

PRINCIPIOS DE PLANIFICACION Y ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

- I - Introducción
- II - El Sector
- III - El Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil
- IV - Coordinación del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil con otros estamentos
- V - Tratamientos
- VI - Recursos asistenciales y sociales en Salud Mental Infanto-Juvenil en Castilla y León

I - INTRODUCCION

Hablar de asistencia en el campo de la Salud Mental Infanto-Juvenil, es hablar de una ausencia o de una deficiencia estructural. Existen unas características iniciales, generales, que definen estos problemas asistenciales:

- 1.— Dispersión administrativa y geográfica de los recursos dedicados a este fin.
- 2.— Concentración de estos escasos recursos en determinandos lugares.
- 3.— Escasa cobertura a los problemas psíquicos de la infancia y adolescencia.
- 4.— Actuaciones puntuales y descontextualizadas de la vida y ambiente de la infancia y adolescencia.
- 5.— Falta de coordinación entre las diversas agencias que operan en la vida del niño y del adolescente.
- 6.— Inexistencia de un registro de datos fiables.

7.— Solapamiento y duplicidad en las prestaciones.

Estas características se agravan en nuestra región castellanoleonesa por dos razones fundamentales: su gran extensión geográfica y la desigual distribución de la población infanto-juvenil en ella.

No obstante hay profesionales en este campo que, aún siendo insuficientes para prestar la asistencia, convenientemente redefinida su función y su misión, pudieran hacerse cargo de la atención en SMI-J con los refuerzos pertinentes en personal y otro tipo de recursos.

Con esta perspectiva es por lo que en el presente Comité de Expertos hemos abordado este problema con realismo y claridad, sentando unas bases generales desde las que poder dar cuenta de una voluntad para afrontar este tipo de asistencia y atención.

1— La asistencia a la infancia y la adolescencia deberá prestarse en el marco de la atención sanitaria y enmarcada en

las áreas sanitarias, como segundo nivel de atención.

2— Entendemos como segundo nivel de atención el marco de la atención especializada, en íntima relación con la Atención Primaria de Salud.

3— La atención se realizará por un equipo multidisciplinario en la composición e interdisciplinario en el funcionamiento. Su composición se basará en los siguientes mínimos: 1 psiquiatra con formación específica; 1-2 psicólogos con formación clínica específica; la posibilidad de un ATS ó DUE especializado y 1 auxiliar administrativo. La presencia de trabajadores sociales se supedita a la creación de los equipos de trabajo social de base comunitaria, recomendando que una parte de estos profesionales obtengan una formación específica.

4— La atención que se preste a la comunidad ha de ser integral: tanto en las facetas más orgánicas, psicológicas, como sociales, contemplando la rápida y continua evolución del niño y adolescente y la prolongada interdependencia con el contexto en que se desarrolla; lo cual hace que tenga una forma específica de reaccionar y enfermar que lo diferencia la edad adulta.

5— La atención desarrollada por el equipo ha de ser integrada: lo que se refiere a que las intervenciones acordadas no serán individuales ni descontextualizadas y tenderán a abarcar: la prevención y promoción de la salud, el diagnóstico, los seguimientos, los tratamientos adecuados y los procesos de reinserción y rehabilitación sociales. Todo ello realizado por un mismo equipo asegurando así la continuidad asistencial.

6— Se han de establecer los mecanismos adecuados de coordinación y de integración funcional que se consideren oportunos, con el fin de evitar duplicidades y solapamientos, dependiendo de los recursos de cada área.

7— Habrá de delimitarse tanto el concepto de intervención, como los criterios de hospitalización, urgencia e interven-

ción en crisis, así como el sentido de los tratamientos en el sector público.

En definitiva se trata de realizar un marco teórico firme, en desarrollo de lo expuesto para este campo por la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, que catalogó el programa de SMI-J como específico y de carácter permanente.

Este marco teórico tiene sentido al establecer unas prioridades que lo lleven a la práctica. Práctica que es dependiente de la voluntad política y de otro tipo de variables; no obstante nuestro criterio pasaría por:

- 1º Enmarcar las áreas sanitarias. En tanto se desarrollan es preciso definir un marco de acción para cada equipo de SMI-J que se atenga a las características demográficas de esa comunidad.
- 2º Adscribir a esas áreas a los profesionales que en estos momentos desarrollan su actividad, pero sin salir de su provincia de actual destino si ese es su deseo.
- 3º Completar los equipos con el personal adecuado antes de crear nuevos equipos.
- 4º Dotación de material y de edificios adecuados a la labor a desarrollar.
- 5º Establecer un sistema de evaluación y registro de casos moderno y útil.
- 6º Asegurar que cada equipo pueda cumplir los tres principios de todo programa:
 - a) Formación y actuación específicos.
 - b) Continuidad en las prestaciones por un mismo equipo.
 - c) Investigación específica.

II - EL SECTOR

El Sector representa el lugar geográfico y demográfico en el cual trabaja el Equipo de Salud Mental, siendo el medio social en el que emergen y viven los

pacientes; estructurándose a partir de la determinación de las áreas sanitarias.

Según Paumelle: «El Sector es la realidad social común compartida por los pacientes y el equipo tratante». Para él, la noción de compartir («partage»), implica una abolición de la distancia tradicional entre el personal técnico («traitant») y el paciente.

De acuerdo con la OMS, el sector de SMI-J, se constituye cuando la población infantil suponga en torno al 25% de la general (siendo ésta de 150.000 habitantes) y se mantenga la media de crecimiento vegetativo de los dos últimos años.

El sector debe delimitar una unidad natural: por ejemplo, una comarca porque en ella hay un modo de vida determinado, unas costumbres y tradiciones, unas referencias comunes, unos recursos (guarderías, escuelas, agencias sociales, parroquias, etc.) lugares a los que el equipo de SMI-J debe prestar atención para trabajar y colaborar en un momento y otro.

Idealmente debe haber una correspondencia entre el sector adulto y el infantil, porque en ocasiones trabajarán en conjunto, tanto a nivel de evaluaciones como de tratamientos. A veces la consulta solicitada para un niño oculto o pone de manifiesto la problemática de los padres o de uno de ellos, y la respuesta en esos casos puede venir dada por una terapia de adultos o de pareja. Otras veces, en el caso de familias con problemas múltiples un miembro del equipo de SMI-J se encargaría de la patología infantil y otro del equipo de Salud Mental de adultos de los problemas de los padres u otros miembros de la familia. Incluyéndose en igual medida las labores de prevención, trabajo comunitario y reinserción social de forma unificada por ambos equipos.

El Equipo de Salud Mental implantado en el sector debe tener como objetivo la evaluación de las necesidades, determinando las prioridades de ahí la importancia del «análisis sociológico del

sector» que nos permitirá conocer los problemas e específicos del mismo y contribuir a la elaboración de respuestas adecuadas a dichos problemas.

El Equipo de Salud Mental debe ofrecer a la población del Sector los servicios de detección, diagnóstico, tratamiento y readaptación, así como participar en los programas de prevención primaria.

La demanda se articulará con la Atención Primaria de Salud como cobertura especializada de 2.º nivel y con otras redes sociales e institucionales, para ello dicha demanda vendrá canalizada siempre a través de la familia.

Para que todo esto pueda llevarse a cabo los equipos deben ser dotados de personal suficiente que pueda responder a las necesidades de la comunidad, debiendo ser un personal cualificado a fin de que sepa responder a esa demanda; asimismo deben contar con lugares físicos donde ubicarse.

El Sector debe disponer también de los dispositivos necesarios para la puesta en marcha de ciertos tipos de tratamiento y de recursos a ofrecer al Equipo en ciertos casos de rehabilitación; por lo que cada sector deberá tener:

- 1.— Centros de consulta ambulatoria: situados en el mismo sector, en lugares de fácil acceso, donde se lleven a cabo las consultas de los equipos y que puedan ser también un lugar de encuentro con los miembros, y otras estructuras, de la comunidad.
- 2.— Hogares familiares: para niños con ambientes familiares muy destrutturados, niños abandonados, niños maltratados, etc., adecuadamente evaluados por los Servicios Sociales de base.
- 3.— Un club terapéutico: con actividades de tarde e integrado con otros recursos sociales.
- 4.— Un taller protegido (para adolescentes): coordinado con los servicios sociales en cuanto a la utili-

zación y cobertura de forma polivalente.

- 5.— Un centro de día: que quizá podría dar respuesta a varios sectores, según las necesidades. Se tenderá a utilizar y redefinir prioritariamente los recursos naturales, integradores del desarrollo de la vida del niño y del adolescente, con los apoyos adecuados de los equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- 6.— Las excepciones hospitalizaciones se realizarán en los dispositivos habituales de hospitalización infanto-juvenil del área sanitaria.

III - EL EQUIPO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

Los equipos multidisciplinarios y el entrenamiento interdisciplinar son necesarios para cualquier cambio mínimo en la atención de la Salud Mental de los sujetos. Ningún profesional posee la formación ni la disponibilidad totales para asumir al niño y adolescente en su realidad bio-psico-social. Esto supone reconocer la insuficiencia o limitación a nivel individual, del técnico.

El contenido del trabajo de los profesionales del Equipo no se restringen al tipo de trabajo tradicional en asistencia psiquiátrica, ni es suficiente con la utilización de una sola metodología terapéutica.

Las tareas a abordar por el ESMI-J son: Prevención, Promoción, Diagnóstico, Tratamiento, Orientación, Seguimiento, Reinserción y Coordinación con otras áreas de vida del niño. Los roles del ESMI-J se han de modificar abarcando otras funciones además del trabajo terapéutico, tales como:

- 1.— Dinamización de la atención a la SMI-J en otros grupos de profesionales, en labores de asesoramiento, entrenamiento y orienta-

ción. Por ejemplo, una de estas tareas sería la sensibilización y apoyo de los equipos de Atención Primaria (Pediatra, Médico de familia...), así como de todos los profesionales que detecten en primer lugar la problemática del niño (Maestros, Puericultores...). Toda esta labor ha de incidir en una sensibilización general de la Comunidad en la que el equipo presta su servicio.

- 2.— Coordinación con otros servicios asistenciales y profesionales que trabajan en la Salud Mental Infanto-Juvenil y con los propios de salud mental general del área sanitaria.
- 3.— Diseño, desarrollo y evaluación de programas de investigación, formación e intervención, de forma integral e integrada.

El escaso desarrollo de los servicios de SMI-J hace necesario el incrementar el nº de profesionales así como mejorar su cualificación técnica, pues la calidad de los servicios se eleva en la medida que se aumenta la capacitación profesional.

Este aumento del número de profesionales y de su cualificación técnica es necesario para atender a poblaciones específicas, cuya problemática exige un mayor nivel de especialización (adolescentes, deficientes severos y profundos, psicóticos, etc.).

Al ser la población adolescente un grupo de alto riesgo que no cuenta con servicios específicos de atención en S.M. consideramos necesario la inclusión en el Equipo de un programa específico para la adolescencia, que incluya la formación general en la problemática de este sector de población para todos los componentes del equipo.

El Equipo de SMI-J lo componen:

- Psiquiatra Infantil
- Psicólogo Infantil
- Asistente Social

- ATS ó DUE Psiquiátrico
- Auxiliar psiquiátrico y administrativo así como la articulación con otros profesionales relacionados con la SMI-J, dependiendo de las necesidades y recursos del área sanitaria en su conjunto.

La cobertura en el trabajo social debe tender a integrarse en los Equipos Sociales de Base, con la adecuada coordinación e integración funcional; no obstante, en momento actual, puede crearse un lugar en los Equipos de SMI-J.

En las tareas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento del niño, deben participar todos los componentes del equipo, en función del grado de especialización y capacitación de cada uno, y siendo delimitadas en cada caso por el propio equipo, en aras a asegurar la accesibilidad de la comunidad, la continuidad asistencial y la cobertura total de forma integrada e integral que evite solapamientos y duplicidades en la prestación asistencial.

Además de las funciones asistenciales, objetivo prioritario del trabajo, el equipo debe dedicar periodos de tiempo a: formación, investigación, reuniones (valoración de diagnósticos, tratamientos y evolución) y coordinación con otros servicios y profesionales.

IV - COORDINACION DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL CON OTROS ESTAMENTOS

La O.M.S. en los diferentes informes de los comités de expertos publicados en el año 1977 recomienda una coordinación del ESMI-J a dos niveles:

- Coordinación intersectorial con todos los departamentos gubernamentales cuya actividad intervenga en el desarrollo psicosocial de los niños, en especial los departamentos de salud, justicia, educación y asistencia social.

- Coordinación de estos departamentos gubernamentales con los organismos no gubernamentales pertinentes.

Con objeto de mejorar la coordinación entre departamentos a escala nacional para que puedan atender a las necesidades de los niños convendría constituir un COMITE COORDINADOR que debiera ejercer sus funciones a nivel autonómico. tendrá como cometido esencial estudiar regularmente las necesidades de la infancia, velando porque se atiendan las necesidades de ciertos grupos de riesgo. Los mecanismos de coordinación deberán estructurarse a escala provincial y local de forma que se establezcan normas claras respecto de los diferentes servicios de consulta para los niños.

Al ser la familia el punto de referencia de la demanda, es imprescindible que estén perfectamente al corriente de los planes de intervención y de las respectivas atribuciones de cada servicio.

Aparte de estas líneas básicas consideramos que el Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil debe estar coordinado con:

1.— AREA SANITARIA

1.1.— Con los Equipos Básicos de Salud y Consultas pediátricas ambulatorias

Actualmente tanto los médicos de familia como los pediatras raramente requieren los servicios de ESMI-J creemos que por tres razones:

- Desconocimiento de la SMI-J
- Escasez de Psiquiatras Infantiles
- Desconfianza de la psiquiatría en general y en la psiquiatría infantil en particular.

Las labores de coordinación se concretan en:

- a/ Apoyar y asesorar en la identificación del trastorno psicoemocional.
- b/ Asesorar en el tipo de intervención necesaria, que puede ser:
 - b.1.— Atención y seguimiento propio
 - b.2.— Atención con asesoramiento del equipo especializado.
 - b.3.— Derivación a los equipos especializados.
- c/ Colaborar con los Equipos de Atención Primaria de Salud en el asesoramiento, seguimiento, derivación y rehabilitación de los pacientes.
- d/ Participar con los Equipos de Atención Primaria de Salud en la formulación y desarrollo de programas de Salud Mental Infanto-Juvenil.

1.2.— **Con Servicios Hospitalarios de Pediatría o de otras especialidades en que se pueda ingresar niño.**

Convendría establecer que el ESMI-J informará a esos servicios de la importancia de:

- Hospitalización conjunta madre/hijo.
- Situaciones de hospitalización por razón social.
- Momento oportuno de intervenciones quirúrgicas necesarias pero no urgentes.
- Manejo de situaciones de niños enfermos crónicos y en situaciones clínicas graves y de sus familias.
- Manejo de hospitalizaciones por motivo de enfermedad psíquica.

También podría realizar un asesoramiento respecto al diseño y equipamiento de los servicios en función de los niños.

1.3.— **Con los Equipos de Salud Mental General**

- Programación conjunta de objetivos.

- Elaboración de criterios uniformes de cobertura y atención.

2.— **AREA EDUCATIVA**

2.1.— **Con los equipos psicopedagógicos**

La coincidencia de la sectorización de dichos equipos con la del ESMI-J facilitará cualquier planteamiento de trabajo coordinado.

Mantener reuniones periódicas revisando y evaluando el trabajo en común.

El Equipo psicopedagógico puede actuar en determinados casos como sensibilizador de la familia ante un problema y su derivación hacia el equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil a través del referente institucional de la escuela.

2.2.— **Con los Centros de Perfeccionamiento del Profesorado y con las Escuelas de Formación del Profesorado**

Participando en las actividades de formación continuada del profesorado que el Centro programe.

2.3.— **Con estamentos del Ministerio de Educación y Ciencia (M.E.C.)**

Asesorando en la vigilancia de la existencia de factores académicos administrativos o disciplinarios que se puedan oponer al correcto desarrollo de la personalidad de los alumnos y puedan provocar tensiones psicológicas superfluas.

2.4.— **Con Centros específicos de Educación Especial**

Participarles la información diagnóstica y terapéutica de los pacientes vistos por el equipo.

Revisar cuando el Centro lo solicite, an-

te cambios evolutivos, un diagnóstico o una orientación terapéutica.

Sesiones conjuntas con claustros y el equipo psicopedagógico que corresponda, para coordinar actividades y evitar duplicidades.

Favorecer los intentos integradores y de redefinición de estos Centros, respetando en todo momento ambos campos.

2.5. Con Centros Escolares

Establecer un sistema de relación con los Centros, de manera que los profesionales de la enseñanza tengan oportunidad de solucionar sus dudas, recabar ayuda, ..., a ser posible de forma conjunta con el equipo psicopedagógico del sector para evitar duplicidades.

Cobertura y apoyo de la integración del «niño diferente» en el plano técnico que le pueda corresponder.

3.— INSTITUCIONES CON COMPETENCIAS EN MATERIA DE SERVICIOS SOCIALES

3.1. INSERSO

Información de las necesidades del sector para poder coordinar la planificación y utilización de los medios con los que el organismo cuenta.

Evitar reconocimientos iterativos del niño que no lleven a aportes terapéuticos.

3.2. Servicios Sociales de Administraciones Locales y Autonómicas

Como parte del trabajo comunitario.

3.3. Hogares Infantiles y Casas Cuna

Asesoramiento de las características que deben reunir los Centros dedicados a la infancia (a mayor tamaño menor eficacia), posibilitando que en dichos cen-

tros se cuente con grupos de discusión organizada.

3.4.—Tribunal Titular de Menores y sus centros

Evitar la situación actual de «peritaje» sustituyéndola por un estudio pluridimensional de cada caso y una búsqueda de soluciones reales y alternativas para el niño.

Apoyo técnico y asesoramiento al personal que atiende directamente esos centros.

V - TRATAMIENTOS

En el seno de los Equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil se deberá debatir el sentido de los tratamientos que se realicen en cada caso. No obstante este Comité de Expertos se pronuncia sobre los siguientes criterios.

- 1.— El Equipo a la hora de debatir la indicación terapéutica se sensibiliza a una escucha terapéutica a nivel de la evaluación y análisis de la demanda.
- 2.— Se han de utilizar los seguimientos y la evaluación de los diversos modos de intervención estructural como elementos dinamizadores, tanto de las indicaciones terapéuticas como de la formación continuada.
- 3.— Cualquier intervención acordada se integrará de forma global en un todo que implique el abordaje general de la demanda.
- 4.— Consideramos como concepto de intervención el siguiente.: Buscar la indicación terapéutica más adecuada para cada caso concreto, por parte del equipo, sin exclusión de ninguna opción e integrándola de forma global, de manera complementaria, con el fin de asegurar la continuidad en la prestación asistencia a la demanda presentada.

En este contexto creemos oportuno reseñar lo siguiente en lo relativo al tipo de tratamiento que se puede prestar desde el sector público, en el campo de la SMI-J.:

- 1) El análisis e integración de la demanda en este campo que supone la inclusión de la familia ante la demanda.
- 2) Es necesario realizar un análisis de la evaluación diagnóstica y orientación terapéutica, independientemente de la línea teórica, en el seno de los equipos.
- 3) En caso de emplear psicofarmacología, ésta se considerará como una intervención integrada en el conjunto del plan terapéutico diseñado para cada caso y no supondrá un fin en sí mismo.
- 4) La hospitalización, caso de realizarse, se tenderá a efectuar en aquellos dispositivos asistenciales hospitalarios del propio área sanitaria en

los cuales la marginación sea menor, de acuerdo a las necesidades del niño o adolescente y a las particularidades del ESMI-J.

- 5) Las intervenciones en crisis precisan de una evaluación y requerimiento adecuados, con el fin de discernir la intervención posterior más acorde para cada caso.
- 6) El empleo de psicoterapias en el sector público, independientemente de la orientación teórica tenderá a realizarse de acuerdo a los siguientes criterios:
 - a/ Tendencia a que sean psicoterapias breves y focales hacia el problema presentado.
 - b/ En la provisión de cuidados asistenciales el equipo gestionará el tiempo dedicado a las terapias continuadas a largo plazo, de acuerdo con la demanda asistencial recibida y con los requerimientos del personal sanitario en formación.