



***PROGRAMA DE ATENCIÓN  
A LA SALUD MENTAL  
INFANTO-JUVENIL***

**Plan Estratégico de Salud Mental**  
Comunidad Autónoma de Aragón  
Servicio Aragonés de Salud



*PROGRAMA DE ATENCIÓN  
A LA SALUD MENTAL  
INFANTO-JUVENIL*

**Plan Estratégico de Salud Mental**

Comunidad Autónoma de Aragón

Servicio Aragonés de Salud

Queremos agradecer al proyecto “Visiones” y “Visiones a Cielo Abierto” la colaboración en las portadas de estas ediciones de los “Programas de Atención a la Salud Mental” patrocinado por:

**Fundación Profesor Ramón Rey Ardid** y centros colaboradores:

- ASAPME
- Neuropsiquiátrico N° 5ª del Carmen
- Centro de Día San Carlos CARITAS
- Residencia Profesor Rey Ardid
- Hospital Psiquiátrico N° 5ª del Pilar
- Centro Psiquiátrico Provincial San Juan de Dios de Teruel
- Hospital Psiquiátrico Provincial de Huesca
- Centro Especial de Empleo. Asociación el Cierzo
- Centro Psiquiátrico de Sádaba
- Fundación Agustín Serrate Torrente. Centro de Día Arcadia
- Centro de Día Romareda

Al **Director** de la muestra: D. Sergio Abraín, Artistas y Coordinadores.

Y especialmente a **todos** los participantes, usuarios y monitores.

**Ilustración Portada:** José Javier López Melendo.

La planificación y posterior desarrollo de la asistencia psiquiátrica en nuestra comunidad autónoma han sido, sin duda, una de las prioridades establecidas por el Servicio Aragonés de Salud desde sus primeros comienzos. Prueba de ese especial interés de SALUD por la atención a los enfermos mentales lo constituyen, entre otras muchas actuaciones, esta primera publicación de la serie "Programas de Salud Mental". Sin la colaboración de todos los profesionales que trabajan y se esfuerzan día a día en esta ardua y complicada tarea, sin embargo, cualquier otro tipo de empeño, por mucho apoyo institucional que conllevase, resultaría por completo infructuoso.

Consecuencia de ese interés común en el que se afanan SALUD y trabajadores han sido los documentos elaborados por los grupos de expertos que se crearon como figuras de apoyo y asesoramiento durante la redacción del "Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón". Plan que, tras dos años de esfuerzo, fue presentado en las Cortes regionales el 9 de octubre de 2002, y que hoy tenemos la obligación y el derecho de ejecutar con la ayuda de todos los profesionales, usuarios y familiares.

Que el primer trabajo que ve la luz sea el "Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil" no es casual. Recordamos, entre otras, las cifras que nos aporta el informe 2001 de la OMS sobre Salud Mental, en el que se alerta que uno de cada diez niños sufre enfermedades mentales lo bastante graves como para causarle deterioro, o que los trastornos mentales y del comportamiento son frecuentes en la infancia y la adolescencia. No podemos obviar tampoco el artículo segundo de nuestra Ley de Salud, en cuyo apartado c se especifica el derecho de "los enfermos mentales menores de edad (...) a ser tratados en centros o unidades infanto-juveniles". Y, en general y como filosofía básica de nuestra asistencia sanitaria, sea del tipo que sea, tenemos que implicarnos en la

resolución de la enfermedad antes de que ésta aparezca mediante las herramientas que nos proporcionan la promoción y educación de la salud y la prevención.

Actuar a edades tempranas, en suma, supondrá ayudar a todos los colectivos, sobre todo a los más vulnerables, a poder afrontar las crisis y las discapacidades posteriores. Tenemos por tanto el compromiso ético y profesional de llevar a cabo todas las actuaciones necesarias para asegurar que en la protección a la salud de los aragoneses no se olvide la atención a la Salud Mental. El camino es largo y en nada sencillo de recorrer. Por ello, en esa dirección cualquier paso que se dé es importante y, sobre todo, imprescindible para poder dar el siguiente, y los siguientes y, así, avanzar.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Alfonso Barra', with a stylized flourish at the end.

**Alfonso Vicente Barra**  
Director Gerente  
de SALUD

# ÍNDICE

	Pág.
Presentación .....	7
Autores .....	9
1. Bases conceptuales de la Salud Mental Infanto-Juvenil .....	11
1.1. Concepto de salud mental en infancia/juventud .....	13
1.2. Antecedentes próximos .....	13
1.3. Especificidad de la Atención en Salud Mental Infanto-Juvenil .....	14
1.4. Carácter preventivo de la Salud Mental Infanto-Juvenil .....	16
2. El Equipo profesional de Salud Mental Infanto-Juvenil .....	19
2.1. Composición del Equipo .....	21
2.2. Naturaleza y Funciones .....	22
2.2.1. Funciones del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil .....	24
2.2.2. Funciones de los Profesionales .....	27
2.3. La coordinación de los Equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil .....	30
3. Organización de la Salud Mental Infanto-Juvenil .....	33
3.1. Modelo comunitario y estructura sectorizada .....	35
3.2. Las USMIJ referentes clave de la atención .....	36
3.3. La administración y gestión interna de los servicios .....	37
4. Funcionamiento de las Unidades y Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil .....	41
4.1. Niveles asistenciales en la Salud Mental Infanto-Juvenil .....	43
4.2. Entrada a la red asistencial. El papel de la Atención Primaria .....	46
4.2.1. Papel del médico de Atención Primaria .....	46
4.2.2. Otros agentes de derivación .....	57
4.3. La USMIJ : Asistencia ambulatoria .....	58
4.4. La hospitalización en Salud Mental Infanto-Juvenil .....	61
4.5. Continuidad de tratamientos .....	64
4.6. Coordinación de las USMIJ con otros Servicios de atención a la Infancia y Juventud .....	64
5. Estudio de Necesidades Asistenciales en Salud Mental Infanto-Juvenil .....	71

5.1. Aportación de datos .....	75
5.2. Los dispositivos de Salud Mental Infanto-Juvenil en la Comunidad de Aragón .....	81
5.2.1. Evolución de la asistencia en Salud Mental Infanto-Juvenil .....	81
5.2.2. Situación asistencial actual por áreas sanitarias .....	83
5.2.3. Propuesta para el desarrollo de una Red de Salud Mental Infanto-Juvenil .....	84
6. La Asistencia en Salud Mental Infanto-Juvenil .....	87
6.1. Objetivos de la actividad asistencial .....	90
6.2. Recursos para la prestación de asistencia .....	90
6.2.1. Recursos humanos .....	90
6.2.2. Recursos materiales .....	91
6.3. Las necesidades de Salud Mental Infanto-Juvenil .....	91
6.4. Prestaciones asistenciales. La oferta de servicios .....	91
6.4.1. Modalidades de intervención .....	92
6.4.2. Intervenciones terapéuticas priorizadas .....	95
6.4.2.1. Criterios de priorización .....	95
6.4.2.2. Perfiles de demanda destacados .....	95
6.4.2.3. Intervenciones terapéuticas programadas .....	96
7. Evaluación y Estrategias de Mejora .....	99
7.1. Concepto .....	101
7.2. Requisitos de Evaluación en Salud Mental .....	102
7.3. Indicadores de Evaluación .....	105
7.3.1. Indicadores cuantitativos .....	105
7.3.2. Indicadores cualitativos .....	107
8. Formación, Docencia e Investigación .....	111
8.1. Formación Continuada .....	113
8.2. Docencia .....	115
8.3. Investigación .....	116
CONCLUSIONES Y PROPUESTAS FINALES .....	119
ANEXOS .....	123
BIBLIOGRAFÍA .....	137



## PRESENTACIÓN

La presente “Guía para la Organización, Funcionamiento y Evaluación de Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil” es el resultado de la reflexión de un grupo de profesionales de esta Comunidad, que desarrollamos nuestra actividad en diferentes ámbitos geográficos y asistenciales, mantenemos diversa dependencia administrativa y partimos de una formación y roles diferentes, pero que, receptivos al sufrimiento emocional de los niños, jóvenes y sus familias, no dudamos en aceptar la propuesta de la Dirección General de Ordenación, Planificación y Evaluación Sanitarias. Somos conscientes de que la detección y el inicio del tratamiento en edades tempranas es de gran beneficio para la prevención de los trastornos del adulto y la promoción de la Salud Mental en la sociedad.

Como punto de partida asumimos las líneas estratégicas fundamentales que establece la Dirección General de Ordenación, Planificación y Evaluación Sanitarias en la elaboración del Plan de Salud Mental de Aragón, y en particular, por afectar plenamente al enfoque que se dé a la Salud Mental Infanto-Juvenil, la que se refiere a la priorización de la atención comunitaria.

Es este un trabajo que reconoce su vinculación con el “Proyecto para la Atención en Salud Mental Infanto-Juvenil en la Comunidad Autónoma de Aragón” que ya fue realizado en el año 1988, muchas de cuyas elaboraciones y propuestas siguen vigentes.

No obstante, la experiencia acumulada en los años transcurridos nos ha permitido actualizar planteamientos y proponer nuevas acciones estratégicas para la atención en Salud Mental Infanto-Juvenil.

Por ello este documento quiere ser un referente útil para la realización del Plan de Salud Mental de la Comunidad de Aragón en su vertiente infanto-juvenil y quiere especialmente tener una proyección de futuro, siendo el deseo de todos los miembros de la Comisión que lo han reali-

zado, que oriente las próximas actuaciones de los Servicios Centrales de Salud Mental en la Diputación General de Aragón, las de las Instituciones y las de los Profesionales que dirigen su esfuerzo a la atención sanitaria de la infancia y la juventud en esta Comunidad.

Sus autores, finalmente y en aquel sentido, expresan su vocación y disposición a convertirse, si fuera preciso en el futuro, en referencia estable de trabajo y coordinación para los servicios de infancia y juventud aquí representados -Atención Primaria, Educación, Servicios Sociales y Salud Mental Infanto-Juvenil- y si los responsables de la Administración en estas áreas lo estimaran conveniente.

## AUTORES

### **Coordinadora de la Comisión:**

Mercedes de Juan Sanz. Psicólogo Clínico. Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil "Actur". Tutora del Programa P.I.R. de SALUD.

### **Componentes de la Comisión:**

Mariano Almudévar Dieste. Especialista en Psiquiatría Infanto-Juvenil de la Unión Europea. Ex director de Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil de Nottingham, Reino Unido. Psiquiatra de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Huesca. "Área 1". SALUD.

Francisco Díaz Castillo. Psicólogo de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Teruel. "Área 4". SALUD.

Javier Ferrer Mairal. Psicólogo del Servicio de Menores del Instituto Aragonés de Servicios Sociales.

Fernando Gracia Clavero. Psiquiatra Infanto-Juvenil Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil "Actur". SALUD.

Luisa Maestro Perdices. Psicóloga de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil "Área 2". Zaragoza. SALUD.

Inmaculada Marco Arnau. Enfermera de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil "Área 5". Zaragoza. SALUD.

M<sup>a</sup> Nieves Martín Espíldora. Pediatra. Centro de Salud "Actur Sur". SALUD.

Máster en Bioética.

Juan Antonio Planas Domingo. Orientador del Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica nº 1 de Zaragoza. Presidente de la Asociación Aragonesa de Psicopedagogía.

Pedro Manuel Ruiz Lázaro. Psiquiatra Infanto-Juvenil. Coordinador de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Teruel. "Área 4". SALUD.

José Mariano Velilla Picazo. Psiquiatra Infanto-Juvenil. Hospital Clínico Universitario. Presidente de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. SALUD.



## **CAPÍTULO 1.-**

### **BASES CONCEPTUALES DE LA SALUD MENTAL**

#### **INFANTO-JUVENIL**

### **ESQUEMA**

- 1.1. Concepto de Salud Mental en Infancia/Juventud.
- 1.2. Antecedentes Próximos.
- 1.3. Especificidad de la Atención en Salud Mental Infanto-Juvenil.
- 1.4. Carácter Preventivo de la Salud Mental Infanto-Juvenil.



# CAPITULO 1.-

## BASES CONCEPTUALES DE LA SALUD MENTAL

### INFANTO-JUVENIL

**Objetivo:** *Identificar y definir los principios esenciales y los caracteres específicos propios que identifican la Salud Mental Infanto-Juvenil.*

#### 1.1 Concepto de Salud Mental en infancia/juventud

Según la definición, que hacemos nuestra, de la Health Committee/House of Commons, en su 4º informe, Session 1996-1997 (Health Advisory Service) sobre la salud mental de niños y adolescentes, son las siguientes capacidades del niño/joven los requisitos de su salud mental:

- Capacidad de acceder a relaciones mutuamente satisfactorias y mantenerlas.
- Progreso en el desarrollo psicológico.
- Capacidad de jugar y aprender de una manera apropiada a la edad y al nivel intelectual.
- Desarrollo del sentido del bien y del mal.
- Que el grado de malestar y conducta desadaptada no exceda los límites apropiados de la edad del niño y de su contexto.

#### 1.2 Antecedentes próximos

El Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985 establece en España las bases para un cambio de modelo asistencial en Salud Mental. El nuevo modelo integra plenamente la Salud Mental Infanto-Juvenil al reconocerla entre sus líneas básicas y al definirla como un Programa especial de carácter permanente. Este Informe responsabiliza a las Comunidades Autónomas para que elaboren el programa de acuerdo a sus características propias.

Posteriormente, la Ley General de Sanidad de 1986, en su capítulo tercero “de la salud mental”, art. 20, apdo. 1, confirma que “se consideran de modo especial aquellos problemas referidos a la psiquiatría infantil”.

El Acuerdo del 26 de junio de 1986 por el que se establecen las Bases para la Reforma Psiquiátrica en Aragón (BOA de 13/8/86) hace suyas las directrices que marca la ley General de Sanidad y señala los principios básicos a los que se ajustará la atención en Salud Mental y obviamente también la atención en Salud Mental Infanto-Juvenil.

Siguiendo así la tendencia de otros países europeos, es integrada la Salud Mental Infanto-Juvenil en el Modelo Comunitario de atención a la Salud Mental que se implantaba. La planificación de la S.M. Infanto-Juvenil, y los programas asistenciales en este ámbito, habrán de tener, por tanto, una actuación integrada, integral y comunitaria en coherencia con el marco referencial en el que se sitúa.

### **1.3 Especificidad de la atención en Salud Mental Infanto-Juvenil**

Participando la Salud Mental Infanto-Juvenil plenamente de las líneas conceptuales y estratégicas trazadas por la normativa citada y la posteriormente elaborada en sintonía con el modelo comunitario, no por ello debemos dejar de reconocer el carácter específico de la misma, carácter que viene dado por su mismo objeto de atención: El niño/joven como un ser cuya personalidad es específica y que tiene en su enfermar psíquico una expresión patológica propia, que le diferencia esencialmente de la del adulto.

Es preciso señalar que la planificación en Salud Mental Infanto-Juvenil y los programas asistenciales consiguientes, para ser eficaces deberán tener en cuenta aspectos cualitativos propios de la población a la que van dirigidos (acerca de su propio desarrollo psicosocial y de su salud mental).

La especificidad de la atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil actualmente es reconocida por la O.M.S., admitida por los expertos del ámbito sanitario, y avalada por las más altas instancias de orden internacional y nacional tal como reseñamos a continuación:



La Carta de los Derechos del Niño aprobada por la Organización de Naciones Unidas en 1959, y ratificada por el Parlamento Español en 1990, otorga un papel protagonista al menor en la sociedad por primera vez y reconoce que la infancia debe ser atendida en sus necesidades físicas, psíquicas y sociales, en lugares apropiados y por profesionales cualificados especialmente para esta etapa de la vida.

Advertimos el hecho de que la fuente de la demanda, en Salud Mental Infanto-Juvenil, no es frecuentemente el propio niño y que tal demanda puede ocultar desplazamientos de conflictos, negación de responsabilidades, culpabilizaciones e incluso abuso. Posteriormente, cuando empieza a haber una capacidad de expresión autónoma en la adolescencia hay frecuentes discrepancias entre el que lo “sufre” y los que le rodean.

Sobre la base de todo ello, la política sanitaria al respecto deberá sustentarse sobre algunos principios básicos esenciales:

- Comprender al niño/joven como un todo bio-psico-social-afectivo.
- Valorar al niño/joven como un ser cuya personalidad es específica. La infancia y la juventud tienen un sentido propio en su ser, en su sufrimiento y en su enfermar.
- Apreciar el carácter siempre evolutivo del desarrollo del niño/joven y de sus trastornos, así como su mayor permeabilidad a las influencias de su entorno.

La apreciación del niño como un organismo en desarrollo conlleva implicaciones importantes desde el punto de vista biológico y psicológico, y esto debe reflejarse de manera inequívoca en la práctica clínica y en la formación de los especialistas que le atiendan.

Se trata de una población más cambiante que la adulta, en la que los factores del medio (escuela, familia,...) han de ser tenidos muy en cuenta para la comprensión de la génesis y el diagnóstico de la patología emergente y para el abordaje asistencial de la misma.

- Asistir al niño/joven en su medio natural, evitando el desarraigo del mismo.
- Abordar sus trastornos de modo interdisciplinario y con la participación de los diversos ámbitos donde se articula la vida del niño/joven (escolar, familiar, social, ...).

- Desarrollar una actuación comunitaria y de sector.
- Requerimiento de recursos específicos para atender la salud del niño/joven. Por tanto:
  - Necesidad de equipo especializado, al abordar la problemática infanto-juvenil en Salud Mental.
  - Deseable también la asignación de presupuestos definidos y la gestión clínica separada de la del adulto.
  - Necesidad de herramientas e instrumentos específicos de evaluación para acceder al mundo interior del niño/joven.
  - Conveniencia de un medio arquitectónico y una ubicación adecuada a su sensibilidad. En este sentido recomendamos situar los Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil junto a servicios sanitarios comunes y/o pediátricos, mejor que con servicios de Salud Mental para adultos.

## **1.4 Carácter preventivo de la Salud Mental Infanto-Juvenil**

Recordamos que la necesidad de prestar atención a la salud mental en la población infanto-juvenil no solo se justifica por su carácter asistencial ya que es obvio que esa necesidad se enfatiza por su especial carácter preventivo. Los profesionales de la salud mental largamente hemos constatado que la génesis y raíz de muchos de los trastornos de los adultos se ubica en la infancia, lo que también es corroborado por los datos epidemiológicos. No olvidamos que, como afirma Ajuriaguerra “el adulto es el fruto del devenir del niño en formación”.

Se ha insistido en la relevancia que el devenir psicológico de la infancia/juventud tiene para la conformación de la personalidad adulta, también sobre la gran importancia de la dinámica familiar y de la relación social en la presencia de psicopatología infanto-juvenil. Todo esto exige que la prevención en salud mental de la población ha de integrar una atención a la infancia/juventud de calidad y no sólo en aspectos asistenciales frente a la patología emergente, sino también en otros aspectos específicamente preventivos y de educación sanitaria.

No desconocemos que las actividades de prevención, intervención temprana y tratamiento están muy entrelazadas en la práctica clínica con niños/jóvenes y que gran

parte de la asistencia en este ámbito es de por sí preventiva, sin embargo, necesitamos hacer dos precisiones:

- a) La prevención primaria en Salud Mental Infanto-Juvenil es muy necesaria y debería desarrollarse a través de unas actuaciones definidas, por ejemplo, en grupos de riesgo: niños en duelo sin apoyos suficientes, problemas de divorcio o separación, niños con dificultades de aprendizaje, niños que han sufrido largas hospitalizaciones, etc.
- b) Cuando se interviene para mejorar un síntoma, en formas incipientes de patología, estamos haciendo prevención secundaria, pero dadas las características del niño/joven y su interrelación con las circunstancias de su entorno vital, la intervención del profesional, siempre que sea posible, debe desarrollarse en actuaciones terapéuticas progresivas y prudentes.

Finalmente, desde el enfoque preventivo señalado en S. M. Infanto-juvenil, es necesario considerar que el objeto de la prevención no se limite al niño/joven, sino que incluya también el apoyo y atención a sus contextos de vida, en particular el familiar. Así, toda actuación preventiva en Salud Mental Infanto-Juvenil deberá priorizar aspectos relacionales y familiares.

## **PROPUESTA**

En la pretensión de establecer criterios homogéneos de actuación en nuestra Comunidad para la atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil, proponemos como uno de los fundamentales el que las actuaciones en salud mental no queden limitadas a las tareas asistenciales por mucho que este tipo de demanda aumente (como es el caso). En las USMIJ y en los demás servicios de la red asistencial, se debe considerar como función esencial de su propia existencia la prevención de los trastornos de salud mental en la población infanto-juvenil, y por ello mismo también de la adulta.

Si en la etapa transcurrida, desde la creación de los servicios específicos de atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil hasta el presente, se ha dado prioridad a la labor asistencial sobre la preventiva, en adelante sería oportuno conseguir un desarrollo más equilibrado de ambas funciones en estos dispositivos.

## **CAPÍTULO 2.-**

### **EL EQUIPO PROFESIONAL DE SALUD MENTAL**

#### **INFANTO-JUVENIL**

##### **ESQUEMA**

- 2.1. Composición del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil
- 2.2. Naturaleza y Funciones del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil
  - 2.2.1. Funciones del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil
    - 2.2.1.1. De prevención y promoción de la salud
    - 2.2.1.2. Asistenciales y rehabilitadoras
    - 2.2.1.3. De coordinación con otros dispositivos de atención a la infancia/juventud
    - 2.2.1.4. De formación, investigación y docencia
    - 2.2.1.5. Administrativas y de gestión
  - 2.2.2. Funciones de los profesionales
    - Del Psiquiatra
    - Del Psicólogo
    - Del Enfermero
    - Del Trabajador Social
    - Del Auxiliar Administrativo
- 2.3. La coordinación de los Equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil



## CAPÍTULO 2.-

### EL EQUIPO PROFESIONAL DE SALUD MENTAL

#### INFANTO-JUVENIL

**Objetivo:** *Proponer la composición idónea y modo de trabajo de los Equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil, considerando su especificidad diferenciada de los Equipos de Salud Mental de Adultos.*

Los Equipos de Salud Mental Infanto-Juveniles son equipos multidisciplinares. Ningún profesional aislado posee la formación ni la disponibilidad necesaria para asumir la atención al niño y al joven en su realidad bio-psico-social. Es el Equipo en su conjunto quien asume esa responsabilidad.

El Equipo es pieza fundamental en todo el sistema comunitario de atención a la salud mental de la infancia y juventud. El se encarga de llevar a cabo los programas que se diseñen en los Servicios para prestar atención en esta área.

Por ello, se requiere que el Equipo esté compuesto por personal con experiencia, y con **formación específica** en las patologías infanto-juveniles. Su acción se desarrollará en la línea de la atención comunitaria, lo más cercana y en la más estrecha relación posible con la población, a cuya salud mental debe contribuir.

### 2.1 Composición del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil

El Equipo básico de Salud Mental está compuesto por los siguientes profesionales: psiquiatra, psicólogo, enfermero, trabajador social y auxiliar administrativo.

Remitiéndonos a datos recientes de nuestra Comunidad y los recogidos del Proyecto para la Atención en Salud Mental Infanto-Juvenil en la Comunidad de Aragón de 1988, se plantea la necesidad de 1 USMIJ por cada 2 ó 3 Unidades de Salud Men-

tal de adultos, lo que implicaría la existencia de una USMIJ por unos 150.000 habitantes.

La composición ideal en el Proyecto de 1988 se establece del siguiente modo:

2 Psiquiatras

2 Psicólogos

1 Enfermero

1 Auxiliar Administrativo

Se estimaba, en aquella fecha, que no era imprescindible el trabajador social, pero la experiencia de los años transcurridos sugiere que su función dentro de los Equipos, se va haciendo necesaria, por lo que proponemos su inclusión e integración plena en ellos.

La realidad, por otro lado, es que la composición de los Equipos de Salud Mental Infanto-Juveniles en Aragón es desigual e incompleta; lo que hace muy necesaria la dotación de los profesionales que faltan en ellos.

Además, es importante considerar que en Aragón para la distribución de recursos de personal, no sólo debemos regirnos por criterios demográficos, sino también por otros como son la distribución de la población en su territorio y las características geográficas del mismo.

## **2.2 Naturaleza y Funciones del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil**

Queremos insistir inicialmente en la idea, compartida por esta Comisión, de que es el **objetivo común** y las tareas desarrolladas en las Unidades para lograrlo, lo que une y configura el Equipo. Los Equipos deben aprender a trabajar por objetivos y a diseñar programas en las Unidades, y en esa línea de trabajo, ya desde la **planificación**, todos los componentes del Equipo han de participar en función del grado de especialización y capacitación de cada uno.



También en la **ejecución** de los programas (asistenciales, rehabilitadores....) o en el desarrollo de las actividades dentro de las Unidades la participación de los diferentes miembros del Equipo debe ser abierta y flexible.

Desde los distintos roles, y delimitadas en cada caso por el propio Equipo, deben asumirse las tareas en aras de asegurar la accesibilidad de la población a los programas, la continuidad asistencial y la cobertura total (en forma integrada e integral) en la prestación asistencial.

También en la **evaluación** de programas o de las actividades asistenciales debe mantenerse el mismo criterio de participación del Equipo. Los Servicios Centrales de Salud Mental deben facilitar sistemas y métodos de evaluación a las Unidades para el desempeño de aquella actividad evaluadora, pero los Equipos han de realizarla, sin olvidar incluso la propia autoevaluación.

Sólo en lo que respecta al grado y distribución de responsabilidades entre los miembros del Equipo y frente a la tarea común, es en lo que se requiere una cierta precisión y delimitación, pero junto a ello, en el desarrollo de los roles en las actividades de atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil, necesariamente ha de existir una cierta **flexibilidad**.

En aquel sentido cabría diferenciar funciones comunes a todos los miembros del Equipo y funciones específicas de algunos roles; las primeras más amplias en el caso de la Salud Mental Infanto-Juvenil y las segundas más limitadas en relación con los aspectos más diferenciados y específicos de las profesiones, pero todas ellas fundidas y armonizadas en el desarrollo de la tarea grupal.

Otro concepto fundamental respecto a Equipo de Salud Mental, es la de que éste es **una agrupación dinámica**, una entidad que se va configurando en la práctica asistencial en su totalidad. Es la exigencia de dar respuesta a las necesidades de atención en Salud Mental Infanto-Juvenil, donde los diversos niveles de formación, conocimientos y responsabilidades de cada miembro del Equipo confluyen, hallando en ello el desarrollo del propio Equipo y la redefinición de los roles que lo conforman.

Pero para que este dinamismo sea posible, es imprescindible contar dentro de las Unidades con espacios y tiempos fijados en los que la reflexión, el debate y la construcción del trabajo cotidiano sea posible. El trabajo real en Equipo conlleva la exi-

gencia natural de definir lugares institucionales y grupales de comunicación y organización.

También señalamos la importancia que la formación debe tener, no sólo para mejorar la propia práctica asistencial, sino también para aglutinar y perfeccionar los Equipos asistenciales. Formación que concebimos en torno a temas específicos y orientada a dar respuesta satisfactoria a las necesidades asistenciales siempre renovadas, que plantea la atención en salud mental.

Con frecuencia, problemáticas nuevas en Salud Mental Infanto-Juvenil o el desarrollo alarmante de otras, exigen respuestas creativas que sólo pueden propiciarse desde la investigación y el reciclaje continuado de los profesionales de la salud mental bien integrados en Equipos dinámicos.

### **2.2.1. Funciones del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil**

- De prevención y promoción de la salud.
- Asistenciales y rehabilitadoras.
- De coordinación con otros dispositivos de atención a la infancia/juventud.
- De formación, investigación y docencia.
- Administrativas y de gestión.

#### **2.2.1.1. De prevención y promoción de la salud**

Esta función debe considerarse como un eje fundamental de las USMIJ. En ellas una actuación preventiva eficaz requerirá de:

- Mecanismos de colaboración y apoyo con los profesionales de Atención Primaria, Educación, Servicios Sociales, etc.
- Determinar prevalencia de problemas de salud mental en el sector y priorizar programas de intervención.
- Detectar factores y grupos de riesgo y elaborar sistemas de apoyo a los mismos en coordinación con otros servicios de atención a la infancia/juventud.

### **2.2.1.2. Asistenciales y rehabilitadoras**

Implica la realización de diagnósticos y tratamientos integrales en el marco de vida más próximo al paciente. Señalamos las siguientes:

- Atención especializada a los pacientes remitidos por los canales de derivación.
- Atención a consultas preferentes, intervenciones en crisis y consultas domiciliarias.
- Participar y desarrollar los programas terapéuticos.
- Interconsultas hospitalarias y extrahospitalarias.
- Participar en programas de tratamientos rehabilitadores (atención temprana, unidades de rehabilitación de hospitales, prevención de recaídas.....)

### **2.2.1.3. De coordinación, con otros dispositivos que se ocupen de la infancia y juventud, de carácter sanitario y no sanitario**

Existe una demanda generalizada de coordinación entre las distintas instituciones que tienen competencias en aspectos que afectan al desarrollo psicosocial de los niños.

Ya en 1977 fue reconocida por la OMS la coordinación entre departamentos, como un pilar esencial para las actuaciones dirigidas al niño/adolescente y así lo explicita en su informe sobre "Salud Mental y Desarrollo Psicosocial del Niño". Hoy seguimos insistiendo en ella.

Sin perjuicio de que la coordinación (que debe ser desarrollada a muchos niveles) sea tratada en otros apartados de esta Guía, en este punto, esta Comisión se limita a proponer la creación, vía oficial, como ya se ha hecho en otras Comunidades Autónomas, de un Comité Coordinador compuesto por:

- Dos técnicos de Salud Mental Infanto-Juvenil, elegidos por la Administración Sanitaria, uno de los cuáles sería el Coordinador General de los servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Un pediatra elegido por la Administración Sanitaria.

- Dos técnicos de educación, elegidos por este Departamento de entre los miembros de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica.
- Dos técnicos de Bienestar Social, elegidos por el Instituto Aragonés de Servicios Sociales.

Serían objetivos prioritarios de este Comité permanente de Servicios Asistenciales a niños/jóvenes, los siguientes:

- Actualizar mapas de recursos ya existentes.
- Efectuar estudios de morbilidad, unificar criterios sobre toma de datos, registros de casos, etc.
- Estudio de posible integración de recursos y propuesta de creación de nuevos si fueran necesarios.
- Elaboración de protocolos de intervención en diferentes situaciones de riesgo: para cuestiones de protección infantil, para poblaciones específicas como minusválidos, para ciertas patologías emergentes, etc.
- Partiendo de las estructuras sectoriales existentes, elaborar proyectos de comarcalización para una mejor atención a los usuarios.
- Precisar la oferta de servicios de Salud Mental, Educación y Bienestar Social.
- Realizar el seguimiento del desarrollo de los acuerdos interdepartamentales y, en general, del grado de colaboración entre los distintos servicios.
- Emitir opiniones informadas sobre temas y cuestiones problemáticas de actualidad a aquellos agentes relevantes que lo requieran. Importante que un grupo acreditado pueda emitir opinión consensuada, libre de presiones, modas, etc.

#### **2.2.1.4. De formación, investigación y docencia**

- Formación de profesionales a través de programas específicos, pero más importante a través del aprendizaje supervisado y la estructuración de la experiencia ecléctica y amplia.
- Formación continuada de aquellos profesionales ya en el servicio. Es importante que tal formación sea relevante y ayude en el abordaje de la demanda real.

Este apartado será desarrollado de forma más extensa.

### **2.2.1.5. Administrativas y de gestión**

- Redacción de cartas, informes, actividad telefónica..... todo ello de gran importancia en el ámbito de la salud mental.
- Cumplimentación de datos de actividad y registros.
- Correspondencia.

### **2.2.2. Funciones de los profesionales:**

#### **Psiquiatra:**

- Atención especializada a la población infanto-juvenil en régimen ambulatorio y hospitalario en las distintas modalidades terapéuticas, diagnóstico, diagnóstico diferencial, petición de pruebas complementarias, incluyendo la prescripción psicofarmacológica.
- Derivación de pacientes a otros especialistas y a otras instituciones.
- Visitas domiciliarias o institucionales.
- Interconsulta hospitalaria y de atención especializada y atención primaria.
- Intervenir en las actividades de rehabilitación.
- Participar en programas de prevención y promoción de la Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Colaborar en las actividades de formación pre y postgrado, continuada y de investigación establecidas en los centros de salud mental comunitaria.
- Colaborar en la elaboración periódica de las estadísticas, memorias.
- Cumplir los protocolos diagnóstico-terapéuticos establecidos por el Equipo.

#### **Psicólogo:**

- Atención especializada a la población infanto-juvenil en régimen ambulatorio y hospitalario en las distintas modalidades terapéuticas, diagnóstico y diagnóstico diferencial.
- Derivación de pacientes a otros especialistas y a otras instituciones.
- Visitas domiciliarias o institucionales.

- Interconsultas hospitalarias y de atención especializada, atención primaria y con otras instituciones.
- Intervenir en las actividades de rehabilitación.
- Participar en programas de prevención y promoción de la Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Colaborar en las actividades de formación pre y post grado, continuada y de investigación establecidas en los centros de salud mental comunitaria.
- Colaborar en la elaboración periódica de las estadísticas, memorias, etc.
- Cumplir los protocolos diagnósticos-terapéuticos establecidos por el Equipo.

### **Enfermero:**

- Realizar diagnósticos de enfermería y prestar los cuidados correspondientes en el propio centro y a domicilio, de acuerdo con los protocolos establecidos.
- Desempeñar las actividades de enfermería en los programas que se realicen en el centro.
- Colaborar en la cumplimentación de las Historias Clínicas de acuerdo con las normas establecidas.
- Fomentar la salud mental estableciendo cambios de comportamientos en salud a nivel individual y colectivo, mediante educación para la salud.
- Orientar a las familias y grupos en la identificación de sus necesidades específicas de salud, formas de satisfacerlas y uso de los servicios pertinentes.
- Participar en las actividades de formación de pregrado y postgrado de los profesionales sanitarios, así como en los programas de formación continuada e investigación de los equipos de salud mental.
- Colaborar en las tareas de formación y evaluación de programas.
- Colaborar en la elaboración de estadísticas, memorias, etc.

### **Trabajador Social:**

- Realizar la historia social del paciente, para el conocimiento de las interacciones existentes en los distintos contextos: social, educativo, familiar, económico y cultural.

- Realizar las visitas domiciliarias necesarias para completar la información y seguimiento de la situación socio-familiar del paciente.
- Información, asesoramiento, orientación y gestión de recursos sociales a pacientes y familiares para la mejora de las situaciones problema y de su calidad de vida.
- Apoyo, potenciación y fomento del asociacionismo entre los afectados y sus familiares, aunando el esfuerzo de todas las partes implicadas.
- Promover el trabajo en equipo y la coordinación con trabajadores sociales y profesionales de otras instituciones públicas y privadas para conseguir una mejor utilización de los recursos normalizados y de intervención de tipo comunitario.
- Colaborar en el control y seguimiento de aquellos pacientes que requieran una actuación continuada en la utilización de recursos comunitarios.
- Participar en las tareas de apoyo en actividades clínicas, formativas, de investigación y coordinación a los equipos de atención primaria y en los programas de prevención y promoción de la Salud Mental.
- Colaborar en las actividades de formación y de investigación establecidas en el centro.
- Colaborar en la elaboración de estadísticas, memorias, etc.

#### **Auxiliar Administrativo:**

- Información a usuarios, recepción y admisión y atención al teléfono.
- Control de citas y consultas.
- Cumplimentar la recogida de datos iniciales del usuario.
- Llevar libros de registro.
- Preparar, recoger y remitir la información estadística.
- Hacerse cargo de archivo de historias clínicas y distribución diaria de las historias de los profesionales.
- Realizar las actividades de secretaría del centro.
- Garantizar y controlar el suministro de material fungible del centro.
- Aquellas otras tareas que pueda darle el coordinador del centro.

## **2.3 La Coordinación de los Equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil**

En beneficio de la especificidad de la Salud Mental Infanto-Juvenil y de la integración de recursos en esta área de atención a la salud, con el objetivo final de desarrollar una red asistencial propia (no independiente, pero sí diferenciada de la red de Salud Mental de Adultos), entendemos que debería propiciarse la comunicación y coordinación entre los Servicios y Equipos específicos de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Con tal finalidad debería establecerse la figura de un Coordinador General de Salud Mental Infanto-Juvenil, designado institucionalmente a propuesta de los distintos Equipos, con la función prioritaria de impulsar y desarrollar el intercambio técnico y la comunicación entre los mismos.



## PROPUESTAS

### **a) Respetto a roles profesionales:**

- Roles flexibles, según tarea, formación, capacidades personales y niveles de responsabilidad.
- Roles profesionales poco jerarquizados.
- Estructura de Equipo horizontal.

### **b) Respetto a los Espacios Institucionales de Equipo:**

- De organización del trabajo:
  - Reuniones semanales para análisis de casos y para organización.
  - Reuniones bimestrales con el servicio central de Salud Mental de la Comunidad.
- De contactos interinstitucionales e interprofesionales, cada 3 meses.
- De formación, según programa.

En este sentido, la Institución debe procurar una oferta amplia para el conjunto de los profesionales de la red. Es necesario hacer una planificación actual detallada de las actividades formativas y darla a conocer con anticipación.

Las actividades formativas deberán ser abiertas a todas las instituciones sea cual sea el lugar institucional desde las que se programen.

Las Comisiones de Docencia, que se responsabilizan de los programas docentes de especialidades (MIR y PIR) deben tener un papel importante como promotoras de la formación a todos los niveles.

### **c) Designar un Coordinador General** para los Servicios y Equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil.



**CAPÍTULO 3.-**

**ORGANIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL**

**INFANTO-JUVENIL**

**ESQUEMA**

- 3.1. Modelo comunitario y estructura sectorizada.
- 3.2. Las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil referentes clave de la atención.
- 3.3. La administración y gestión interna de los Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil.



## CAPÍTULO 3.-

# ORGANIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL

## INFANTO-JUVENIL

**Objetivo:** *Definir principios de organización y la ubicación de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil en el marco sanitario.*

### 3.1 Modelo comunitario y estructura sectorizada

La normativa vigente establece que debe existir una red única de servicios de salud mental integrada en el sistema general de salud. Por ello, el Programa de Salud Mental Infanto-Juvenil debe inscribirse en el Programa General de Salud Mental.

Dicho Programa debe cubrir las necesidades en salud mental de la población, en las edades comprendidas entre 0 y 18 años. El límite superior de atención se considerará de modo flexible en los servicios infanto-juveniles, según conveniencia y oportunidad para el usuario.

La atención en Salud Mental Infanto-Juvenil se apoya en dos premisas:

- a) Modelo comunitario y de continuidad de cuidados**, lo que implica que un Servicio de Salud Mental, cualquiera que sea su nivel de especialización, deberá mantener al paciente sólo el tiempo necesario para cumplir los objetivos programados, derivándolo después a Atención Primaria o a la Comunidad.
- b) Estructura sectorizada**, que permite que cada niño-joven sea atendido en su medio social.

La delimitación geográfica del sector permite asegurar la asistencia al conjunto de la población de la Comunidad Autónoma. Es aquí donde se articula la atención en salud mental con los demás servicios comunitarios de atención a la infancia-juventud (educativos, sociales,...).

El sector, en la atención en Salud Mental Infanto-Juvenil se ajusta a las entidades geográficas definidas por la Administración (área y sectores sanitarios) y encuentra su definición real a través de la acción de un Equipo especializado que asume la responsabilidad de atender las necesidades de Salud Mental Infanto-Juvenil de un modo integral (prevención, asistencia, rehabilitación...).

En el caso de algunos dispositivos de salud mental muy especializados que no pudieran circunscribirse a un solo sector lo harán a varios de ellos y tendrán así un carácter suprasectorial.

### **3.2 Las USMIJ referentes clave de la atención en Salud Mental Infanto-Juvenil**

La atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil se integra en el sistema de salud a través de los sectores y se organiza mediante los Equipos de Salud Mental que actúan en el sector correspondiente.

Generalmente, la atención en Salud Mental Infanto-Juvenil se presta a nivel ambulatorio y extrahospitalario, siendo las USMIJ la pieza clave de la asistencia, lo que hace muy necesario definir criterios para su ubicación y funcionamiento dentro del marco sanitario y de salud mental.

El nivel de actuación de estas Unidades, según criterio de esta Comisión, debe ser el **nivel secundario o de atención especializada** en el sistema sanitario, si bien en estrecha relación con Atención Primaria y con Atención Hospitalaria. Se hará necesario facilitar la relación señalada con el establecimiento de amplias formas de derivación (derivaciones bidireccionales) a través de informes, protocolos y reuniones.

Las USMIJ serán referencia para los Servicios de Atención Primaria desde donde se les remitirá la demanda a través de pediatras y médicos de familia.

La elección del nivel secundario de atención para las USMIJ conlleva algunas ventajas importantes y pocos inconvenientes. Así, la existencia de una selección previa antes de acceder a ellas limita el uso excesivo o indiscriminado del recurso; el acceso al sistema de salud mental no se retarda demasiado; su utilización apenas supone estigmatización para el usuario al hallarse próximas al nivel de atención primaria y

además implica una especialización del Equipo que ha de repercutir necesariamente en la calidad asistencial del dispositivo.

Las USMIJ también han de estar relacionadas con el tercer nivel de atención hospitalaria, tanto para prevenir y tratar la angustia del niño/joven con grave afectación somática, como para la utilización de los recursos de hospitalización cuando la necesidad de cuidados en salud mental del paciente lo requiera.

Cada sector/área debe tener un hospital de referencia para hospitalizaciones psiquiátricas, bien en las Unidades de Pediatría (recomendable para población infantil menor de 14 años) o bien en las Unidades de Psiquiatría (recomendable para población mayor de 14 años), al menos en tanto se creen dispositivos específicos de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil que tendrían un carácter suprasectorial.

El Equipo de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil se coordinará con el hospital de referencia para la “continuidad de cuidados” de los pacientes hospitalizados y también para interconsultas actuando como apoyo de otros servicios hospitalarios pediátricos.

Otra línea de coordinación de las USMIJ se establecería con los Servicios de Rehabilitación de Hospitales, Centros Base del IASS, Centros Sociolaborales o cualquier otro dispositivo que proporcione programas de rehabilitación/reeducación a la población infanto-juvenil.

Los cauces y el tiempo para coordinación han de estar claramente definidos en las USMIJ considerándose fundamental esta actividad. Con ello, se contribuiría a evitar la duplicidad de intervenciones con los usuarios mediante las derivaciones oportunas.

### **3.3 La administración y gestión interna de los Servicios**

Los dispositivos de Salud Mental Infanto-Juvenil seguirán las directrices que señale la Consejería de Sanidad y el Servicio Aragonés de Salud para nuestra Comunidad.

Las competencias sanitarias deben facilitar a través de la vinculación administrativa común de los servicios, una mejor coordinación entre los mismos y el avance hacia una atención homogénea en ellos.

La gestión interna del Equipo y de los profesionales de Salud Mental Infanto-Juvenil se lleva a cabo actualmente de diversas formas (desde dirección hospitalaria, asumida por coordinador miembro del propio Equipo, desde Servicios Centrales de Salud Mental). Sería deseable contar en todas las USMIJ con un coordinador con funciones específicas e independientes de sus funciones clínicas. Esta figura se encargaría de promover el cumplimiento de los objetivos programados en la Unidad, de asegurar la coordinación con los dispositivos de infancia-juventud del sector y de representar a la Unidad en los ámbitos de decisión de la Administración.



## **PROPUESTA**

Nombrar un Coordinador en cada dispositivo de Salud Mental Infanto-Juvenil por parte de la Administración: Un técnico superior elegido a propuesta del Equipo, por dos años. El acceso al puesto se determinará en su momento a través del establecimiento de unas bases.



## **CAPITULO 4.-**

# **FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL**

### **ESQUEMA**

- 4.1 Niveles asistenciales en Salud Mental Infanto-Juvenil
- 4.2 Entrada a la red asistencial. El papel de la Atención Primaria
  - 4.2.1 Papel del médico de Atención Primaria
  - 4.2.2 Otros agentes de derivación
- 4.3 La USMIJ: Asistencia Ambulatoria
  - Recepción de casos
  - Entrevista de acogida
  - Reuniones de Equipo para estudio y asignación de pacientes
  - Primera cita con facultativo y entrevistas diagnosticas
  - Entrevistas para el establecimiento y seguimiento de tratamientos
  - Derivaciones
  - Altas y abandono de tratamientos
  - Atención a preferencias y urgencias
  - Reuniones de coordinación en las Unidades
- 4.4. La Hospitalización en Salud Mental Infanto-Juvenil
- 4.5. La continuidad de tratamientos.
- 4.6. Coordinación de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil con otros Servicios de atención a la infancia-juventud.



## CAPITULO 4.-

# FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

**Objetivo:** *Definir criterios de funcionamiento de los dispositivos de Salud Mental Infanto-Juvenil y señalar actuaciones de coordinación entre los servicios de atención a la infancia-juventud.*

### 4.1 Niveles asistenciales en Salud Mental Infanto-Juvenil

Existen distintos niveles de cuidados en salud mental para la población infanto-juvenil.

**En un primer nivel** de atención no especializada en Salud Mental Infanto-Juvenil se incluye la Atención Primaria de Salud y la de otros Agentes no sanitarios: Educación (orientadores...), Bienestar Social, Otros (O.N.G., Asociaciones...), etc. Estos dispositivos ofrecen atención no especializada en salud mental a través de profesionales capacitados para realizar las siguientes actuaciones:

- Identificar problemas de salud mental en su origen.
- Apoyar y aconsejar algunos casos y tratar problemas leves de salud mental.
- Reconocer las necesidades en salud mental que requieran de intervenciones complejas.
- Valorar situaciones graves que requieren derivación a un nivel superior de tratamiento.
- Identificar situaciones de riesgo y gravedad patológica para ser derivadas a las USMIJ con carácter preferente o urgente.

- Promover la salud mental y realizar prevención en este aspecto en la población infanto-juvenil.

Así, en el nivel de Atención Primaria, se atenderán problemas menores de Salud Mental Infanto-Juvenil y se discriminarán situaciones más graves o persistentes que serán derivadas a las USMIJ. Igualmente se procederá respecto a aquellas situaciones que implican factores de riesgo en relación a la salud mental de esta población.

Este nivel -Atención Primaria, a través de pediatras y médicos de familia- es la vía de acceso a la atención especializada en Salud Mental Infanto-Juvenil.

Para el desarrollo de la coordinación, colaboración entre Atención Primaria y Atención Especializada en salud infanto-juvenil, proponemos:

- Realizar interconsultas pediatría-médico de familia/especialista de Salud Mental.
- Mantener reuniones, programadas entre los Equipos de Atención Primaria (de pediatría y de medicina familiar) y los Equipos de las USMIJ para estudio de casos comunes.

**Un segundo nivel**, la actividad asistencial especializada en Salud Mental, Infanto-Juvenil, se desarrolla generalmente de modo ambulatorio en las USMIJ. En ellas, tratados los problemas menores en el nivel primario, se atienden patologías más graves o con mayor riesgo pronóstico.

La existencia de una buena coordinación entre el nivel generalista/especialista y la función de Apoyo de las USMIJ sobre el nivel primario debe hacer posible una utilización equitativa de los recursos especializados de salud mental para niños y jóvenes.

Los dispositivos de segundo nivel o de atención especializada han de mantener una relación fluida con Atención Primaria, considerando como una de sus tareas la de prestarle Asesoría, Consultoría y Formación. Así los Equipos de las Unidades de salud mental han de participar en el diseño y ejecución de los programas de detección, prevención y promoción de la salud mental que se desarrollen en Atención Primaria.

En atención especializada de Salud Mental Infanto-Juvenil, se desarrollarán como actividades propias:

- La evaluación y diagnóstico de casos susceptibles de ser tratados a este nivel.
- El tratamiento de los trastornos mentales de la infancia y la juventud.
- El desarrollo de proyectos de prevención y promoción de la salud mental en la población infanto-juvenil.
- El apoyo, mediante consultoría y asesoría, a la atención en salud mental en el nivel primario.
- La detección y evaluación de trastornos y situaciones críticas que requieran derivación a otras estructuras sanitarias (si las hubiere) o la indicación de un ingreso hospitalario.
- Las actividades de interconsulta.
- El seguimiento de casos derivados de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.
- La elaboración de información para los agentes autorizados que lo requieran.
- La devolución de información al médico derivante de Atención Primaria, bien al alta o en el curso del proceso terapéutico, si procede.

Estas actividades, que requieren de intervenciones especializadas y multidisciplinarias, serán desarrolladas en la cartera de servicios que se elabore con las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil.

**En un tercer nivel** de atención en Salud Mental Infanto-Juvenil se halla la hospitalización y otros servicios específicos de tipo terapéutico/rehabilitador como centros de día, etc.

Para algunos cuadros psicopatológicos graves, en algún momento de su evolución, puede resultar insuficiente el tratamiento ambulatorio y en ese caso debe ser posible continuar el tratamiento a nivel hospitalario siempre en orden a la continuidad de cuidados integrales, de modo intensivo y especializado tal como permite la institución hospitalaria.

La hospitalización debe disponer de un programa propio para los pacientes que precisen de este recurso, independientemente de donde se realice éste, bien en hospital general, en Unidad de Psiquiatría o en Unidad de Hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil.

Dispensando así atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil en cualquiera de los tres niveles descritos (generalista y de especialización), estaríamos garantizando la continuidad de cuidados, en esta área de salud, a la población de niños y jóvenes de nuestra Comunidad.

## **4.2 Entrada a la red asistencial. El papel de la Atención Primaria.**

La demanda asistencial a la USMIJ, integrada ésta en el sistema sanitario en un nivel secundario o de atención especializada, ha de venir canalizada a través de Atención Primaria (pediatría, medicina familiar). Aún en el caso de que la derivación proceda de otras especialidades sanitarias (rehabilitación, neurología...) o de servicios hospitalarios de urgencias, estas solicitudes serán encauzadas a través del médico del paciente en su Centro de Salud en su acceso a la USMIJ.

Caso particular es el de las derivaciones procedentes de Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (en número muy reducido en S.M.I.J.). En esta situación puede hacerse una derivación directa a la USMIJ. Será la propia Unidad Hospitalaria la que al alta del paciente solicite una cita en la USMIJ, que se hará cargo del mismo, para su seguimiento. El paciente será enviado desde la Unidad de Hospitalización con informe de alta y será atendido en la USMIJ considerado como un caso preferente.

El médico de Atención Primaria tendrá conocimiento de la hospitalización y evolución del paciente a través de la información del facultativo que le atiende en la USMIJ.

Entendemos que este procedimiento de acceso a Salud Mental Infanto-Juvenil favorece la discriminación de los casos que realmente deben ser atendidos en las Unidades y facilita la centralización de la historia clínica del paciente y su seguimiento. De este modo el último referente de su proceso de salud/enfermedad siempre será su médico de atención primaria, lo que propicia la coordinación entre atención primaria y salud mental para el desarrollo de métodos y programas de actuación conjunta.

### **4.2.1. Papel del médico de atención primaria (AP):**

El papel del pediatra de AP y del médico de familia en la Salud Mental Infanto-Juvenil comprende tareas específicas (prevención y promoción) y otras relacionadas



con el funcionamiento de las USMIJ, por lo que es necesario -como ya se ha dicho- el establecimiento de amplios cauces de derivación así como de comunicación bidireccional.

En este contexto resulta útil la siguiente definición de Wallace y cols: **Problema** es “una alteración funcional en un área de las relaciones, del ánimo, de la conducta, o del desarrollo, de suficiente gravedad como para requerir la intervención profesional”, y **Trastorno** se define “bien como un problema grave (normalmente persistente), o como la coexistencia de una serie de problemas, habitualmente en presencia de importantes factores de riesgo”.

Una vez expresada la diferencia, la labor del pediatra y del médico de familia en estos temas incluye tareas de:

- 1) Prevención y promoción de la salud mental.
- 2) Detección temprana de señales de alerta.
- 3) Diagnóstico de problemas y sospecha de trastornos.
- 4) Solicitud de interconsulta a la USMIJ en el momento del diagnóstico o durante el seguimiento de algunos problemas.
- 5) Derivación de los pacientes que lo precisen a la correspondiente USMIJ.
- 6) Tratamiento de problemas y colaboración terapéutica con la USMIJ en los trastornos.

Dado que las tareas de prevención se encuentran recogidas en el Programa del niño sano (especificado por edades), nos centramos en los puntos restantes, tratando de establecer unos criterios de derivación a las USMIJ y de solicitud de colaboración cuando sea preciso.

### **Detección de problemas de SMIJ en la consulta:**

A través de la consulta programada (revisiones del niño sano) y de la demanda de los padres y los adolescentes, los médicos de AP (con la colaboración de enfermería)

pueden detectar la existencia de alguna alteración psicológica. Se puede realizar una primera evaluación en la entrevista inicial y, si es posible, posteriormente programar una nueva consulta.

En la **entrevista inicial** se trataría de:

- Identificar el grado de malestar psicológico.
- Evaluar la gravedad inmediata.
- Tener una visión de signos y síntomas que lleven a pensar en un cuadro psicopatológico.

En una segunda visita la **entrevista programada** podría ser semiestructurada, intentando recoger datos orientativos que permitan establecer un diagnóstico específico en la USMIJ, a partir de instrumentos como el "árbol de decisión" de distintas patologías.

De esta forma el médico de familia o pediatra puede llegar a tener una visión global del problema, articulando todos los datos para hacer una aproximación diagnóstica y fundamentar una derivación -o no- a la USMIJ.

La capacidad del médico para identificar este tipo de problemas está en relación no sólo con su formación y habilidades, sino también con sus actitudes hacia la salud mental y las expectativas diagnósticas sobre estas patologías. Se recomienda no precipitarse, sino tomarse tiempo para aproximarse a la problemática concreta.

Una vez realizadas estas entrevistas el médico de AP puede detectar:

**A.-Factores de riesgo** (Lista A) que orienten sobre la posible aparición de patología relacionada con la salud mental del niño, favoreciendo un seguimiento cuidadoso. Esta observación se realizará a lo largo de las revisiones periódicas del lactante y preescolar si las circunstancias son detectadas en época neonatal, y si aparecen más tarde se citará al niño o adolescente en consulta programada con la periodicidad oportuna, además de estar atento en la consulta de demanda a la aparición de posibles alteraciones. Para favorecer el seguimiento por todos los profesionales implicados en la atención, sería conveniente anotar los factores de riesgo en la hoja de problemas de la historia clínica.

- B.- **Señales de alerta** (Lista B) que permitan detectar de una forma temprana el desarrollo potencial de trastornos graves de salud mental en el niño y adolescente, permitiendo consultar con la USMIJ o remitirlo a la misma, como se comentará a continuación. En el caso del niño menor de un año, los signos de alerta que se mencionan en el programa del lactante en el apartado correspondiente al test de Llevant conducirán, en general, a la búsqueda de patología neurológica.
- C.- **Problemas** que, si bien tienen carácter leve, disminuyen la calidad de vida del niño y su familia, precisando una orientación terapéutica y un seguimiento (tal como se ha comentado al hablar de los factores de riesgo). Con frecuencia estos problemas pueden ser tratados en sesiones conjuntas (miembros de la USMIJ y pediatras o médicos de familia), siendo susceptibles de interconsulta con SMIJ en otras ocasiones. En algunos trastornos específicos (tartamudez, alteraciones de la lectoescritura, tics) se consultará de entrada con otros especialistas (logopeda/foniatra, psicopedagogo, neurólogo).
- D.- **Síntomas más severos** que requieran la colaboración de las USMIJ para llegar al diagnóstico de un trastorno y establecer el tratamiento correspondiente en estas unidades, permaneciendo en contacto con los profesionales de salud mental para aunar esfuerzos en el seguimiento del niño

# LISTA A

## FACTORES DE RIESGO

### 1) Circunstancias perinatales:

- \* Prematuridad.
- \* Enfermedades neonatales (malformaciones, etc.)

### 2) Circunstancias personales:

- \* Temperamento difícil.
- \* Personalidad introvertida / Tendencia al aislamiento.
- \* Inestabilidad emocional.
- \* Enfermedades crónicas: Neoplasias, asma, diabetes, SIDA, déficits sensoriales, enf. del SNC
- \* Ruptura de relaciones (adolescentes).

### 3) Circunstancias ambientales:

- \* Hospitalización prolongada.
- \* Cambio de domicilio o de colegio.
- \* Dificultades escolares.
- \* Nivel socioeconómico muy bajo.
- \* Catástrofes naturales.

### 4) Circunstancias familiares:

- \* Separación de los padres.
- \* Madre adolescente.
- \* Muerte del padre, madre o un hermano.
- \* Enfermedad grave de los padres, larga hospitalización.

- \* Ausencia prolongada del padre o de la madre.
- \* Déficit sensorial grave en ambos progenitores.
- \* Déficit intelectual en los padres.
- \* Alteraciones psicopatológicas en el padre o la madre.
- \* Alcoholismo, drogodependencia o ludopatía en un progenitor.
- \* Antecedentes delictivos en algún miembro de la familia.
- \* Familias fuertemente desestructuradas.
- \* Maltrato físico o abuso sexual.

# LISTA B

## SEÑALES DE ALERTA

**EN EL LACTANTE (1° a 24° mes) Y PREESCOLAR (2 a 5 años):**

### **1) Trastornos de la alimentación:**

- \* Cambio en los hábitos de alimentación.
- \* Inapetencia persistente.
- \* Vómitos o diarrea sin causa orgánica aparente.
- \* Mericismo. Pica.

### **2) Trastornos del sueño:**

- \* Cambio en los hábitos de sueño.
- \* Insomnio.
- \* Miedo a dormir solo a partir de tres años, pesadillas frecuentes.
- \* Acompañamiento de actividades motoras: balanceos...
- \* Somnolencia diurna.

### **3) Trastornos del comportamiento:**

- \* Cambio en la forma de ser.
- \* Crisis de cólera.
- \* Conductas agresivas.
- \* Oposicionismo-negativismo.

### **4) Miedo y fobias leves:**

- \* Miedo y evitación de algunas situaciones comunes: Noche, personas desconocidas, algunos animales, etc.
- \* Timidez intensa.
- \* Tendencia al aislamiento.

**5) Anomalías en el juego:** Niño que no juega, o no inicia el juego simbólico a partir de 3 años

**6) Retraso del desarrollo psicomotor:** Alteración del Test de Llevant.

## **EN EL ESCOLAR (6 a 12 años) Y ADOLESCENTE (13 a 17 años):**

### **1) Dificultades escolares:**

- \* Descenso significativo del rendimiento académico.
- \* Falta de atención en clase y concentración en el estudio.
- \* Absentismo escolar.

### **2) Trastornos de la comunicación y la relación:**

- \* No saber jugar en grupo.
- \* Reacciones emocionales excesivas al perder.
- \* Dificultad para hacer amigos y conservarlos.
- \* Verborrea.
- \* Mutismo total o selectivo.

### **3) Trastornos de la conducta:**

- \* Oposicionismo (activo o pasivo), rebeldía, rabietas.
- \* Mentiras reiteradas.
- \* Robo y comportamientos destructivos.
- \* Agresiones físicas frecuentes; autoagresiones.
- \* Crueldad con los animales.
- \* Exceso de movimiento sin finalidad (hiperactividad).
- \* Conductas sexuales inadecuadas.
- \* Consumo de tóxicos.

#### **4) Trastornos por ansiedad:**

- \* Miedos desproporcionados y persistentes que limitan su actividad.
- \* Resistencia a las relaciones sociales.
- \* Acciones repetidas y sin sentido (rituales), comprobaciones innecesarias.
- \* Preocupación excesiva por enfermedades e infecciones, o por el orden y simetría.
- \* Perfeccionismo, con excesiva preocupación por evaluaciones, resultados, etc.

#### **5) Trastornos del estado de ánimo:**

- \* Tristeza, pesimismo, irritabilidad, malhumor, apatía.
- \* Insomnio o somnolencia.
- \* Falta de ilusión y motivación.
- \* Cansancio, fatiga fácil.
- \* Agitación o lentitud psicomotora.
- \* Pensamientos repetidos sobre la muerte, ideas de suicidio.
- \* Sentimientos de culpabilidad, baja autoestima.
- \* Euforia excesiva, locuacidad.

#### **6) Manifestaciones somáticas:**

- \* Dolores frecuentes y migratorios.
- \* Opresión torácica, palpitaciones.
- \* Molestias gástricas.
- \* Náuseas, vómitos.
- \* Sensación de mareo y debilidad.
- \* Tics motores y fónicos.



## **7) Trastornos del comportamiento alimentario:**

- \* Grave restricción alimentaria.
- \* Pérdida de peso significativa.
- \* Vómitos postprandiales reiterados.
- \* Molestias gástricas, estreñimiento.
- \* Incremento notable de la actividad física.
- \* Síntomas asociados: irritabilidad, tristeza; amenorrea.

## **8) Abuso de sustancias tóxicas (adolescentes):**

- \* Manifestaciones somáticas.
- \* Deterioro de la higiene personal.
- \* Cambios frecuentes de humor.
- \* Pérdida de memoria, atención y concentración.
- \* Apatía, malestar general.

## **9) Trastornos psicóticos (esquizofrenia y otros cuadros):**

- \* Retraimiento, pasividad e introversión excesivas.
- \* Falta de amigos íntimos, evitación de las actividades de grupo.
- \* Deterioro del funcionamiento académico, familiar, social y personal.
- \* Comportamientos extravagantes.
- \* Manifestaciones afectivas anormales.
- \* Discurso verbal extraño, ideas inusuales.
- \* Delirios y alucinaciones.

### **Derivación a la USMIJ:**

En la tabla I se exponen los criterios generales de derivación para facilitar esta decisión al médico de Atención Primaria.

## **TABLA I**

### **CRITERIOS DE DERIVACIÓN A LA USMIJ**

- **Larga duración del problema o agravamiento de síntomas leves**
- **Sucesos de riesgo añadidos**
- **Presencia de varias señales de alerta**
- **Manifestación de problemática más compleja**
- **Gravedad de la situación biopsicosocial**
- **Deseo manifiesto del paciente o familia de acceder a la USMIJ**
- **Dificultad para asumir el caso por parte del médico de AP**

En el Anexo I se aporta también un modelo de Hoja de Interconsulta, que puede ser útil tanto para el médico que deriva (al tener que resumir los datos de mayor interés) como, sobre todo, para el profesional de la USMIJ, al que puede ayudar a orientar su diagnóstico.

La derivación debería producirse con el mayor grado de aceptabilidad posible por parte del paciente y sin crear falsas expectativas. Si el paciente se niega a reconocer su problema y no accede a acudir a la USMIJ, se puede derivar a los padres -si el caso lo requiere y ellos están interesados-, para realizar un abordaje desde la terapia familiar.

En la tabla II se resumen las posibles actuaciones del médico de AP al encontrarse con las alteraciones descritas anteriormente y seguir los criterios generales de derivación.

## TABLA II

### PAUTAS DE ACTUACIÓN EN LAS ALTERACIONES DE SMIJ

<u>Alteración detectada</u>	<u>Procedimiento a seguir</u>
FACTOR/ES DE RIESGO	SEGUIMIENTO AP
SEÑAL/ES DE ALERTA	SEGUIMIENTO O INTERCONSULTA SMIJ
PROBLEMA (inicial)	SEGUIMIENTO Y/O INTERCONSULTA
PROBLEMA PERSISTENTE	INTERCONSULTA O DERIVACIÓN
SÍNTOMA DE TRASTORNO SEVERO	DERIVACIÓN
SITUACIÓN BIOPICOSOCIAL COMPLEJA	INTERCONSULTA O DERIVACIÓN

#### 4.2.2. Otros Agentes de Derivación:

En algunos casos, es la institución escolar u otros servicios de Infancia, quien detecta en primer lugar la problemática psíquica en el niño-joven. Ellos orientarán al usuario para el acceso a la red sanitaria en Salud Mental a través de la Atención Primaria, la cual por su carácter comunitario también se halla cerca de aquellas entidades. Las USMIJ mantendrán comunicación con ellas en beneficio de la atención del niño/joven.

La demanda de atención en S.M.I.J. también puede venir propiciada desde Instituciones, Asociaciones y otros Agentes Comunitarios, pero accederá a las unidades a través de Atención Primaria (pediatra, médico de familia), quien actuará como primer nivel de atención o como filtro para la problemática que deba acceder a las USMIJ.

### **4.3 La Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil: Asistencia Ambulatoria.**

Una vez que el paciente accede a la USMIJ, será atendido por un Equipo multidisciplinar que llevará a cabo las actuaciones diagnósticas y terapéuticas que el paciente requiera. El funcionamiento de este servicio clínico incide de modo muy importante en la calidad de las prestaciones que ofrece a los usuarios, niños y jóvenes.

Desde ese planteamiento proponemos un modelo de funcionamiento que es habitual en los dispositivos ambulatorios de atención a la salud mental infanto-juvenil y que se ha mostrado útil, sin perjuicio de que cada Unidad pueda establecer su propio modo de funcionamiento con flexibilidad, dependiendo de su circunstancia.

#### **La recepción en la USMIJ.**

Constituye la toma de contacto del paciente con la Unidad y se establece a nivel administrativo. Se recoge la demanda y se le asigna cita de acogida con Enfermería.

Cada paciente debe ser remitido por su médico de atención primaria con la solicitud procedente (hoja de derivación, volante...), indicando el carácter ordinario, preferente o urgente de la solicitud (Anexo I).

Cualquier petición de asistencia se entiende remitida a la Unidad en su conjunto.

#### **Entrevista de acogida.**

Es realizada por enfermería, en ella se abrirá historia clínica del paciente y se hará una primera valoración del nivel de priorización del caso, a la vez que se cuida el establecimiento de una relación cordial y colaboradora entre la familia, el paciente y la Unidad. Facilita una primera orientación en tanto el paciente inicia tratamiento.

Se utilizará un modelo de Historia unificada, a cuyos efectos actualmente esta Comisión recomienda la que figura en el Anexo II.

Se recogen informes y documentos de derivación. Recomendamos hacerlo a través de protocolos de derivación (Anexos I, III y IV).

Su duración aproximada es de 45 minutos.

## **Reuniones de Equipo para el estudio y asignación de casos**

En reuniones semanales el Equipo evalúa la demanda recibida en la Unidad. En ellas se analiza la información recogida, se determina si se prioriza la atención a algún paciente, se realiza la asignación del caso a profesional específico de considerarse oportuno y se procede a dar cita con facultativo.

## **Primera cita con facultativo y entrevistas diagnósticas**

Va encaminada a recoger la información clínica necesaria para la toma de decisiones y en ella se cuidan especialmente los aspectos de empatía y acogida a fin de facilitar posteriormente la adhesión del paciente a los tratamientos y el proceso terapéutico que se haya de seguir.

Se inicia el proceso de evaluación que concluirá, tras alguna visita más, en un diagnóstico, según criterio CIE-10 y en la elaboración de un plan de acción terapéutica.

Tras el proceso diagnóstico se decidirá incluir al paciente en programas asistenciales específicos ya establecidos o en programa de tratamiento individual con el enfoque terapéutico que el facultativo estime más conveniente (cognitivo-conductual, dinámico, sistémico,...).

Estas entrevistas de evaluación, con paciente o con paciente y familia, tienen generalmente una duración aproximada de 30 a 45 minutos.

Visitas para establecimiento y seguimiento de tratamientos; de realización de controles evolutivos; de reevaluación y de participación en programas específicos (preventivos, psicoeducacionales, etc.)

El número de visitas de tratamiento es indeterminado dependiendo de la patología tratada y de la evolución del paciente. Su duración oscila entre media y una hora.

Si durante el tratamiento en la USMIJ fuera preciso establecer coordinación, o fuera demandada, para determinar actuaciones conjuntas con otros dispositivos que simultáneamente atienden al paciente (Educación/Servicios Sociales), será recomendable utilizar protocolo a tal efecto (Anexo V).

En el curso del tratamiento y atención al paciente cualquier miembro del Equipo asistencial puede demandar de los otros profesionales también atención/colabora-

ción, incluso urgente, ya que desde una concepción multiprofesional, cualquier paciente lo es de la Unidad en su totalidad.

De estas visitas de tratamiento puede seguirse un alta, en algunos casos la derivación a otros dispositivos ambulatorios de la red asistencial y también, si la evolución del caso lo requiere, a una hospitalización.

### **Indicación de Ingreso Hospitalario**

Se hará desde la USMIJ que deberá tomar contacto previamente con la unidad de ingresos psiquiátricos.

El ingreso del paciente requiere el informe oportuno. Del mismo modo, se precisa el informe de alta hospitalaria cuando el paciente sea remitido nuevamente a la USMIJ para continuación de tratamientos.

Se propone que los ingresos hospitalarios de tipo psiquiátrico se realicen en unidades pediátricas de hospitales generales si el paciente tiene menos de 14 años y en unidades psiquiátricas de adolescentes, específicas para la población infanto-juvenil, si el paciente tuviera más de 14 años.

### **Nueva consulta**

Si tras un alta o abandono de más de un año, el paciente retorna a la USMIJ, se requerirá que lo haga con nueva solicitud de su médico de Atención Primaria, puesto que el caso ha podido cambiar sustancialmente durante el periodo transcurrido y ello exige que se vuelva a poner en marcha el circuito asistencial en la forma prevista.

En la USMIJ igualmente se retomará el procedimiento establecido manteniendo la pauta de asignar como profesional responsable del mismo a aquél que lo atendió previamente, de no existir razones importantes que lo desaconsejen. La misma pauta se observará si se trata de un hermano de otro paciente, dado que probablemente ya existe un trabajo familiar realizado previamente por aquel profesional que conviene mantener.

### **Altas y abandono de tratamientos**

Es deseable que el profesional responsable del caso (gestor del mismo) en la USMIJ, informe al médico de Atención Primaria del alta o abandono de tratamiento si lo hubiere (Anexo VI).

## **Atención a Preferencias/Urgencias**

Las demandas de atención urgente o preferente serán atendidas en el plazo preceptivo. Tras la entrevista de acogida por parte de Enfermería, los pacientes son derivados al facultativo que se considere más ajustado al problema planteado, sin esperar a ser valorados en las reuniones de Equipo correspondientes.

Posteriormente, estos casos serán presentados por Enfermería en las reuniones para el análisis de la demanda que recibe la Unidad, pero la atención al caso ya la asume el facultativo que atendió la urgencia/preferencia.

## **Reuniones de coordinación en la USMIJ**

Se establece semanalmente una Reunión del Equipo para abordar problemas asistenciales o cualquier otra situación difícil o imprevista surgida en la práctica cotidiana. Así mismo, en ella se analizarán y se resolverán de modo individual las solicitudes de cambio de profesional si las hubiera.

Periódicamente, el equipo mantendrá una reunión con la Dirección del Servicio de Salud Mental, para conformar criterios comunes sobre cuestiones específicas, transmitir demandas, hacer o recibir propuestas, etc.

## **4.4 La Hospitalización en Salud Mental Infanto-Juvenil**

Por razones de población, las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juveniles, para la hospitalización parcial o total, en el caso de patologías infanto-juveniles graves, han de ser muy limitadas. Sin embargo, no deben obviarse ya que para algunos cuadros graves, en un determinado momento de su evolución, puede resultar insuficiente el tratamiento ambulatorio. Se trata de cubrir una demanda reducida pero que requiere de servicios muy especializados y actuaciones intensivas.

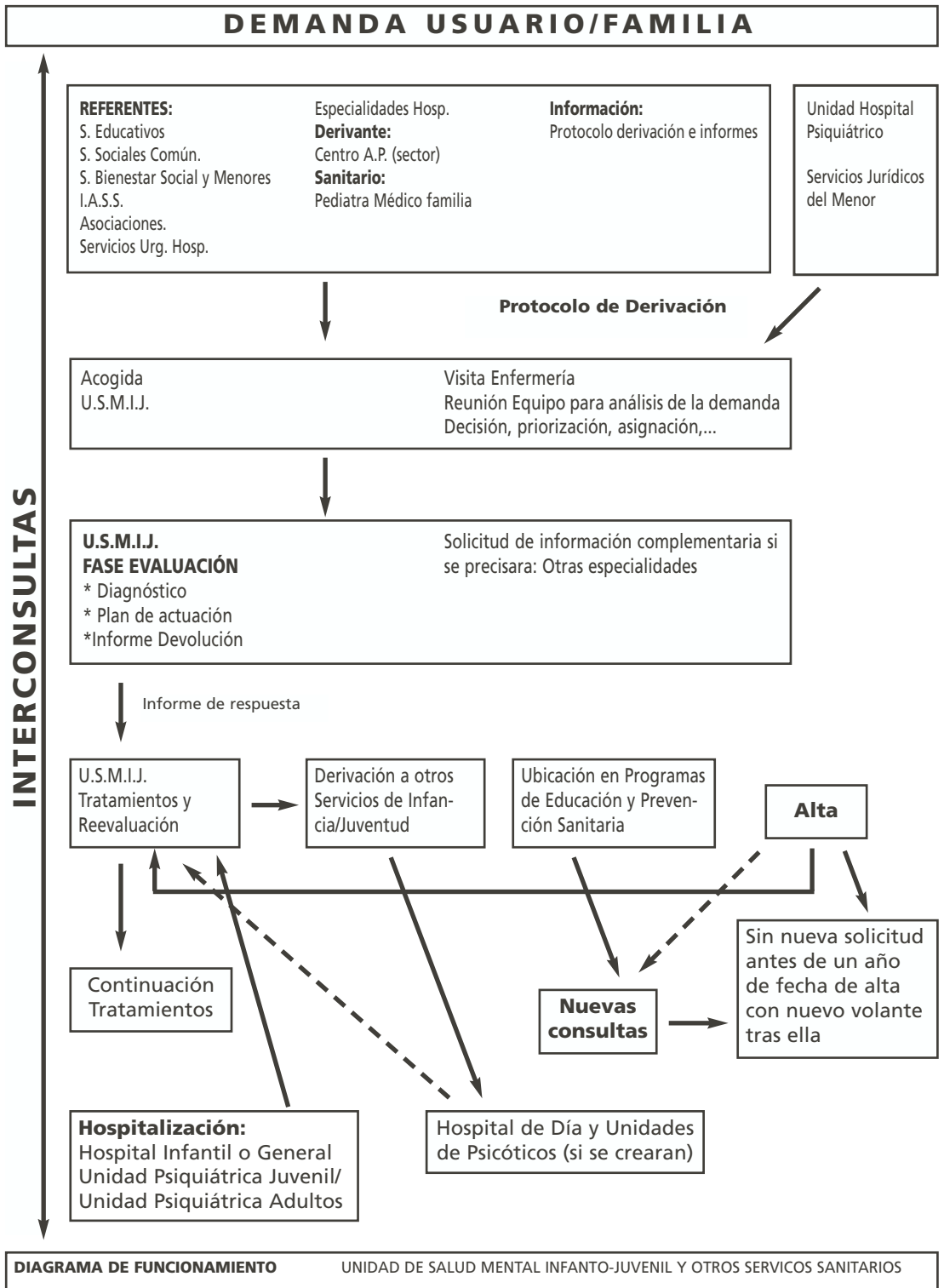
Proponemos adoptar algunos criterios en este aspecto:

- La indicación de hospitalización debe hacerse desde la USMIJ o desde el Servicio de Urgencias Hospitalarias. El paciente deberá ser derivado con informe clínico. Al alta hospitalaria, también debe retornar el paciente a la USMIJ para continuar tratamiento con un informe del hospital.

- Hasta la edad de 14 años es indicado realizar los ingresos en Unidades de Pediatría de Hospitales Generales y en adelante en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica específicas (de adolescentes).
- Debe definirse un subprograma de colaboración entre las Unidades Hospitalarias (psiquiatría/pediatría) y las USMIJ que incluiría colaboración en ingresos, consulta especializada extrahospitalaria si se requiere.
- Por la especialidad de los casos que requieren hospitalización en Salud Mental Infanto-Juvenil, entendemos que no es preciso protocolizar las derivaciones, pero en cualquier caso éstas se realizarán incluyendo informe sobre el paciente.
- La continuidad asistencial de los pacientes que han sido hospitalizados es garantizada por las USMIJ, donde el paciente ha de retornar tras ingreso con informe de alta.
- Los Centros de Día y Hospitales de Día para la población infanto-juvenil, en alguna medida reducirán las hospitalizaciones y acortarán las estancias en ellas. Por ello deben crearse paralelamente a los recursos hospitalarios.

Ver anagrama de funcionamiento en la siguiente página:





**INTERCONSULTAS**

## 4.5 La Continuidad de Tratamientos

Es obvia la necesidad de procurar al paciente una continuidad de cuidados ligada al proceso de tratamiento, aunque su cumplimiento no sea fácil. Dicha continuidad exige una adecuada coordinación interdisciplinaria e intersectorial entre servicios (sectores sanitarios, socio-sanitarios y sociales) y la existencia de una red asistencial completa. Los distintos dispositivos de dicha red deberán cumplir condiciones de accesibilidad, disponibilidad, flexibilidad y adaptabilidad.

Debemos señalar que la continuidad de cuidados es un valor esencial dentro del Modelo Comunitario al que nos hemos adherido, y que han de mantenerse una serie de principios en la continuidad de cuidados para que tal propuesta sea real y efectiva. Tomamos de la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría N° 4 (año 2.000) los que propone L. Bacharach:

- Clima administrativo que apruebe, apoye y legitime los servicios para la población definida.
- Garantía de que el paciente puede acudir al servicio cuando lo necesite.
- Oferta integral de servicios. La continuidad no existe si algún servicio necesario no está disponible.
- Flexibilidad en la oferta de servicios.
- Todas las instancias que potencialmente puedan atender a un paciente deben tener una misma dirección.
- El paciente debe tener la oportunidad de establecer una relación estable y continuada con un referente del sistema (principio de tutorización).
- El paciente debe poder participar de forma activa en el proceso
- El sistema de cuidados debe de contener programas que sean acordes con la realidad cultural del paciente.

## 4.6 Coordinación de las USMIJ con otros servicios de atención a la Infancia y Juventud

La derivación de casos desde los distintos servicios detectores de problemas de salud mental en la población infanto-juvenil debe hacerse siguiendo unos cauces. Es importante establecer formas de coordinación interdepartamental amplias entre las Unidades de Salud Mental Infanto-Juveniles y aquellos:

- Departamento de Educación y Ciencia: Equipos Psicopedagógicos y Departamentos de Orientación.
- Instituto Aragonés de Servicios Sociales: Servicios de Protección de Menores, Centros Base de Atención a Minusválidos.
- Servicios Sociales: Servicios Sociales de Base y Centros Municipales de Servicios Sociales.
- Juzgados de Menores/Fiscalía de Menores. Juzgados de Familia: Equipos Técnicos de Apoyo a los Juzgados.

### **Con Servicios Educativos:**

Los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica en la enseñanza primaria y los Orientadores de los Departamentos de Orientación en la enseñanza secundaria, son los que recogen y canalizan las demandas de los maestros, tutores y otros agentes escolares hacia los servicios sanitarios de Atención Primaria, ya que aquellos constituyen una red dentro del sistema educativo (al menos en el sector público).

En los centros escolares privados, sería recomendable que la canalización se estableciera a través del psicólogo escolar

Los equipos EOEPs y Departamentos de Orientación, valorarán la demanda y discriminarán si ésta es de carácter académico-escolar sin otras repercusiones clínicas, en cuyo caso será abordada por los propios recursos de Educación. Si existen sospechas o evidencias de alteraciones psicopatológicas, solicitarán al médico de Atención Primaria la intervención en Salud Mental Infanto-Juvenil y se le aportará la información pertinente a través de la familia.

Para mantener la colaboración entre dispositivos de Salud Mental Infanto-Juvenil y educativos, proponemos el establecimiento de reuniones de coordinación, en el sector y entre equipos de ambos servicios, con una periodicidad que garantice el correcto abordaje de aspectos organizativos y el estudio conjunto de ciertas problemáticas que pudieran presentar algunos casos.

Estas reuniones no excluirían otras que pudieran existir, a solicitud de los psicólogos y los orientadores, para el estudio puntual de ciertos casos, lo que es práctica frecuente en la actualidad.

Esta estructura y dinámica de coordinación entre Salud Mental/Educación debe ser avalada de forma oficial por la Administración, que es la que representa y gestiona la salud y educación de niños y jóvenes en nuestra Comunidad Autónoma.

### **Con Servicio de Menores del Instituto Aragonés de Servicios Sociales:**

Dada la gravedad y relevancia que están adquiriendo los problemas sociofamiliares del niño y del adolescente, debemos intensificar la coordinación entre los Servicios de Bienestar Social de Atención al Menor y los Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Los profesionales de los Equipos del Servicio de Menores, en su valoración, detectarán los problemas de salud mental de los menores y ante la presencia de alteraciones psicopatológicas solicitarán al médico de Atención Primaria la derivación del caso a la USMIJ correspondiente a su sector.

Así mismo, los profesionales de Salud Mental Infanto-Juvenil, y a través de un informe pondrán en conocimiento del Servicio de Protección de Menores la detección de posibles situaciones de desamparo, maltrato u otra problemática sociofamiliar grave, sin obviar el informar de ello al médico de Atención Primaria.

Se propone el establecimiento de reuniones de coordinación, a petición de los servicios implicados para el abordaje, tratamiento y orientación de casos. Estas reuniones no excluirían la posibilidad de la existencia de otras, relacionadas con aspectos organizativos y de estudio conjunto de ciertas problemáticas más generales y referidas a la relación entre los Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil y de Protección/Reforma de Menores.

### **Con los Juzgados/Fiscalía de Menores, Servicios Sociales Municipales, Juzgados de Familia, Asociaciones...**

Se mantendrá coordinación según necesidades y posibilidades de los Equipos.

Sería recomendable acordar interinstitucionalmente (la Administración Sanitaria y la Administración de Justicia), fórmulas de coordinación entre los Servicios Judiciales del Menor y los Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil

El siguiente cuadro resume las actividades de coordinación a desarrollar entre los Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil y otros dispositivos de atención a esta población.

# COORDINACIÓN USMIJ/SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES

	Profesionales	Instrumentos de coordinación (bidireccionales)	Reuniones de coordinación
<b>USMIJ/Atención Primaria</b>	- Pediatría - Médico de Familia	A.P. → USMIJ: Protocolo de Derivación USMIJ → A.P.: Informe de Devolución <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 20px;">                     {                      Diagnóstico                      Tratamiento/Evolución                      Alta                 }             </div>	- A demanda de uno de los servicios sobre casos concretos. - Generales, periódicas según las necesidades del sector
<b>USMIJ/Servicios Educativos</b>	- EOEPs - Orientador de I.E.S. - Psicólogo escolar	Educación: → USMIJ: A través de Informe dirigido a A.P. (el médico incorporará este informe en su derivación) USMIJ → Educación: Devolución de Información	- A demanda de uno de los servicios sobre casos concretos. - Protocolo de coordinación.
<b>USMIJ/Protección de Menores</b>	- Psicólogo Equipos de Diagnóstico y Tratamiento - Psicólogo adscrito a Centros - Trabajadores Sociales y Educadores	Protección → USMIJ: A través de Informe dirigido a A.P. USMIJ → Protección: - Devolución de Información - Informe directo a Servicio de Menores en casos detectados de desamparo, maltrato u otra problemática socio-familiar grave	- A demanda de uno de los servicios sobre casos concretos. - Protocolo de coordinación.
<b>USMIJ/ Juzgados de Menores y de Familia</b>	- Juez/Fiscal - Psicólogo adscrito al Juzgado - Trabajador Social y Educador Juzgado	Juzgado → USMIJ: Comunicación Oficial por parte del juzgado: - Peritación - Solicitud del Tratamiento  USMIJ → Juzgado: Informe de Devolución en respuesta a una demanda concreta del Juez.	- Como respuesta al cumplimiento de una Orden Judicial
<b>USMIJ/Otros servicios</b> (C.M.I.S.S.; S.S.B., Centros de Rehabilitación, Centros de Atención Minusválidos,...)	- Profesionales especialista - Servicio a cargo del caso	Derivación a través de A.P. Informes bidireccionales	- A demanda de uno de los servicios sobre casos concretos. - Protocolo de coordinación.

“Guía para la Organización, Funcionamiento y Evaluación de Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil”

## PROPUESTAS

### **a) Respeto a la Atención Primaria:**

- Las solicitudes de derivación de los distintos departamentos relacionados con niños y adolescentes deberían canalizarse a través del pediatra/médico de familia, quien realizará una función de selección y -en caso necesario- de contención de las demandas.
- En el establecimiento de líneas de comunicación bilateral fluida entre AP y SMIJ, sería conveniente desarrollar el procedimiento de interconsulta entre ambos servicios. La comunicación entre estos niveles asistenciales debe ser ágil y constante.

### **b) Respeto a la hospitalización:**

- La hospitalización hasta los 14 años ha de realizarse en Unidad Pediátrica y respetarse la sectorización existente; es decir, que en cada área/sector sanitario se realizarían los ingresos psiquiátricos en el Hospital General de referencia -Pediatría- de las USMIJ.
- A partir de los 14 años, y para toda la Comunidad Autónoma, deberían realizarse aquellos en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Adolescentes del Hospital Clínico de Zaragoza, por su carácter específico, idóneo para esta población. No obstante, en la banda de edad de 14 a 16 años, se aplicarían los criterios de modo flexible.

### **c) Respeto a la continuidad de cuidados:**

- La continuidad de cuidados no debe conllevar el que se diluyan las responsabilidades de los profesionales. Para contrarrestar este riesgo, cualquier paciente que haya sido visto en un servicio debe tener en el mismo un gestor del caso.
- Cuando se pase de uno a otro dispositivo de salud se debe hacer una transferencia explícita.

- Sería conveniente el realizar un esfuerzo por informatizar los registros clínicos.
- La transferencia de pacientes desde los servicios de Salud Mental Infanto-Juveniles a los servicios de Salud Mental de adultos, deberá estar protocolizada y sujeta a una comunicación entre los profesionales responsables de ambos.

**d) Respetto a la coordinación:**

- La coordinación es una exigencia fundamental para el desarrollo de la Salud Mental Infanto-Juvenil, tanto en su dimensión interna (en el propio Equipo) como en su proyección externa (los servicios de salud mental, con otros servicios de atención infanto-juveniles). Este Grupo de Trabajo recomienda la creación de una Comisión Técnica Asesora de Salud Mental Infanto-Juvenil en el marco de la Consejería de Sanidad (Profesionales de Salud, Salud Mental, Educación, Bienestar Social...), para que al más alto nivel se avale y promueva la coordinación, tal como se ha hecho en otras Comunidades Autónomas.
- Por otro lado, es importante señalar que concebimos la coordinación en Salud Mental Infanto-Juvenil como una función a desarrollar en distintos niveles, pero siempre debiendo ser asumida por personal de los Equipos infanto-juveniles, dado que la especificidad de este ámbito clínico así lo exige. Un esquema sencillo lo representaría:

3º Nivel: Comisión Técnica Asesora de Salud Mental Infanto-Juvenil en Consejería de Sanidad: con representación de Educación, Servicios Sociales, Sanitaria, Atención Primaria, Salud Mental Infanto-Juvenil, Fiscalía de Menores.

- Consulta
- Asesoría
- Emisión de opinión autorizada
- Propuestas
- Coordinación de Servicios de Infancia y Juventud.

2º Nivel: Coordinación general de todos los dispositivos de la Red de Salud Mental Infanto-Juvenil.

- Representar a la red en su conjunto.
- Facilitar intercambio sistemático. Convocar.
- Promover la elaboración de instrumentos de evaluación y terapéuticos homogéneos.
- Establecer criterios homogéneos de recogida de datos epidemiológicos.
- Promover investigaciones.

1º Nivel: Coordinación en unidad Ambulatoria, Hospitalaria, Centro de Día...

- Coordinación Interna del Equipo.
- Coordinación con los Servicios de Infancia/Juventud del Área.
- Coordinación con agentes comunitarios: escuelas, centros cívicos...



## **CAPITULO 5.-**

### **ESTUDIO DE NECESIDADES ASISTENCIALES**

#### **EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL**

### **ESQUEMA**

#### *Antecedentes*

#### *5.1. Aportación de Datos:*

*5.1.1. Datos poblacionales.*

*5.1.2. Datos de recursos y actividad asistencial.*

#### *5.2. Los dispositivos de Salud Mental Infanto-Juvenil en la Comunidad de Aragón.*

*5.2.1. Evolución de la Asistencia en Salud Mental Infanto-Juvenil.*

*5.2.2. Situación Asistencial actual en Salud Mental Infanto-Juvenil por Áreas Sanitarias.*

*5.2.3. Propuesta para el desarrollo de una Red de Salud Mental Infanto Juvenil para Aragón.*



## **CAPITULO 5.-**

### **ESTUDIO DE NECESIDADES ASISTENCIALES**

#### **EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL**

**Objetivo:** *Analizar la atención en Salud Mental Infanto-Juvenil en Aragón y hacer una propuesta de organización de la Red Pública de Salud Mental Infanto-Juvenil.*

#### **Antecedentes:**

En 1987 se crea con el patrocinio de la Diputación General de Aragón una Comisión de expertos con el encargo de elaborar un Proyecto de Atención a la S.M.I.J. en la Comunidad Autónoma de Aragón, el cual debería ser referente de las actuaciones de política sanitaria en ese ámbito.

En 1988 ese proyecto está concluido y con él las bases teóricas establecidas, las líneas organizativas y asistenciales trazadas y establecida una propuesta bien fundamentada para el desarrollo futuro de una red asistencial en Salud Mental Infanto-Juvenil con una aproximación de temporalización, a fin de propiciar una correcta cobertura de necesidades en este aspecto de la atención sanitaria en Aragón.

En torno al año 1988, y en alguna medida partiendo de los recursos ya existentes (de personal y otros), se crearon algunos dispositivos de Salud Mental Infanto-Juvenil, pero pronto se frena su desarrollo sin que hasta el momento se haya dado un nuevo impulso por parte de la Administración en este ámbito de salud.

La planificación que en su día se hizo en el citado Proyecto, como consecuencia del estudio de datos demográficos y datos de recursos de atención a la infancia-juventud en Aragón, nos sigue pareciendo en la actualidad básicamente ajustada, y sin

embargo, la experiencia de los últimos años nos sitúa en una posición de reserva respecto a la posibilidad de que se haga efectiva.

No obstante, con la elaboración del nuevo Plan de Salud Mental que lleva a cabo la Dirección General de Ordenación, Planificación y Evaluación Sanitarias de la DGA y a través de la aportación que esta Guía de Atención en Salud Mental Infanto-Juvenil puede hacer a ese Plan, vemos abrirse alguna expectativa para esta área y retomamos el trabajo que el Proyecto de 1988 inició.

En nuestra Comunidad, actualmente, la atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil constituye un área pobremente desarrollada y desigual en la distribución de recursos; deberemos tener un conocimiento previo de las necesidades y también de las prioridades y objetivos pretendidos a fin de que los recursos se vayan implementando.

## 5.1 Aportación de datos

Los siguientes datos, aunque básicos, pretendemos sean facilitadores de las tareas de planificación que se realizan en el nivel apropiado, y referente para la estimación de recursos que esta área de atención a la salud precisa.

### a) Datos poblacionales y de recursos:

Tabla I.- Población por áreas y tramos de edad:

Provincia	Área de salud	Población total	0-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años
Huesca	I	192.896	6.961	7.731	8.438	10.226
Teruel	IV	131.178	4.503	5.633	6.361	6.726
Zaragoza	II	360.173	11.856	13.577	14.834	18.339
	III	297.988	9.922	11.575	13.330	16.584
	IV	12.608	440	502	525	655
	V	154.475	8.211	7.575	7.789	8.673
Total general		1.149.318	41.893	46.593	51.277	61.167

Fuente: Servicio de Salud Pública D.G.A.

Tabla II.- Población total, evolución 1.993-1.999:

Provincia	Área de Salud	POBLACIÓN TOTAL	
		Año 1.993	Año 1.999
Huesca	Área I	209.565	192.896
Teruel	Área IV	143.000	143.786
Zaragoza	Área II	394.406	360.173
	Área III	310.689	297.988
	Área V	131.816	154.475**

\* Fuentes: Estrategias de Salud Mental año 93 y Servicio de Salud Pública D.G.A.

\*\*Única área con incremento poblacional significativo

Tabla III.- Distribución de la población por áreas:

Provincia	Área de Salud	Población Total	Población Infanto-juvenil
Huesca	I	208.618	33.356
Teruel	IV	137.877	24.485
Zaragoza	II	388.646	71.658
	III	313.532	57.301
	V	139.816	31.147
	Total	1.188.489	217.947

Fuente: Dirección Médica de Atención Primaria

Tabla IV.- Unidades de salud mental infanto-juveniles:

Unidad	Población	Personal						Total
		Psiquiatras	Psicólogos	Enfermería	Trabajador Social	Auxiliar Clínica	Administración	
Área 1 Huesca	33.356	0	0	0	0	0	0	0
Área 2 Sagasta	71.658	1	2	1	0	0	1	5
Área 3 H. Clínico	57.301	2+1	0	0	1	1	0	5
Área 4 Teruel H. Provincial	24.485 2.191	2	1	1	0	0	0	4
Área 5 Actur Sur	31.147	2	1	1	0	0	0	4

Tabla V.- Relación unidades de salud mental adultos/infanto-juveniles:

Nº Unidades de Adultos	21
Nº Unidades Infanto-Juveniles	4
Relación Infanto-Juveniles/adultos	1/5,25
Relación a nivel nacional	1/4

Fuente: A.E.N.

**b) Datos de actividad asistencial:**

Tabla VI.- Patología atendida en el Área V (USMIJ Actur-Sur). Motivo de consulta. Años 98/99

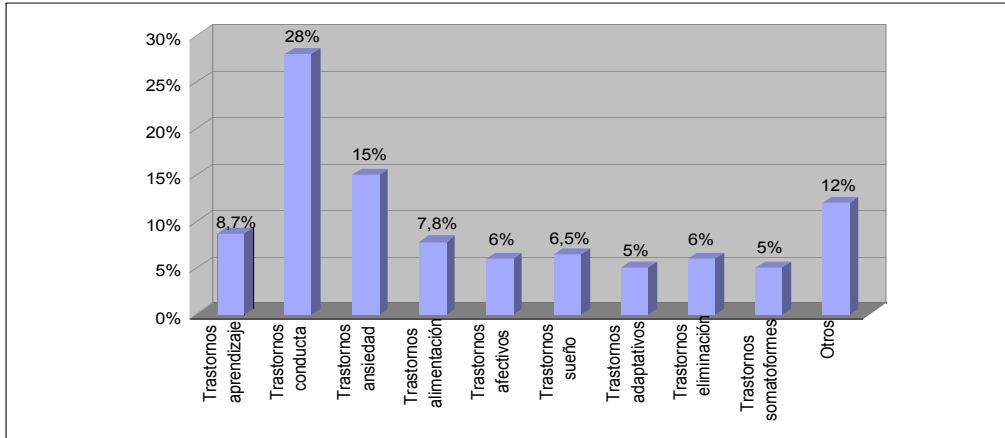
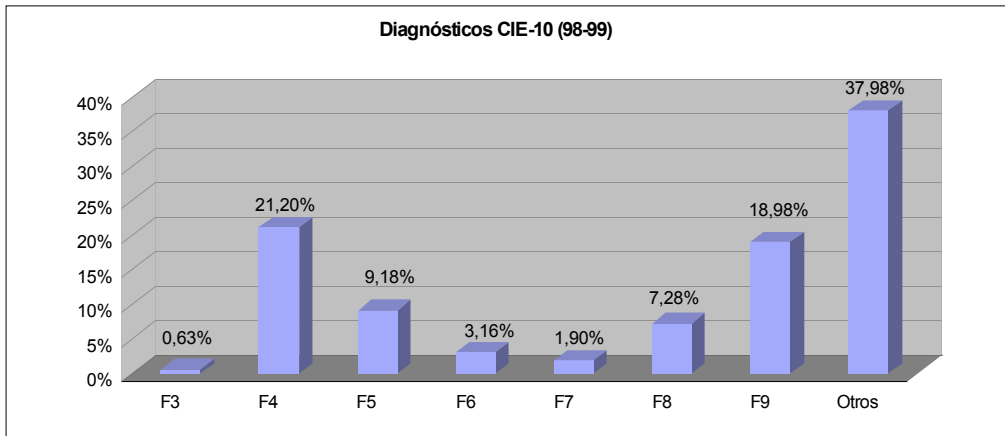


Tabla VII.- Diagnósticos CIE-10 primeras visitas USMIJ Teruel (Área IV). Años 98/99

F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	Otros
0,63	21,20	9,18	3,16	1,90	7,28	18,98	37,98



F3: Trastornos del humor (afectivos).

F4: Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

F5: Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

F6: Trastornos de personalidad y del comportamiento.

F7: Retraso mental.

F8: Trastornos del desarrollo psicológico.

F9: Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo en la infancia y la adolescencia



Tabla VIII.- Datos asistenciales del Área II:

Población: 71.658

	Año 1.998	Año 1.999
Nº Primeras consultas	545	608
Nº Revisiones	4.808	5.141
Nº Primeras consultas preferentes	97	101
Nº Primeras consultas urgentes	12	15
Relación primeras consultas/revisiones	1/9	1/9
Relación primeras consultas/población	1/131	1/118
Relación urgentes o preferentes/primeras consultas	1/5	1/5
Porcentaje de la población infanto-juvenil remitida	0,8	0,8

Tabla IX.- Datos asistenciales del Área III:

Población: 57.301

	Año 1.998	Año 1.999
Nº Primeras consultas	396	483
Nº Revisiones	3.450	4.956
Relación primeras consultas/revisiones	1/9	1/10
Relación primeras consultas/población	1/144	1/118
Porcentaje de la población infanto-juvenil remitida	0,7	0,8
Pacientes ingresados en psiquiatría	22	32
Pacientes ingresados en pediatría (hasta 14 años)	12	10
Interconsultas	41	31

Tabla X.- Datos asistenciales del Área IV:

Población 24.485

	Año 1.998	Año 1.999
Nº Primeras consultas	259	188
Nº Revisiones	2.827	2.630
Nº Primeras consultas preferentes	10	12
Nº Primeras consultas urgentes	0	0
Relación primeras consultas/revisiones	1/11	1/14
Relación primeras consultas/población	1/94,5	1/130
Relación preferentes/ primeras consultas	1/26	1/16
Porcentaje de la población infanto-juvenil remitida	1,1	0,8

Tabla XI.- Datos asistenciales del Área V:

Población 31.147

	Año 1.998	Año 1.999
Nº Primeras consultas	389	383
Nº Revisiones	4.720	4.285
Nº Primeras consultas preferentes	71	38
Nº Primeras consultas urgentes	14	16
Relación primeras consultas/revisiones	1/12	1/11
Relación primeras consultas/población	1/80	1/81
Relación urgentes o preferentes/ primeras consultas	1/4,5	1/7
Porcentaje de la población infanto-juvenil remitida	1,2	1,2

## 5.2 Los dispositivos de Salud Mental Infanto-Juvenil en la Comunidad de Aragón

### 5.2.1. Evolución de la Asistencia en Salud Mental Infanto-Juvenil en Aragón

<b>AÑO</b>	<b>INSTITUCIÓN</b>	<b>DISPOSITIVO</b>
1.962	PNAP/AISNA	Hospital Psiquiátrico "El Pinar". Teruel
1.962	PNAP/AISNA	Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica (Zaragoza, Teruel, Huesca)
1.967	Universidad	Consulta de Psiquiatría Infantil en el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina
1.975	Concierto Universidad/ Seguridad Social	Sección de Psiquiatría Infantil en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Clínico
1.982	Diputación General de Aragón	Asume por transferencia el Centro D.O.T. de Zaragoza
1.984	Desaparece	El Centro D.O.T. de Huesca y la patología infanto-juvenil es derivada al Hospital Clínico de Zaragoza o a otras Comunidades

(Desde el año 84 las Diputaciones Provinciales de Zaragoza, Huesca y Teruel comienzan a remodelar sus servicios de atención a la infancia con diferentes resultados).

1985	D.G.A.	Es transferido el Hospital Psiquiátrico Infantil "El Pinar"
1987	INSALUD (Área III)	Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico

<b>AÑO</b>	<b>INSTITUCIÓN</b>	<b>DISPOSITIVO</b>
1988	D.G.A. (Área V)	Se crea la USMIJ "Actur" en el Centro de Salud Comunitario "Actur"
1991	INSALUD (Área II)	Se crea la USMIJ "Fernando El Católico"
1991	D.G.A.	Descatalogación del Hospital Psiquiátrico "El Pinar", se transforma en centro asistencial
1999	D.G.A.	Unidad de T.C.A. en el Hospital Royo Villanova.
	INSALUD	Asignación de 4 camas pediátricas (escolares) en el Hospital Clínico para la Unidad de Psiquiatría Infantil
2000	INSALUD	Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (4 camas) para adolescentes en el Hospital Clínico
	INSALUD	Hospital de Día para adolescentes en el Hospital Clínico: Programa de T.C.A.
2002	SALUD	Se crea una Unidad USMIJ en Huesca.

Nota: Recordamos la labor asistencial realizada en Infancia por Juntas de Protección y Tribunal de Menores, Diputaciones Provinciales, M.E.C., Inersro, etc. en años pasados.

## 5.2.2. Situación Asistencial actual en Salud Mental Infanto-Juvenil por Áreas Sanitarias.

Área I. Huesca      1 USMIJ creada en junio de 2002. SALUD

Área II. Zaragoza    1 USMIJ. SALUD.

Área III. Zaragoza    Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario. SALUD.

Recientemente dispone de Unidad de hospitalización para adolescentes y de un Hospital de Día también para adolescentes.

También dispone de camas pediátricas para hospitalización desde la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Área IV. Teruel      1 USMIJ. SALUD.

Área V. Zaragoza    1 USMIJ. SALUD.

**Nota:** Estos dispositivos aún no cuentan con Equipos completos.

### 5.2.3. Propuesta de desarrollo de la red de S.M.I.J. para Aragón

Ante el escaso desarrollo de la red asistencial en el ámbito Infanto-Juvenil, debemos hacer algunas propuestas de ampliación y reestructuración de ésta urgiendo a la Administración de la Comunidad para que lleve a cabo actuaciones inmediatas a fin de garantizar unos mínimos asistenciales en los servicios y una cobertura equitativa en salud mental para el conjunto de la población infanto-juvenil de Aragón.

Entendemos que deberá existir en esta actuación un proceso de priorización por razones de equidad y economía, siendo nuestra propuesta la siguiente:

#### a) En 2001

Área I Huesca	Creación de 1 USMIJ completa.
Área II Zaragoza	Completar la USMIJ existente. Creación de 1 USMIJ completa para equilibrar el exceso poblacional que la actual tiene asignada.
Áreas III y V Zaragoza	Completar las 2 USMIJ existentes Ampliar la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de adolescentes del Hospital Clínico de Zaragoza, convirtiéndose en centro de hospitalización para toda la Comunidad Autónoma. Creación de un Centro de Día para Zaragoza.
Área IV Teruel	Completar la USMIJ existente Creación de una USMIJ completa en Alcañiz

La difícil orografía de Teruel y Huesca consideramos es un factor a tener en cuenta en la asignación de recursos. Al no existir suficiente población para la creación de un Centro de Día en estas localidades, proponemos se compense esa desventaja ampliando las plantillas de las USMIJ en dos profesionales que cubran la problemática psicosocial de su área geográfica.

**b) Del 2001 al 2003**

Área I Huesca	1 USMIJ completa en Barbastro
Áreas II, III, V	2 USMIJ (en zonas menos cubiertas) Creación de un Centro de Día en Zaragoza, ubicado en área adecuada.

**Nota:** En el Centro de Día podría contemplarse la ampliación o realización de programas en conjunción con Servicios Sociales y Servicios Educativos.

## **PROPUESTA**

Dotación presupuestaria inmediata para la ampliación de los recursos asistenciales actuales en Salud Mental Infanto-Juvenil y el mantenimiento de la misma hasta completar una red que asegure la accesibilidad de este servicio público a toda la población infanto-juvenil aragonesa.



## **CAPÍTULO 6.-**

### **LA ASISTENCIA EN SALUD MENTAL**

#### **INFANTO-JUVENIL**

##### **ESQUEMA**

- 6.1. Objetivos de la actividad asistencial
- 6.2. Recursos para la prestación de asistencia
  - 6.2.1. Recursos humanos
  - 6.2.2. Recursos materiales
- 6.3. Las necesidades de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- 6.4. Prestaciones asistenciales. La oferta de servicios
  - 6.4.1. Modalidades de intervención
  - 6.4.2. Intervenciones terapéuticas priorizadas
    - 6.4.2.1. Criterios de priorización
    - 6.4.2.2. Perfiles de demanda destacados
    - 6.4.2.3. Intervenciones terapéuticas programadas



## **CAPÍTULO 6.-**

### **LA ASISTENCIA EN SALUD MENTAL**

#### **INFANTO-JUVENIL**

**Objetivo:** *Definir prestaciones básicas en Salud Mental Infanto-Juvenil para dar respuesta a las necesidades más prioritarias de la población.*

La asistencia pública en salud mental debe llegar al mayor número de usuarios y con la mayor calidad posible en coherencia con el planteamiento de acercar al máximo de ciudadanos las prestaciones básicas de salud que el sistema sanitario público se compromete a facilitar según el principio de equidad.

La Red Asistencial de Salud Mental Infanto-Juvenil (servicio público) tiene como finalidad proporcionar, en el marco de una población determinada y para ella, promoción y prevención de la salud mental y una asistencia y rehabilitación, compatibles con criterios de calidad.

Recordamos que existe a nivel mundial un gran aumento de la morbilidad psiquiátrica (OMS) que está incrementando la presión asistencial sobre los servicios; situación que se acusa, ya que los recursos crecen muy por debajo de las necesidades en salud mental

Será necesario ajustar la oferta de prestaciones a la demanda que llega a los servicios, establecer priorizaciones para aquellas prestaciones garantizando las básicas y atender con preferencia los casos de mayor gravedad. Todo ello es lo que se pretende conseguir en Salud Mental Infanto-Juvenil al delimitar la cartera de servicios de los dispositivos asistenciales.

## **6.1 Objetivos de la actividad asistencial**

- Dar atención a las necesidades en salud mental de la población infanto-juvenil del modo más eficaz e inmediato posible; y no sólo a las de la población demandante sino también a aquéllas potencialmente graves (grupos de riesgo) de la población que no demanda.
- Facilitar una respuesta asistencial integral e integrada. Esto requiere definir programas asistenciales idóneos y adecuados que posteriormente habrán de ser evaluados de acuerdo con sus resultados.
- Mantener una verdadera continuidad de cuidados en lo asistencial. Ello exige que se delimiten las prestaciones asistenciales de los servicios y que exista una coordinación eficaz entre ellos.
- Fomentar la integración funcional de las Unidades de Salud Mental con otros servicios de la infancia-juventud y en ese contexto proponer el desarrollo de recursos de nueva creación.

## **6.2 Recursos necesarios para la prestación de asistencia en Salud Mental Infanto-Juvenil**

El desarrollo de la actividad asistencial en Salud Mental Infanto-Juvenil precisa de unos recursos humanos y materiales (de espacio e instrumentación diagnóstica y terapéutica) específicos, que se adecúen en todo momento a la personalidad infantil y del adolescente, respetando su derecho a ser tratado de modo específico y diferenciado respecto del adulto (Derechos de la Infancia: ONU, Parlamento Español).

### **6.2.1 Recursos Humanos:**

El Equipo asistencial integrado en un trabajo multidisciplinar, comprometido en la consecución de objetivos terapéuticos compartidos y actuando en una línea de enfoque comunitario.

En esta concepción, el Equipo sanitario debería conformarse, en sus distintos roles, por especialistas en el ámbito de la infancia y juventud. Todos ellos deben ser complementarios en la atención integral del paciente.

## 6.2.2 Recursos Materiales:

Espacios y locales: Cada Unidad debe disponer de lugares adecuados (dimensiones, estética, etc.) ubicados fuera de los espacios sanitarios de adultos y suficientes en número para que cada profesional pueda desarrollar sus actividades individuales, más otros espacios grupales (reuniones, salas de terapia familiar, sala para juego exploratorio, etc.) y una sala de espera amplia y separada de las de adultos.

Materiales: Diversos, abundantes y de fácil reposición, de exploración psicométrica y proyectivos, de observación y audiovisuales, de desarrollo psicomotor y relajación, de oficina y equipamiento informático, juguetes, etc.

## 6.3 Las necesidades de salud mental

Las necesidades de salud mental de la población infanto-juvenil son aquellos problemas o trastornos que cumplen unos determinados criterios de gravedad (diferenciándolas de otros malestares vitales) y que precisan de cuidados. Estas pueden aparecer en forma de demanda expresa o no hacerlo en algunos sectores poblacionales (caso de grupos de riesgo).

Entendemos por demanda aquellas peticiones de quienes tienen necesidades, de sus familiares o de agentes de su entorno social.

Es necesario distinguir entre necesidades latentes y necesidades percibidas señalando que el que la percepción de una necesidad pueda convertirse o no en demanda, depende de una serie de factores, entre ellos de la propia oferta asistencial y de la accesibilidad a los servicios.

La oferta asistencial de los Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil (cartera) debe dar cobertura a las necesidades básicas de salud mental de esta población, sean éstas expresadas en demanda o no.

## 6.4 Prestaciones asistenciales. La oferta de servicios

La oferta asistencial se concreta y perfila en el catálogo/cartera de servicios. Su objetivo es hacer accesible dichos servicios al máximo de usuarios. En su realización estarán implicados todos los profesionales del equipo asistencial.

La cartera de servicios tendrá en el ámbito infanto-juvenil un carácter flexible en función de los cambios de necesidades que se aprecien en esta población, por sí misma susceptible de experimentar cambios evolutivos o ser muy sensible a los cambios socioambientales.

En la realización de la oferta de servicios deberán estar implicados todos los componentes del equipo asistencial. Es importante que esté bien delimitada, definida y diferenciada de la de los servicios educativos y sociales, sin perjuicio de que pudieran establecerse programas transversales de realización conjunta.

### **6.4.1 Modalidades de intervención**

Definimos las prestaciones asistenciales recogidas en una cartera de servicios como aquellas modalidades de intervención disponibles, con posibilidades de utilización concreta, dirigidas a atender las necesidades de salud mental de la población referida. Son de varios tipos:

#### **A.- Asistenciales (atención ambulatoria y hospitalaria)**

- 1.- Acogida. Este proceso (recogido en otro apartado) incorpora de manera explícita o no elementos de priorización de la demanda. Tal establecimiento de prioridades puede variar de equipo a equipo, dependiendo de sus circunstancias.
- 2.- Diagnóstico y Tratamiento Generales. En algunos casos estos procesos se pueden separar muy pronto, pero en general la práctica más habitual (en Europa al menos) es aceptar que ambos están entrelazados, aunque el primero predomine en el inicio. Podríamos citar las siguientes actuaciones:
  - a) Consultas terapéuticas o psicoeducativas, siempre con la madre o tutor del niño. Generalmente un número limitado de sesiones.
  - b) Seguimientos diagnóstico-terapéuticos y psicoeducativos más largos. Varios abordajes terapéuticos y diagnósticos se pueden insertar en las sesiones.
  - c) Terapia individual, con énfasis en técnicas de juego, dibujo, etc. en niños y preadolescentes.
  - d) Sesiones de orientación y apoyo a los padres. Algunas veces pueden adquirir un carácter claramente terapéutico.

- e) Terapia familiar formal, frecuentemente de matiz sistémico (incorporando abordajes estructurales y estratégicos) o psicodinámico.
- f) Terapias conductistas y cognitivas.
- g) Farmacoterapias y otros tratamientos biológicos. Por varias razones, hay que tener cuidado con estos abordajes, que raramente deben ser el foco del tratamiento a largo plazo y que se utilizaran siguiendo rigurosos criterios científicos.
- h) Sesiones específicas para profundización diagnóstica con tests.
- i) Visitas de asesoramiento fuera del lugar de trabajo, limitadas al ámbito clínico.
- j) Supervisiones individuales o de grupo, dentro del equipo u organizadas a través de expertos externos.
- k) Terapias grupales, por ejemplo de apoyo y educación a madres, las llamadas sesiones de "entrenamiento en habilidades sociales" en adolescentes, etc.
- l) Sesiones de información a familiares y pacientes sobre recursos sociales (asociaciones de pacientes, derechos y beneficios, etc.)

### **B.- De Interconsulta**

- a) Consultas individuales y a grupos. Se ve al profesional que ha derivado el caso y que sigue siendo el responsable de su gestión. Se puede realizar en grupo cuando hay varias fuentes de demanda.
- b) Reuniones de coordinación entre profesionales de distintas estructuras sanitarias y socio-sanitarias.
- c) Interconsulta hospitalaria. El Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil deberá hacerse cargo de aquellos casos a los que se pide su colaboración desde otros servicios hospitalarios.

### **C.- De Información y Consulta Institucional**

- a) A través de dispositivos permanentes de colaboración con otras organizaciones, para:
  - Desarrollo de protocolos para cuestiones de protección de niños, en general o específicos, como escuelas, poblaciones especiales como minusválidos, etc.

- Declaraciones expertas sobre un tema específico.
- Resolución de problemas debido a solapamiento de servicios.
- Planificación y verificación en el desarrollo y prácticas de servicios, incluidas las auditorías.

b) Como clínica o profesional individual.

#### **D.- Formativas**

Éstas se abordan más ampliamente en otro capítulo, pero en general haremos mención de dos principales:

- a) Formación de profesionales, psiquiatras, psicólogos, enfermeros, etc. a través de métodos formales y a través del aprendizaje supervisado y la estructuración de una experiencia ecléctica y amplia.
- b) Formación continuada de aquellos profesionales ya en el servicio.

#### **E.- Administrativas**

a) Clínica y de Equipo:

- Reuniones de Equipo para distribuir casos, supervisarlos o discutir sobre cuestiones que afecten al desarrollo del equipo.
- Sesiones de auditoría asistencial intra y entre equipos.
- Redacción de cartas, informes, actividad telefónica, etc.

b) General:

Participación en las actividades y requerimientos de las unidades administrativas a las que las Unidades pertenezcan.

**Nota.-** Este catálogo de servicios se aplicará con criterios de prioridad y a su vez será modulable en función de las cargas de trabajo de las unidades asistenciales.



## 6.4.2 Intervenciones terapéuticas priorizadas

### 6.4.2.1. Criterios de priorización

Se recomienda utilizar los siguientes, aunque de modo no excluyente:

- Factores clínicos: Gravedad diagnóstica, tiempo de evolución, comorbilidad con otras patologías, etc.
- Factores psicosociales: Situaciones de riesgo. Grupos que requieren especial apoyo por su disfunción social, carencias educacionales, limitado contacto con los servicios asistenciales, etc.
- Grado de incapacidad o desadaptación producido por la enfermedad.
- Grado de sufrimiento o impacto individual, familiar o social que genera.
- Características de la demanda: Magnitud del problema, rentabilidad posible en términos de efectividad.
- En el contexto infanto-juvenil, también es recomendable priorizar las intervenciones tempranas.

### 6.4.2.2. Perfiles de demanda destacados

Nos referimos a los perfiles de demanda más susceptibles de ser atendidos en un nivel especializado en Salud Mental Infanto-Juvenil. El desarrollo de estos proyectos puede ser útil, dada la evidencia que tenemos de su incidencia y de las consecuencias que tienen al llegar a la edad adulta.

Tendrán lugar dentro del contexto de la actividad clínica general y en función de los recursos de la Unidad de Salud Mental, siendo establecidos de forma flexible en función del análisis de la demanda.

Serían perfiles de demanda destacados aquellos para los que, con recursos adecuados, se pueden diseñar intervenciones específicas:

**Conductas autodestructivas, suicidio y parasuicidio:** Indicativos de un gran sufrimiento emocional que requiere una intervención inmediata y especializada. En interconsulta con los hospitales y estableciendo una vigilancia exhaustiva desde el nivel ambulatorio.

**Trastornos de la conducta alimentaria:** Debido a la evidencia de que muchas anorexias-bulimias graves han empezado en la adolescencia o preadolescencia. Realización de programas de prevención primaria, intervención primaria y, tras el paso por los programas anteriores, intervención especializada.

**Trastornos disociales:** Aquellos que suponen una transgresión grave a las normas sociales por parte de los menores y que desembocan en delincuencia juvenil. En colaboración con Centros Educativos, Servicios Sociales y Judiciales.

**Trastornos generalizados del desarrollo:** Debido a la gravedad de diagnóstico y el deterioro asociado. Incidir en la detección temprana y la canalización de las ayudas al niño y a los padres, tanto en el aspecto terapéutico como de los recursos comunitarios existentes.

**Psicosis y primeros episodios de esquizofrenia:** Insistir en la detección precoz y el seguimiento a largo plazo. Además, tener en cuenta el trabajo psicoeducativo con la familia.

**Riesgos sociofamiliares:** Incluye duelos sin apoyo, niños con enfermedades crónicas, hijos de padres con enfermedades mentales, niños en situación de desprotección, víctimas de abusos físicos o sexuales, poblaciones inmigrantes, rupturas familiares por separación o divorcio y otros. El trabajo se realizaría en relación con otros Servicios de Apoyo y Protección a la Infancia.

**Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia:** En concreto, el Trastorno Obsesivo Compulsivo de inicio en la infancia, cuya frecuencia no es despreciable, y que puede ser indicativo de problemáticas de esta índole en momento evolutivos posteriores.

### **6.4.2.3. Intervenciones terapéuticas programadas**

Se trata de programas orientados a un determinado grupo de pacientes previamente identificados y que comparten una problemática similar en términos poblacionales y epidemiológicos. Se establecen como programas prioritarios de atención terapéutica si se ajustan a los anteriores criterios señalados para ello.

## PROPUESTAS

Para mejorar la calidad asistencial en la red de servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil, destacamos algunas de las recomendaciones que se recogen en la revista de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría, en su Cuaderno nº 4 (año 2000):

- Identificar lo mejor posible las necesidades de la población infanto-juvenil, tanto la que se refiere a la demanda de utilización de servicios como de potenciales necesidades ocultas (grupos de riesgo).
- Facilitar la accesibilidad, disponibilidad y aceptabilidad del paciente en el servicio, buscando el consenso pero también su compromiso terapéutico.
- Organizar y priorizar recursos y actividades asistenciales para que se atiendan lo más adecuadamente posible aquellas necesidades, estableciendo criterios consensuados de proporcionalidad y atención a los casos que más lo necesiten.
- Gestionar correctamente los tiempos asistenciales.
- Avanzar en la definición de prestaciones asistenciales básicas a desarrollar en programas terapéuticos diseñados a tal efecto.
- Procurar la continuidad de cuidados y evaluar periódicamente la calidad asistencial.



## **CAPÍTULO 7.-**

### **EVALUACIÓN Y ESTRATEGIAS DE MEJORA**

#### **ESQUEMA**

**7.1 Concepto**

**7.2 Requisitos de Evaluación en Salud Mental**

**7.3 Indicadores de Evaluación**

**7.3.1 Indicadores cuantitativos**

**7.3.2 Indicadores cualitativos**



## CAPÍTULO 7.-

### EVALUACIÓN Y ESTRATEGIAS DE MEJORA

**Objetivo:** *Insistir en la necesidad de desarrollar la evaluación de los Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil, en tanto que ésta pretende en sí misma la mejora asistencial y reconoce el lugar destacado e imprescindible que la evaluación ocupa en todo proceso de planificación sanitaria.*

#### 7.1 Concepto

La necesidad de que se desarrollen políticas de calidad en las organizaciones y de que se tenga una estrategia de mejora continua de la calidad debe ser una exigencia también con respecto a los Servicios de Salud Mental comunitarios . Esta estrategia en los Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil ha de estar basada al igual que la de otros servicios en la evidencia (pruebas) y en principios éticos. Los Servicios de Salud Mental deben ofrecer una atención de calidad que se caracterice por:

- Ser ajustada al cliente
- Que responda a una necesidad.

Intentando alcanzar tres objetivos:

- Calidad de la atención (satisfacción del usuario).
- Calidad asistencial (calidad técnica y satisfacción de los profesionales).
- Calidad de diseño (adecuación y eficacia de las actividades y programas desarrollados).

Evaluar un servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil supone medir su capacidad para llevar a cabo las tareas que se le han asignado. La evaluación es un juicio sobre una actividad en cuanto al grado de alcance de un objetivo previamente establecido,

valorando los recursos utilizados y comparándola con otra actividad ideal o de objetivos similares.

La evaluación es un medio para mejorar la asistencia que no puede concebirse aislada, sino ligada al proceso de planificación.

Evaluación y Planificación en Salud Mental Infanto-Juvenil han de contemplarse como dos conceptos clave para mejorar la calidad asistencial:

- Dos actividades paralelas dentro de un proceso circular que se desarrolla en el tiempo.
- Dos actividades indispensables para todo proceso de cambio que intente innovar para mejorar.

## 7.2 Requisitos de Evaluación en Salud Mental

La **evaluación en salud mental implica:**

- a) La existencia de unos objetivos explícitos que tienen que ver con los valores que persigue el sistema, el Plan de Salud Mental previamente establecido y la definición de las tareas.
- b) La existencia de instrumentos operativos y metodología para recoger, reglar y ordenar la información: En este sentido los Registros de Casos (Registros Acumulativos de Casos Psiquiátricos o RACPs) son elementos indispensables. En nuestra Comunidad todos los Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil usan algún sistema de recogida de información. Sería preciso unificar los diversos registros de usuarios de salud mental a fin de poder obtener datos globales que apoyen la toma de decisiones, no sólo de los profesionales respecto a su propia práctica asistencial, sino también de los gestores de los Servicios de Salud Mental de la Comunidad. Actualmente los RACPs (Registros Acumulativos de Casos Psiquiátricos) tienden a implantarse en diversas Comunidades por ser sistemas flexibles y adaptables a las cambiantes necesidades de información que se requieren para los fines de planificación, evaluación, investigación y gestión.

Este sistema de información longitudinal centrado en los usuarios, contemplando un conjunto de servicios diversos territorializados permite obtener datos detallados y de calidad en un marco de referencia. Es un instrumento de análisis



para los procesos de cambio, de apoyo para la toma de decisiones, de conocimiento de la población atendida, de análisis de la actividad asistencial, de investigación para el desarrollo y un elemento de coordinación. Responde a fines administrativos, de gestión y costes asistenciales.

- c) Unos instrumentos de medida adecuados a cada nivel, incluyendo las auditorías externas
- d) La calidad de las medidas elegidas: Que sean científicas (practicabilidad, objetividad, sensibilidad, fiabilidad...) y que recojan la complejidad, multidisciplinariedad y multidimensionalidad en la Salud Mental Infanto-Juvenil, combinando indicadores clínicos y sociales.
- e) Comparabilidad de las medidas: Con contextualización de la evaluación que tiene que ver con contextos reales de población y recursos.
- f) El que sirva de base para afrontar nuevas decisiones y orientar las estrategias futuras.
- g) Su finalidad es mejorar la calidad aprendiendo de la reflexión sobre los procesos y mejorando las formas de trabajo. En ese sentido es importante señalar que la consecución de dichos objetivos es inviable sin el desarrollo de fórmulas de participación de los profesionales asistenciales en las decisiones de gestión (juntas, comisiones, etc.) que cumplen también la función de grupos de calidad.

**La evaluación debe responder a las siguientes preguntas ya clásicas de la evaluación de Servicios de Salud Mental formuladas por Wing:**

- 1- ¿Cuántas personas acuden al servicio? ¿En qué forma y durante cuánto tiempo?
- 2- ¿Qué necesidades de asistencia plantean? ¿Cuáles sus familias? ¿Qué síntomas tienen, qué grado de discapacidad les producen y qué repercusiones tienen sobre los convivientes?
- 3- ¿Satisface el servicio tal y como funciona en la actualidad esas necesidades?
- 4- ¿Cuántas personas que no acuden tienen también necesidades de salud mental y cuáles son?
- 5- ¿Cuántos nuevos servicios o qué modificaciones al existente se precisan para cubrir las necesidades no satisfechas?
- 6- ¿Si se crea o modifica los servicios quedarían satisfechas todas las necesidades?

**En resumen:** la evaluación tiene un carácter de juicio, acumulativo o sumativo (base para la toma de decisiones, mejora de calidad), operativo (las medidas, indicadores, estándares, índices son instrumentos que permiten traducir unos objetivos), continuado, formativo, multidisciplinar y de consenso, dentro de un modelo contextualizado, integrado e integral, multiaxial.

Los agentes de evaluación deben ser: Los profesionales, usuarios y familiares, planificadores y gestores.

La evaluación será realizada en función de los objetivos que el equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil se haya propuesto alcanzar analizando el grado de correspondencia entre ambos. La Tabla I podría resumir la actividad de evaluación.

**Tabla I.- Actividad de evaluación:**

TIPO DE ACTIVIDAD A EVALUAR	PARÁMETROS	INDICADORES
ACTIVIDAD ASISTENCIAL AMBULATORIA	Pacientes	Incidencia Prevalencia Comorbilidad
	Consultas	Frecuencia según: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de consulta</li> <li>• Profesional</li> <li>• Lugar de consulta</li> <li>• Otras variables</li> </ul>
Integración de Servicios	Pacientes-Consultas	Primeras/Revisiones Frecuencia
	Vías de acceso Derivación	Flujos
Actividad no asistencial	Se evalúa según objetivos, actuaciones y/o actividades	Memoria anual

## 7.3 Indicadores de Evaluación

Los indicadores son de dos tipos:

### 7.3.1. Indicadores Cuantitativos:

1- Indicadores de Actividad: miden la cantidad de intervenciones que lleva a cabo el dispositivo de Salud Mental Infanto-Juvenil que atiende a una población determinada geográficamente.

- 1.1. N° total de pacientes vistos por unidad de tiempo (p.e. 1 mes):  
n° de primeras consultas o nuevos, n° de revisiones.
- 1.2. N° total de contactos (revisiones) que estos pacientes generan.
- 1.3. N° de pacientes por categoría diagnóstica, registro de morbilidad psiquiátrica en la zona.
- 1.4. N° de altas.
- 1.5. N° de personas ingresadas por trastorno mental.
- 1.6. N° de interconsultas.
- 1.7. N° de visitas domiciliarias.
- 1.8. N° de actividades de educación para la salud mental.
- 1.9. N° y tipo de intervenciones en la comunidad.
- 1.10. Modalidad de atención prestada a cada caso.
- 1.11. Tipo de atención y profesional que la presta.

2.- Indicadores de Funcionamiento: Miden el tipo de intervenciones y la forma en que se producen.

- 2.1. Tiempo en lista de espera antes del primer contacto.
- 2.2. N° de abandonos expresados por diagnóstico.
- 2.3. N° de citas preferentes por diagnóstico.
- 2.4. N° de retornos por diagnóstico.
- 2.5. N° de pacientes con contactos ininterrumpidos durante períodos de tiempo mayores de 6 meses, de 1 año y de 5 años.

Para la comparabilidad de los datos recogidos entre las distintas áreas se proponen las siguientes definiciones que permitan unificar criterios:

**1ª Consulta:** Primera vez que una persona es atendida en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil por un profesional de Salud Mental que incluye el inicio de un proceso de evaluación y la apertura de la historia clínica.

**Revisión:** Todas aquellas visitas sucesivas a la primera, propuestas o generadas por el profesional, programa o proyecto terapéutico establecido en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Engloba todos los demás contactos que el paciente establece con la unidad.

**Retorno:**

- Todo contacto con la unidad cuando haya transcurrido un mínimo de 6 meses desde el contacto anterior.
- Todo nuevo contacto por una patología distinta.
- Todo contacto antes de 6 meses del anterior cuando dicho contacto es posterior a una derivación sin seguimiento.

Todo retorno es el inicio de un nuevo episodio (misma o distinta patología) pero lleva parejo la existencia de una 1ª consulta y una finalización previas.

**Alta:** Realizada a instancias del profesional o asumida por él por:

- Fin de tratamiento: mejoría o curación.
- Derivación o traslado.
- Voluntaria: decidida por el paciente de forma unipersonal.
- Fallecimiento: indicando la causa (suicidio...).

El alta se registra siempre en la Historia Clínica junto con su modalidad. Se acompañará siempre de informe para el paciente, médico de atención primaria y para la historia clínica.

**Abandono:** La salida es a iniciativa del paciente. A diferencia con el alta voluntaria no notifica su intención de abandonar, ni avisa ni disculpa su ausencia a la cita. Se distinguirá entre abandonos dentro de las primeras cinco entrevistas o contactos o

después de la quinta entrevista. Para que se produzca un abandono se considera deben transcurrir seis meses desde el último contacto.

**Procedencia o remitente:** Institución o profesionales que envían al paciente a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

**Derivación:**

- Sin seguimiento: Desde la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil a otro dispositivo o institución. Un contacto posterior con la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil debe notificarse como retorno.
- Con seguimiento: Pacientes derivados a otros dispositivos en los que el equipo mantiene el contacto y participa en los cuidados durante el período en que el paciente es atendido en el dispositivo al que se deriva. La vuelta del paciente se notifica como un contacto más.

**Lista de espera:**

1. N° de usuarios en lista de espera: N° de usuarios en espera de ser asignados a tratamiento el último día del período informado.
2. N° de días en lista de espera: N° de días transcurridos del usuario que más tiempo lleva esperando su asignación a un tratamiento en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil el último día del período informado. Se recomienda que no supere los quince días.

**Profesional responsable:** En el caso de que el paciente siga un proceso terapéutico que implique a varios profesionales siempre se nombrará uno de ellos como gestor del caso, responsable del tratamiento y será el que firmará el alta del paciente.

### **7.3.2. Indicadores Cualitativos:**

Miden los resultados del proceso.

1. Indicadores basados en el análisis de resultados: Miden el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos previamente a una intervención o programa terapéutico.

2. Indicadores de satisfacción: Miden el grado de aceptación de la atención recibida, la apreciación subjetiva por la población atendida y sus familiares y la satisfacción del propio equipo de profesionales.
  - Accesibilidad geográfica y burocrática.
  - Disponibilidad de los profesionales.
  - Expectativas de usuarios y familiares.
3. Indicadores de calidad de vida: Miden el grado de repercusión de las intervenciones realizadas en la vida del paciente, la situación global del mismo. Hace referencia a la utilidad subjetiva percibida por el sujeto y su familia de la intervención recibida.

## PROPUESTAS

La elección de uno u otro sistema de información para la evaluación ha de ser una medida bien pensada que tenga en cuenta los requisitos y medios que el sistema precisa para ser implantados. Necesitamos sistemas de información que respondan a las necesidades organizativas y asistenciales que se tienen (no se trata de almacenar datos sino de darles utilidad). Dicho esto por nuestra parte nos parece lógico recomendar, dado el actual desarrollo de la informática, implantar a corto plazo un Registro Acumulativo de Casos informatizado para todas las Unidades y dispositivos de Salud Mental Infanto-Juvenil de la Comunidad Autónoma de Aragón. Advertimos que el garantizar la fiabilidad de la información recogida por un programa de este tipo y que cumpla su misión de mejorar el servicio consume tiempo y recursos, por lo que solamente se ve cumplida si va acompañada de la asignación presupuestaria correspondiente.

Se recomienda cumplimentar un registro diario unificado (en papel e informático) de la actividad asistencial por cada profesional.

Se recomienda el empleo de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento, CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (1992) para unificar criterios diagnósticos a la hora de clasificar las categorías diagnósticas en Salud Mental Infanto-Juvenil con un lenguaje común para toda la comunidad autónoma.

Realizar una memoria anual por cada Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil que recoja los indicadores de actividad, funcionamiento, de análisis de resultados, satisfacción y calidad de vida.

Dada la necesidad de adaptar a cada situación la metodología y los procedimientos para la evaluación y mejora de la calidad, se propone la creación de un grupo de trabajo que analice las circunstancias concretas de Aragón y, en función de ello, proponga un proyecto a debatir con los implicados en su consecución (tanto en el nivel asistencial como en el gestor).





## **CAPÍTULO 8.-**

### **FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN**

#### **ESQUEMA**

- 8.1 Formación Continuada**
  - 8.1.1 Sesiones clínicas
  - 8.1.2 Biblioteca y Hemeroteca
  - 8.1.3 Cursos, congresos, jornadas, seminarios, simposio
  - 8.1.4 Supervisión
  - 8.1.5 Talleres abiertos
- 8.2 Docencia**
  - 8.2.1 Pregrado
  - 8.2.2 Postgrado
  - 8.2.3 MIR, PIR, Enfermería en salud mental
  - 8.2.4 Cursos, congresos, jornadas, seminarios, simposio
  - 8.2.5 Docencia dirigida a otros profesionales implicados en la asistencia a los niños y adolescentes
- 8.3 Investigación**
  - 8.3.1 Epidemiología, clínica



## CAPÍTULO 8.-

### FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

**Objetivo:** Destacar el valor intrínseco de las tareas de Formación, Docencia e Investigación para el mantenimiento de la calidad asistencial y para la innovación permanente de las estrategias de salud.

Sin una adecuada formación continuada de los profesionales de la Salud Mental Infanto-Juvenil, sin actividades programadas de docencia e investigación no se puede alcanzar la calidad asistencial deseada.

Es por ello que desde la administración se debe facilitar y apoyar decididamente la formación continuada, docencia e investigación como una parte más de la actividad profesional que redundará en la mejora de las demás funciones a desempeñar por cada profesional del equipo de una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil y los demás profesionales implicados en la red de asistencia (pediatras, médicos de familia, pedagogos, servicios sociales...)

Se expone en este apartado un esquema ideal que debería implantarse de forma escalonada y supeditada a las necesidades asistenciales.

#### 8.1 Formación Continuada

Potenciar la formación continuada de los profesionales de la Salud Mental Infanto-Juvenil es uno de los objetivos "orientados al conocimiento" del Plan de Salud Mental de Aragón. Consideramos que la formación continuada potencia los recursos humanos integrados en el equipo de trabajo clínico y que esta formación debe ser compartida entre los diferentes profesionales para aprovechar la riqueza que supone la diversidad de disciplinas, formaciones, concepciones teóricas y experiencias en un clima de respeto y coexistencia.

Los espacios de formación propuestos son los siguientes:

### **8.1.1. Sesiones Clínicas:**

Incluye las sesiones generales programadas por la red de salud mental cuando haya temas de interés común y otras específicas para los profesionales de Salud Mental Infanto-Juvenil con el calendario prefijado con los temas a tratar anunciados con la antelación suficiente, abiertas a otros profesionales que trabajan en la salud mental y en la asistencia a niños y adolescentes (atención primaria, educación, EOEPs, protección de menores, juzgados). Pueden ser:

**Teóricas:** Presentación sobre un tema monográfico por un experto. Exposición y posterior discusión. Puede ser un profesional de los equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil o un experto externo invitado. La periodicidad deseable sería de una sesión teórica cada dos meses.

**Bibliográficas:** De acuerdo con un programa previo, se revisará y discutirá los artículos más relevantes de las publicaciones de mayor impacto o prestigio en el campo de la Salud Mental Infanto-Juvenil. La periodicidad deseable sería asimismo de una sesión bibliográfica cada dos meses, alternando con las sesiones teóricas.

**Casos Clínicos:** Presentación de casos clínicos de pacientes infanto-juveniles especialmente relevantes por su complejidad, rareza, dificultad de diagnóstico. Se realizará su discusión buscando un abordaje multidisciplinar.

### **8.1.2. Biblioteca y Hemeroteca:**

Dentro de la dotación de recursos a las unidades de Salud Mental y otros dispositivos de la red debe contemplarse la existencia de fondos bibliográficos actualizados anualmente (acceso a internet, CD-rom, libros y revistas especializados, nacionales y extranjeros) que permiten la puesta al día de los profesionales de la Salud Mental Infanto-Juvenil.

### **8.1.3. Cursos, Congresos, Jornadas, Seminarios y Simposia:**

Se facilitará la asistencia, definida como diez días laborales anuales, remunerados sin pérdida salarial y con ayuda a matrículas y desplazamiento, para la asistencia a Cursos, Congresos, Jornadas, Seminarios y Simposia acreditados. Se primará la presentación de trabajos científicos por los profesionales de la Salud Mental Infanto-

Juvenil. Se favorecerá asimismo la asistencia a cursos especializados, para la formación en la labor asistencial a la infancia y adolescencia, siempre de acuerdo con las necesidades asistenciales del servicio.

#### **8.1.4. Supervisión:**

De especial importancia para garantizar una calidad asistencial especialmente en el trabajo psicoterapéutico es la supervisión por otros profesionales de la Red de Salud Mental Infanto-Juvenil. Puede ser interna dentro del mismo equipo o recurrir a expertos externos para abordajes específicos en profundidad.

#### **8.1.5. Talleres abiertos:**

Entre varios equipos y dispositivos del sistema, que cumplen a la vez funciones de supervisión, formación y coordinación además de asistenciales.

### **8.2 Docencia**

La docencia de aspectos relacionados con la Salud Mental Infanto-Juvenil permitirá acrecentar la calidad de la asistencia futura, sensibilizar a otros profesionales, mejorar la detección temprana y la adecuada derivación a las unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil comunitarias. Esta actividad docente debe discutirse, programarse y realizarse conjuntamente con los responsables del ámbito académico correspondiente (educación y ciencia, universidad) de manera que se adapte a la dinámica asistencial de cada dispositivo. Las propuestas docentes son las siguientes, si bien su desarrollo dependerá de los recursos de personal con los que se cuente en los dispositivos de Salud Mental Infanto-Juvenil:

#### **8.2.1. Pregrado:**

Prácticas de estudiantes de primer y segundo ciclo de estudios sociosanitarios (medicina, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, psicología).

#### **8.2.2. Postgrado:**

Cursos de doctorado, estudios propios, masters.

### **8.2.3. MIR, PIR, Enfermería en Salud Mental:**

Médicos Internos Residentes de Psiquiatría, Medicina de familia y Pediatría, Psicólogos Clínicos Internos Residentes.

### **8.2.4. Cursos, Congresos, Jornadas, Seminarios y Simposia:**

La docencia a otros profesionales de la salud mental impartida en Cursos especializados, Congresos, Jornadas, Seminarios y Simposia, para la formación en la labor asistencial a la infancia y adolescencia, se apoyará desde la administración autorizando su realización, siempre de acuerdo con las necesidades asistenciales del servicio.

### **8.2.5. Docencia dirigida a otros profesionales implicados en la asistencia a los niños y adolescentes:**

Profesorado de primaria y secundaria a través de los C.P.R.s (Centros de Profesorado y Recursos), trabajadores sociales, educadores, equipos de atención primaria...

## **8.3 Investigación**

Impulsar la investigación es otro de los objetivos orientados al conocimiento del Plan de Salud Mental de Aragón. Debe dirigirse a potenciar el conocimiento sobre los aspectos clínicos del enfermar en los periodos evolutivos y de desarrollo y sobre el funcionamiento de la atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de acuerdo a la demanda de la población que recibe. La actividad investigadora debe ser 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. Esta tarea debe integrarse en la actividad clínica diaria con un tiempo de dedicación variable en función del adecuado cumplimiento de los objetivos asistenciales.

### **8.3.1. Epidemiología, clínica:**

Las líneas de investigación más prioritarias son la epidemiológica y clínica. Son fundamentales para conocer los factores de riesgo y la morbilidad (prevalencia e incidencia) y por tanto las necesidades asistenciales así como para mejorar el diagnóstico, prevención y tratamiento de los trastornos.

Dentro del horario laboral de los profesionales la Salud Mental Infanto-Juvenil parece importante destinar al menos un tiempo semanal para actividades de investigación (incluidas memorias anuales de actividades, auditorías y temas específicos).

## **PROPUESTA**

Desde la Administración deben destinarse los recursos humanos y materiales necesarios para facilitar la formación continuada, la docencia y la investigación en Salud Mental Infanto-Juvenil.



## CONCLUSIONES Y PROPUESTAS FINALES

- 1.- Proponemos que la Red de Salud Mental Infanto-Juvenil se conforme como un **servicio autónomo**, no vinculado aunque tampoco independiente de la Salud Mental de Adultos, para que pueda desarrollar más su propia entidad y proyección de futuro, en la línea de potenciar preferentemente acciones preventivas, muy próximas y centradas en lo comunitario y en estrecha coordinación/colaboración con los Servicios de Infancia y Juventud, especialmente los Educativos y de Bienestar Social. En este sentido sería imprescindible contar con:
  - Presupuestos definidos
  - Estructuras arquitectónicas y equipamientos propios
  - Programas específicos
- 2.- Se detecta la necesidad de una coordinación adecuada entre las diversas Instituciones con responsabilidad en la atención a la población infanto-juvenil. Para los profesionales del ámbito de la Salud Mental Infanto-Juvenil, la coordinación es una actividad necesaria cada día, por ello instamos a que sea sistematizada y avalada por la Administración. En esta línea la función y las instancias de coordinación que se determinen han de ser específicas y propias.
- 3.- Considerando las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil como elementos de segundo nivel y por tanto de apoyo a los agentes de salud de primer nivel, se considera que se han de priorizar las acciones de colaboración con atención primaria, pediatras y médicos de familia.
- 4.- Hay acuerdo en que las demandas de atención en Salud Mental Infanto-Juvenil, promovidas desde cualquier agente comunitario, sean vehiculadas a través de atención primaria con protocolo al efecto.

- 5.- Llamar la atención en la necesidad de desarrollar políticas, social-sanitario-educativas, globales que aborden las necesidades de atención a la población infanto-juvenil con un enfoque eminentemente preventivo siguiendo las recomendaciones de la O.M.S.
- 6.- Hay acuerdo unánime en que para que las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil desarrollen de forma adecuada su cometido, es fundamental que se cubran las actuales plazas vacantes y se creen las necesarias para asegurar equipos completos en todas las áreas sanitarias.
- 7.- Es imprescindible y urgente el incremento de recursos humanos, para configurar en un plazo breve una Red Asistencial completa en Salud Mental Infanto-Juvenil en Aragón. Proponemos considerar con este fin el punto 5.2.3. de esta Guía.
- 8.- Hay un acuerdo expreso de una necesaria confluencia entre Servicios Educativos, Servicios Sociales, Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil, en la praxis cotidiana, lo que debe potenciar en el futuro el desarrollo de programas transversales y otras actuaciones conjuntas (eminentemente de tipo preventivo) en el marco de la comunidad. Esto es compatible con la delimitación clara de tareas y funciones de cada Servicio.
- 9.- Es opinión común que debe requerirse la especialización del personal de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil. El Equipo, en su formación y experiencia, ha de desarrollar su especificidad y especialidad (diferenciada de los equipos de adultos). Es necesario obtener la adecuada especialización y capacitación de todos los miembros del Equipo.
- 10.- Se concibe la figura de "coordinador" del Equipo como alguien que surge de la propia dinámica de éste, tiene un aspecto funcional y relacionado con los programas del propio Equipo y con las labores de enlace con otras estructuras infanto-juveniles. También en conexión con otras instancias de desarrollo de la función de coordinación a niveles superiores.

- 11.-** Se valoran los protocolos en el ámbito de la asistencia como útiles, entendiendo que su desarrollo debe ser promovido, al igual que la tendencia a homogeneizar las actuaciones de los diversos dispositivos de Salud Mental Infanto-Juvenil, pero se advierte la necesidad de mantener una cierta flexibilidad e iniciativa en los Equipos, tanto en sus instrumentos de uso como en su actuación.
- 12.-** Se solicita la creación de una Comisión Técnica Asesora de Salud Mental Infanto-Juvenil en el marco de la Consejería de Sanidad, en la que estén representados los diferentes servicios e instituciones de atención a la infancia-juventud.
- 13.-** Recomendamos dar a conocer esta Guía (o sus conclusiones) al ámbito sanitario y a los Departamentos de Educación y Bienestar Social, a fin de difundirla y crear consenso de opinión.

En un futuro próximo, si existiera voluntad de presentar nuevas políticas asistenciales en esta área, sería conveniente informar a la ciudadanía a través de medios de comunicación y presentar éstas oficialmente mediante unas Jornadas Profesionales.

- 14.-** Expresamos el deseo de esta Comisión de Expertos, por considerarlo muy conveniente, que la misma siga constituida, aún espaciando los contactos, una vez que el objetivo para la que se constituyó ya se haya alcanzado (realización de la Guía). Proponemos se transforme en un Grupo Profesional, impulsor del desarrollo de la Salud Mental Infanto-Juvenil en Aragón.



## **ANEXOS**

**ANEXO I:**

**De la Atención Primaria: Solicitud de Derivación a la USMIJ.**

**ANEXO II:**

**Modelo de Historia Clínica.**

**ANEXO III:**

**De Servicios Educativos: Solicitud a A. P. de derivación a la USMIJ.**

**ANEXO IV:**

**De Servicios Sociales: Solicitud a A. P. de derivación a la USMIJ.**

**ANEXO V:**

**Protocolo de Coordinación USMIJ/ Servicios Sociales y Educativos.**

**ANEXO VI:**

**Informe de Devolución.**



# ANEXO I

## SOLICITUD DE DERIVACIÓN A LA USMIJ

**Nombre del paciente** ..... **Fecha de nacimiento** .....

**Profesional que la realiza** ..... **Servicio** .....

**Solicitada por** (profesional, paciente, familia, colegio) .....

1.- MOTIVO

2.- Antecedentes familiares de interés

3.- Estado físico actual

**Pruebas complementarias realizadas**

**Derivado con carácter:**      **NORMAL ( )**      **PREFERENTE ( )**      **URGENTE ( )**

**OBSERVACIONES**

# ANEXO II

## HISTORIA CLÍNICA

N° DE HISTORIA:

N° SS:

FECHA:

ENTREVISTADO:

ACOMPAÑADO:

MANTENER SU INTIMIDAD:

**NOMBRE:**

**APELLIDOS:**

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

LUGAR:

DIRECCIÓN:

TELEFONO:

CURSO:

CENTRO ESCOLAR:

-  
-  
-

DERIVADO POR: - PEDIATRA/MÉDICO DE FAMILIA  
- CENTRO DE SALUD/CONSULTORIO  
- OTROS:

INTERVENCIONES ANTERIORES en el ámbito de la Salud Mental, profesional que le atendió, durante el tratamiento...

**MOTIVO DE CONSULTA**



**NOMBRE DEL PADRE:**

E.C.

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR:

SITUACIÓN LABORAL:

ESTUDIOS:

**NOMBRE DE LA MADRE:**

E.C.

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR:

SITUACIÓN LABORAL:

ESTUDIOS:

**FECHA DE MATRIMONIO:**

FECHA DE SEPARACIÓN:

CUSTODIA:

RÉGIMEN DE VISITAS:

PENSIÓN:

**GENOGRAMA**

**HERMANOS**

NOMBRE	EDAD	CURSO/TRABAJO	OBSERVACIONES

**NUCLEO DE CONVIVENCIA:**

ANIMALES DE COMPAÑÍA:

**SITUACIÓN ECONÓMICA:**

VIVIENDA: TIPO, LUZ, METROS...

CAMBIOS DE RESIDENCIA:

- 
- 
- 

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

PADRE:

MADRE:

ABUELOS:

OTROS:

ENFERMEDADES HEREDITARIAS:

## **PSICOBIOGRAFÍA:**

### **EMBARAZO**

ANTECEDENTES DE ABORTOS O NACIDOS MUERTOS:

EMBARAZO DESEADO, NO DESEADO, ACEPTADO O INDIFERENTE:

SEXO DESEADO O NO:

MOVIMIENTOS FETALES:

ENFERMEDADES INTERCURRENTES O DURANTE LA GESTACIÓN INFECCIONES, ANEMIA, TRAUMATISMOS, HIPERTENSIÓN...):

PRESENCIA DE METRORRAGIAS:

VARIACIÓN DEL PESO:

INTOXICACIONES: MEDICACIÓN ALCOHOLISMO, TABAQUISMO, DROGAS:

DURACIÓN DE LA GESTACIÓN:

VIGILANCIA, NUMERO DE CONTROLES Y DE ECOGRAFÍAS:

ESTADO EMOCIONAL:

OTROS INCIDENTES CAMBIOS DE TRABAJO, MUERTES, ENFERMEDADES, DISGUSTOS...

### **PARTO-NACIMIENTO**

PREPARACIÓN AL PARTO:

LUGAR DEL PARTO:

QUIEN LE ACOMPAÑÓ:

DURACIÓN DEL PARTO:

PRESENTACIÓN DEL FETO:

MANIPULACIÓN: FÓRCEPS, VENTOSA, CESÁREA:

TIPO DE ANESTESIA:

INCIDENCIAS:

### **RECIÉN NACIDO**

PRIMER CONTACTO DE LA MADRE CON EL NIÑO:

PRIMER CONTACTO DEL PADRE CON EL NIÑO:

DÍAS DE INGRESO DE LA MADRE:

PESO: TALLA:

TEST DE APGAR:

INCUBADORA:

CARACTERÍSTICAS DEL LLANTO:

CARACTERÍSTICAS DE SUCCIÓN:

CARACTERÍSTICAS DEL SUEÑO:

CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD:

INCIDENCIAS: ICTERICIA, CIANOSIS, DESHIDRATACIÓN, DIFICULTADES RESPIRATORIAS

**PERSONA ENCARGADA DE LA CRIANZA:**

**PARECIDO A:**

FÍSICO:

CARÁCTER:

QUIEN ELIGIÓ EL NOMBRE Y POR QUÉ:

**ALIMENTACIÓN** (CANTIDAD, CALIDAD, DISTRIBUCIÓN,...)

CON QUIEN COME:

ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:

**SUEÑO**

¿TIENE HABITACIÓN PROPIA?:

HORAS DE SUEÑO:

CARACTERÍSTICAS DEL SUEÑO:

**AUTONOMÍA PERSONAL**

CONTROL DE ESFÍNTERES:

LIMPIEZA, ASEO:

LLANTO:

RABIETAS O AGRESIONES:

JUEGO: NECESIDAD O NO DE PRESENCIA DEL ADULTO, TIPO DE JUEGO, JUGUETES PREFERIDOS

## **FOBIAS Y TEMORES**

## **ESTEREOTIPIAS**

## **SEXUALIDAD INFANTIL**

MENARQUIA:

CONOCIMIENTO Y SATISFACCIÓN CON EL CUERPO:

ALTERACIONES EN LA MENSTRUACIÓN:

## **ESCOLARIDAD**

INICIO:

CENTRO ESCOLAR:

GRADO DE ADAPTACIÓN:

ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES:

## **¿CÓMO EDUCAN LOS PADRES?**

NORMAS:

AFECTIVIDAD:

TIEMPO LIBRE:

## **RELACIONES INTERPERSONALES**

FAMILIARES:

AMIGOS/AS:

RELACIÓN DE PAREJA:

## **SALUD**

SOMATIZACIONES Y QUEJAS:

INGRESOS HOSPITALARIOS:

SUCESOS FUERA DE LO HABITUAL:

PRUEBAS REALIZADAS:

## **ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA**

CIE 10

DSM IV

## **ANEXO III**

### **SOLICITUD A ATENCIÓN PRIMARIA DE DERIVACIÓN A SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL (Desde Servicios Educativos)**

**NOMBRE:**

**DERIVADO POR:**

**CENTRO:**

**MOTIVO DE DERIVACIÓN:**

**BREVE INFORME:**

DATOS PERSONALES:

DATOS EDUCATIVOS:

DATOS PSICOPEDAGÓGICOS:

INTERVENCIONES PREVIAS EN EL ÁMBITO EDUCATIVO:

**OBJETIVO DE LA SOLICITUD**

(Adjuntar información complementaria si existiera).

## **ANEXO IV**

### **SOLICITUD A ATENCIÓN PRIMARIA DE DERIVACIÓN A SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL (Desde Servicios Sociales)**

**NOMBRE:**

**DERIVADO POR:**

**SERVICIO:**

**MOTIVO DE DERIVACIÓN:**

**BREVE INFORME:**

DATOS PERSONALES:

DATOS SOCIOFAMILIARES:

DATOS PSICOLÓGICOS:

INTERVENCIONES PREVIAS EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS SOCIALES:

**OBJETIVO DE LA SOLICITUD:**

(Adjuntar información complementaria si existiera)



## **ANEXO V**

### **PROTOCOLO DE COORDINACIÓN USMIJ/ SERVICIOS SOCIALES O EDUCACIÓN**

**NOMBRE:**

**DERIVADO POR:**

**DATOS DEL INFORME ( PERSONALES, FAMILIARES, SOCIALES...):**

**MOTIVOS DE DERIVACIÓN:**

**COORDINADORES DEL CASO:**

- por la **USMIJ:**

- por el **S.S./por Educación**

**OBJETIVOS:**

**INTERVENCIONES PROPUESTAS:**

- por la **USMIJ**

- por el **S.S./por Educación**

Fecha de la próxima reunión de coordinación:

Actuaciones en situaciones de crisis (en su caso).

# **ANEXO VI**

## **INFORME DE DEVOLUCIÓN**

**NOMBRE DEL PACIENTE:**

**FECHA DE NACIMIENTO:**

**NÚMERO DE HISTORIA:**

**PROFESIONAL QUE LO REALIZA:**

Fecha de la primera visita:

Fecha de alta:

Continua en proceso terapéutico:

**DIAGNOSTICO:**

**TIPO DE TRATAMIENTO:**

**EVOLUCIÓN:**

**RECOMENDACIONES:**

**OBSERVACIONES**

Fecha y Firma

Envío por correo interno

Enviado desde las USMIJ-USM al médico de familia o pediatra que remite el caso.

## BIBLIOGRAFÍA

- Almudévar, M. et al. Broxtowe/Rushcliffe Team. Clinical Activity, Report; 1977.
- Audit Commission Management . Form Follows Function. Changing management structures in the NHS and Government. Audit Commission Management Paper; 1996.
- Benata Solomon R. What makes a just health care system? B M J 1996; 70772 (313): 1567-1568.
- Bravo MF et al. Hacia una atención comunitaria en Salud Mental de calidad. Cuadernos técnicos 4. Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría 2000.
- Centre Hospitalier de Lavour Projet d'un centre de Santé Mentale pour adolescents et jeunes adultes. Intersecteur Infanto-juvenile Sud-Tarn. Centre Hospitalier de Lavour; 1989.
- Comisión de actualización del documento técnico: Salud Mental Infanto Juvenil. 1999-2001. Plan de Salud Mental de la Región de Murcia. Guía de Atención Ambulatoria Infanto-Juvenil. 1999-2001. Murcia: Región de Murcia. Consejería de Sanidad y Consumo; 1999.
- Comité de Expertos de Castilla y León en Salud Mental Infanto-Juvenil Salud Mental Infanto-Juvenil. Informe y recomendaciones. Comité de Expertos de Castilla y León en Salud Mental Infanto-Juvenil; 1986.
- Convenio Interinstitucional de Coordinación en materia de Salud Mental y Atención Psiquiátrica. Anexos a dicho convenio. 1988-89.
- Diputación General de Aragón Proyecto para la atención en Salud Mental Infanto-Juvenil en la Comunidad Autónoma de Aragón. Zaragoza: Diputación General de Aragón. Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo; 1988.
- Gobierno de Aragón. Estrategias para la Salud Mental en Aragón. Zaragoza: Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad y Consumo; 1994.
- Göpfert M et al. Parental Psychiatric Disorder. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.

- Grizenki N, Papineau D. A comparison of the cost effectiveness of day treatment and residential treatment for children with severe behaviour problems. *Canadian Journal of Psychiatry* 1992; 37 (6): 393-400.

- Health Committee/House of Commons. Together we stand: The Commissioning, Role and Management of Child and Adolescent Mental Health Services. The NHS Health Advisory Service. Fourth Report (session 1996-1997) Health Committee/House of Commons; 1997.

- HMSO. Working Together: a guide to arrangements for inter-agency cooperation for the protection of children from abuse. London: Government Paper. HMSO; 1998.

- Junta de Comunidades de Castilla La Mancha. Datos para la autoevaluación de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil. Aspectos Generales. Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo. Junta de Comunidades de Castilla La Mancha; 1979.

- Kramer S. The case for a multidisciplinary child and adolescent mental health service: the Liaison Model. A guide for managers, purchasers and G.P.s. London: Tavistock Clinic; 1994.

- Ley Orgánica 14/1986, 25 abril, General de Sanidad.

- Organización Mundial de la Salud. Salud Mental y Desarrollo psicosocial del niño. Genève: Organización Mundial de la Salud; 1977.

- Otero S, Aparicio M, Bobadilla E, Palacios L, Ruiz M, Samaniego S. Proyecto de Salud Mental Infanto-Juvenil para Cantabria I. Estudios y priorización de necesidades. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 1999 (4): 235-242.

- Proyecto de Salud Mental Infanto-Juvenil para Cantabria II. Descripción, Características y Plan de Actuación. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 2000.

- Patologías infantiles más frecuentes en la atención Infanto-Juvenil por Comunidades Autónomas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 1998; 67 Julio/Sep.

- Perri T et al. A consultative study as a catalyst to improving health services for rural children and adolescents. *Hospital and Community Psychiatry* 1993; 44: 262-265.

- Rutter M. et al. Isle of Wight Studies, 1964-1974. *Psychological Medicine* 1976; 6: 313-332.
  
- Servicio Navarro de Salud. Diseño de un Programa de Salud Mental Infanto-Juvenil. Según previo diagnóstico de situación y objetivos de la Subdirección de Salud Mental. Servicio Navarro de Salud. Dirección de Atención Primaria. Subdirección de Salud Mental: 1996.
  
- Servicio Navarro de Salud. Salud Mental Infanto-Juvenil, Guía de Actuación en Atención Primaria y red de Salud Mental. Pamplona: Servicio Navarro de Salud. Dirección de Atención Primaria y Salud Mental; 2000.
  
- Tizón García, J.L. Atención Primaria en Salud Mental y Salud Mental en Atención Primaria. Barcelona: Doyma; 1992.
  
- Trowell, J. What's happening to mental health services for children and young people. *Newsletter, Association for Child Psychology and Psychiatry* 1991; 14 (8): 12-15.
  
- World Health Organization. Child Mental Health and Psychological Development. Geneva: World Health Organization. WHO Technical Report Series; 1977.





