



Revista de la Asociación Española de
Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

Salvador Sánchez, Isabel

Modelo asistencial integrador en salud mental infantojuvenil

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XXI, núm. 80, diciembre, 2001, pp. 111-
118

Asociación Española de Neuropsiquiatría
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019675009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Modelo asistencial integrador en salud mental infantojuvenil ¹

RESUMEN: La atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil tiene como eje principal la Intervención Terapéutica.

La elección de dicha Intervención está mediatizada por:

- La población a la que va dirigida nuestra intervención. Los niños y adolescentes son sujetos con una entidad integral biopsicosocial en permanente evolución e interacción con su entorno familiar y social. Esto implica que su expresión psicopatológica y clínica es específica.

- Los recursos Terapéuticos del propio Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil.

- Las características y los recursos comunitarios del territorio al que está inscrito el Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Presentamos el modelo de organización de la asistencia a la salud mental infanto-juvenil dentro de una Unidad de Salud Mental (general) del INSALUD en el sector de Manacor (Isla de Mallorca) y que abarca casi 110.000 habitantes.

La Coordinación interdisciplinar e interinstitucional entre todos los sectores implicados en la vida del niño y adolescente es básica para poder realizar una asistencia con una mínima calidad.

PALABRAS CLAVE: Asistencia Integradora en S.M. Infanto-Juvenil. Coordinación interinstitucional.

SUMMARY: The attention of Children and teenagers Mental Health has as an main axis, the Therapeutic Intervention.

The election of such intervention is affected by:

- The population who our intervention is aimed at. Children and teenagers are fellows with an integral biopsychosocial entity in permanent evolution and interaction with their familiar and social environment. This implies that their expression psychopathology and clinic are specific.

- The Therapeutics resources of the children and teenagers Mental Health Team itself.

- The characteristics and community resources of the territory which the children and teenagers Mental Health Team is registered.

We present the organisation model of the assistance to the infant-junior mental health inside a Mental Health Unit (general) of the INSALUD in the Manacor's sector (Mallorca Island) and that take in nearly 110.000 habitants. The interdisciplinary and interinstitutional Coordination between all the sectors involved in the life of the child and teenager is basic to be able to carry out an assistance with a minimal quality.

KEY WORDS: Integrated Assistance to the infant-junior Mental Health. Interinstitutional Coordination.

(1) Ponencia presentada en el II Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología, en el Simposium: "Psicoterapias en Psicopatología Infantil". Murcia, Marzo, 1999.

Introducción:

Todos sabemos que trabajar en una unidad de salud mental implica estar inmersos en la comunidad, aunque nuestro dispositivo esté en un segundo nivel de atención. Por ello es prioritario, antes de organizar los programas asistenciales, conocer las características específicas del área geográfica adscrita a la unidad así como los recursos de los que dispone. Además, cuando se ha de cubrir asistencialmente a toda la población, es necesario la implantación de varios programas, para poder organizar la atención con un mínimo de calidad. Uno de los programas más importantes es el de salud mental infanto-juvenil.

El desarrollo de dicho programa conlleva muchas especificidades.

La función principal del programa de atención a la salud mental infanto-juvenil será la intervención terapéutica.

Sin embargo, antes de elegir la intervención hemos de tener presentes unos factores que posiblemente influirán en dicha elección:

- Los profesionales que constituyen la Unidad.
- Los niños y adolescentes son sujetos con una entidad integral biopsicosocial en permanente evolución e interacción con su entorno familiar, escolar y social, por lo que dicho entorno ha de tenerse presente.

*El programa de salud mental infanto-juvenil**A.- Funciones:*

Todos los planes de salud mental o programas infanto-juveniles que están en funcionamiento en las distintas Comunidades Autónomas plantean que las funciones generales de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil deben ser:

- Participar en el diseño de Programas de Prevención/Promoción de la salud mental en niños y adolescentes.
- Realizar la Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento de los niños y adolescentes con problemas en Salud Mental de su Área o Sector Sanitario.
- La coordinación con todos los dispositivos de atención al niño y adolescente del área o sector de influencia. Estos serían:

1.- Área Sanitaria:

- Pediatras y médicos de familia.
- Servicios hospitalarios de pediatría y otras especialidades donde se puedan ingresar a niños y adolescentes.
- Equipos de salud mental general.

2.- Área Educativa:

- Equipos psicopedagógicos de educación primaria
- Servicios de orientación educativa de secundaria.

3.- Área Social:

- Servicios sociales locales y autonómicos.
- Servicio de protección de menores.

4.- Area Jurídica:

- Fiscalía de menores.
- Juzgado de familia.
- Desarrollar programas de docencia y formación continuada.
- Investigación en salud mental infanto-juvenil.

B.- El equipo

El principal y primer recurso con el que cuenta la unidad de salud mental son los profesionales del equipo interdisciplinar.

En salud mental infanto-juvenil, los miembros del equipo han de participar en todas las “Funciones de la Unidad según su grado de especialización y capacitación, 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” (Comité expertos de Castilla y León en S.M. I -J).

El trabajo en equipo es un proceso dinámico que conlleva muchas implicaciones. La mayoría de los problemas que surgen en el equipo es producida por la contradicción entre lo que exige la institución de la que depende y la demanda asistencial de la población de referencia.

Necesitamos organizarnos como equipo para poder “sobrevivir” entre esas dos exigencias.

El espacio básico para dicha organización sería: *La coordinación interna*. Dicho espacio servirá para:

1.- Determinar las tareas de cada profesional en el marco de cada una de las intervenciones terapéuticas o de las coordinaciones que la unidad programe.

Consideramos la *intervención* como: “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 asistencial de la demanda presentada”. (Comité de Expertos de Castilla y León en Salud Mental Infanto - Juvenil)

Esas intervenciones terapéuticas ha de elaborarlas el equipo adecuándolas a las demandas, las posibilidades del marco institucional y las condiciones comunitarias de la zona geográfica de referencia.

2.- Discriminar la demanda y planificar la asistencia.

Todos los profesionales que trabajamos en salud mental infanto-juvenil sabemos que nuestro saber tiene sus límites y que solos no podremos atender toda la problemática que presenta un niño o adolescente que acude a la unidad.

En la reunión de coordinación del equipo, se ha de plantear y consensuar la intervención terapéutica operativa que delimitará las responsabilidades y la tarea de cada uno, de manera que se ordene la estrategia de intervención evitando duplicidades, contradicciones o intervenciones en paralelo.

C.- El Modelo Asistencial Integrador

1.- Características propias:

- Los niños y adolescentes tienen una expresión psicopatológica y clínica específica.

- Suele existir una falta de iniciativa en la demanda de ayuda del niño. Son los padres, por iniciativa propia o por recomendación del profesores o pediatras, los que solicitan la consulta.

- La imprescindible participación de los padres en el tratamiento.

2.- Factores que influirán en la elección de la intervención:

- El diagnóstico que hayamos planteado después de la evaluación.

- Los recursos terapéuticos de la unidad de salud mental infanto-juvenil.

- Los recursos comunitarios con los que cuenta el área sanitaria a la que está inscrita la Unidad y que intervienen en la vida del niño o adolescente: equipos psicopedagógicos y de orientación, servicios sociales, asociaciones juveniles, grupos de tiempo libre, etc.

Como expresa Lebovici: “Una buena selección del caso depende de la calidad de la inserción del centro (S.M. IJ) en la comunidad y de sus relaciones con las personas centrales y las instituciones que se ocupan de los niños”.

3.- Proceso de elaboración del plan terapéutico:

3.1.- Recepción de la demanda: En nuestra unidad, la recepción de la demanda la realiza la enfermera mediante la “acogida”, donde se recogen los datos básicos del paciente, el motivo de consulta, quién lo ha derivado, informes que aporta, etc.

Posteriormente, en la reunión semanal de coordinación interna del equipo, se valora dicha demanda adscribiendo el paciente al psiquiatra o al psicólogo.

3.2.- Evaluación integral y formulación diagnóstica: Se inicia con la primera entrevista explicándole al paciente los elementos del encuadre de nuestro trabajo:

- Realizaremos dos o tres entrevistas de evaluación con el niño/adolescente y los padres donde realizaremos la exploración individual, familiar y social para elaborar la historia clínica.

- Posteriormente se realizará una entrevista de devolución donde se les expondrá la hipótesis diagnóstica y las intervenciones terapéuticas, elaboradas por el equipo, que pensamos realizar en términos que ellos puedan entender.

- Les pediremos permiso para solicitar información a otros servicios e instituciones de la vida del niño/adolescente si lo vemos necesario.

Un punto controvertido en salud mental infanto-juvenil es el diagnóstico. Las clasificaciones del DSM IV y del CIE 10 son muy restrictivas a la hora de abarcar toda la problemática infanto-juvenil. La OMS ya en 1975 recomendó como mínimo el diagnóstico en tres ejes:

- Síndrome clínico.

- Nivel intelectual

- Factores asociados y/o etiológicos: Biológicos y psicosociales asociados o etiológicos.

Por ello, creemos mas conveniente utilizar la clasificación francesa de los Trastornos Mentales del niño y Adolescente de MISSES. Dicha clasificación tiene dos ejes:

Eje I: Clínico. Categorías de base (psicosis, neurosis, trastornos de personalidad, deficiencias mentales, etc.).

Eje II: Factores asociados. Orgánicos y condiciones del medio ambiente.

3.3.- Intervención terapéutica integral:

El objetivo general de la intervención terapéutica en salud mental infanto-juvenil debería ser: Potenciar el desarrollo integral del niño o adolescente que incluye la mejoría de sus déficits y capacidades innatas y adquiridas, es decir, su equilibrio general.

Esto quiere decir que las intervenciones específicas que realizaremos son.

- Con el niño y/o adolescente: psicoterapia individual, de grupo, etc.
- Con los padres y/o familia: Hemos de contar con su colaboración y participación, por lo que han de estar perfectamente al corriente de los planes de intervención.
- Servicios o instituciones implicadas en la vida del niño: colegio, profesores, grupos de actividades lúdicas, etc.

Todos los elementos señalados han de integrarse de forma global en un todo que implique el abordaje general y la continuidad asistencial.

La comisión de coordinación interconstitucional de salud mental infanto-juvenil

Esta comisión surgió de la constatación de que:

- Ante una problemática compleja, cualquier servicio de atención a la infancia o adolescencia, por sí solos, no podía realizar un tratamiento integral.
- Se producían duplicidad en las intervenciones.
- No existían canales de comunicación: criterios y procedimientos de derivación entre distintos servicios de la comunidad, así como en el seguimiento que permitiera una continuidad del caso.

Sin embargo, hemos de tener presente que trabajar de forma coordinada implica :

- Cada servicio que atiende a la población Infanto-Juvenil han de tener claros sus límites, competencias, funciones y actuaciones sin entrar en contradicciones y actuando conjuntamente hacia los mismos objetivos terapéuticos.
- Han de pactarse criterios consensuados de derivación entre los diferentes servicios.
- Se han de formular unos indicadores comunes para que todos los servicios tengan el mismo marco conceptual. (Ejemplo: quién será el responsable del caso, clasificación diagnóstica que se utilizará , etc.).

1.- Funciones de la comisión de coordinación interinstitucional:

Parte del *principio de actuación coordinada* (intervenciones conjuntas y complementarias) de todos los recursos del sector sanitario que atienden a la población infanto-juvenil.

Sus funciones podemos concretarlas en:

- 1.1.- El *Objetivo básico* es conseguir una atención integral, lo que implicará que: Se regulará y organizará la intervención terapéutica de cada profesional implicado en el

caso. Así se posibilitará una mayor capacidad técnica de los profesionales y se utiliza simultáneamente cada recurso en función de la situación clínica del paciente.

1.2.- Canal de Derivación entre los distintos servicios.

1.3.- Medio de información entre los recursos del sector sanitario.

1.4.- Realización de Informes conjuntos.

En el inicio de la constitución de la comisión se clarificaron las tareas de cada participante que, en términos generales, consistirían en:

- El/los profesional/es del programa de S.M. infante – juvenil de la U.S.M.: realizarán el diagnóstico psicopatológico, los tratamientos específicos en S.M. así como el seguimiento de los casos. También serán responsables de la coordinación con los recursos de especialidades sanitarias.

- Los equipos psicopedagógicos de primaria y los de orientación de secundaria: la evaluación psicopedagógica, el asesoramiento a maestros y tutores, tratamientos de logopedia, adaptaciones curriculares.

- Los servicios sociales: El diagnóstico social, el apoyo a familias de riesgo, ofertar prestaciones de servicios sociales (recursos comunitarios).. También es el responsable de la coordinación con el INSERSO.

- Los pediatras y enfermeros/as pediátricos: atención médica en los trastornos psicosomáticos, problemas evolutivos y madurativos con apoyo y asesoramiento del equipo de S.M. infante - juvenil.

2.- Organización de la comisión de coordinación interinstitucional:

2.1.- Acudirá a cada reunión de la comisión un responsable de:

- Equipos psicopedagógicos de primaria

- Equipos de orientación educativa y vocacional de secundaria.

- Servicios sociales de los ayuntamientos

- Centros de salud de Atención Primaria (pediatras, enfermeros, médicos de familia).

- Equipo del programa de salud mental infante – juvenil de la U.S.M.

- Equipo de protección de menores y Tribunal Tutelar de Menores (sólo en casos puntuales cuando se les solicita).

2.2.- La comisión se reunirá una vez al mes.

2.3.- En todas las reuniones, el profesional de cada uno de los servicios se hace responsable de llevar a cabo la actuación propuesta.

2.4.- Los profesionales de los distintos servicios plantean los casos que quieren derivar a otro servicio.

2.5.- En niños ya en tratamiento, se irá evaluando su evolución.

En 1977 el Informe del Comité de Expertos en Salud Mental Infante - Juvenil de la OMS recomendó para una mejora en la calidad de la asistencia a los niños y adolescentes, la coordinación intersectorial con todos los servicios públicos y/o concertados cuya actividad intervenga en el desarrollo psicosocial de los niños: salud, justicia, educación y asistencia social.

INFORMES

* Ficha (parte anterior)

REGISTRO DE LOS CASOS

Código de identificación: Fecha de nacimiento al revés e iniciales de los apellidos.

Sexo:

Centro de Salud:

Pediatra/M de Familia:

Colegio/Instituto:

Servicio Derivante:

Servicio Receptor:

Motivo de la Derivación:

Diagnóstico:

- Físico:
- Nivel Intelectual.
- Social
- Clínico

Observaciones:

Profesional responsable del paciente:

Plan Terapéutico:

A nivel Educativo:

A nivel Social:

A nivel Sanitario:

A nivel de Salud Mental:

Evaluación:

(parte posterior de la ficha: Fechas reuniones y resumen de lo acordado)

* Esta Ficha es utilizada en las Reuniones de Coordinación Interinstitucional del Programa de Salud Mental Infanto-Juvenil de la Unidad de Salud Mental de Manacor.

BIBLIOGRAFÍA:

- Calafat i Vich, B. : “Conclusiones de la Jornada de trabajo de las Comisiones de Coordinación de S.M. Infanto - Juvenil de la Ciudad de Palma”, en *Rev. ALIMARA* 1996, 37, 43 – 57.
- “Salud Mental Infanto-Juvenil” Junta de Castilla y León. Consejería de Bienestar Social. *Informe y recomendaciones del Comité de Expertos de Castilla y León en Salud Mental Infanto-Juvenil*. Serie Informes 4. Abril, 1986.
- Lebobici, S., Diatkine, R. y Soulé, M. : *Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Tomo VII. Madrid, Biblioteca Nueva, 1995.
- Vallejo Jiménez, F. : “Características, Funciones y Tareas de los Equipos Comunitarios de S.M.”, en Leal Rubio, J. (Coordinador): *Equipos e Instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones*. AEN - Estudios/21, 1997.

* Unidad de Salud Mental de Manacor. INSALUD
C/. Simón Tort, s/n - 07500 Manacor - Mallorca

Correspondencia:
Isabel Salvador Sánchez
C/. Polvorín, 21 - 07015 - Palma - Mallorca
Teléf. 971 45 05 44

Fecha de recepción: 8 - X - 01