistencial

2. Una vez decidida la distribución territorial de los equipos, contactar con los servicios sanitarios, escolares y sociales del área asignada cada uno. En cierto modo se continuará la labor iniciada en el análisis de necesidades. Se trata de dar a conocer el servicio e iniciar un modelo de comunicación y coordinación basado en la colaboración.

Etapas 2. Atención a la población de 0-14 años.

Se asumirá la asistencia clínica de esta población, incluyendo:

- Atención ambulatoria.
- Atención a situaciones de urgencia psiquiátrica en las edades pediátricas

- Labores de interconsulta en el hospital general: el equipo de salud mental, realizará las tareas de psiquiatría de enlace.

- Atención a casos que requieran ingreso hospitalario. Cuando sea necesario la hospitalización, el equipo de SMIJ hará la indicación de ingreso y se hará cargo del seguimiento del mismo. Sería deseable que el ingreso se realizara en el Hospital General Pediátrico.

Etapas 3. Desarrollo de programas para la población de 14-18 años.

En esta etapa se consolida la atención a la población de 0 a 14 años y se amplía la atención de 15 a 18 mediante el desarrollo de los siguientes programas específicos:

- trastornos psicóticos
- trastornos obsesivo-compulsivo
- trastornos de alimentación
- conductas parasuicidas

Etapas 4. Atención a la totalidad de la población infanto-juvenil.

El objetivo final del Servicio de SMIJ es atender a toda la población infanto-juvenil, desde 0 a 18 años. La atención integral a esta población se completará con el mantenimiento y/o desarrollo de programas específicos cuando se considere preciso.

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 Especifica 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).