



PROYECTO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE AAPIPNA

OBJETIVO: APOYO A LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL EN ARAGÓN

1. INTRODUCCION

La existencia de la enfermedad mental en niños y del sufrimiento psíquico en ellos es un hecho incontrovertible. Es un derecho elemental el que se pueda garantizar que los niños y adolescentes puedan recibir un tratamiento a sus dolencias al menos tan digno como el que reciben para las patologías de índole somática en donde la cobertura está garantizada mediante una atención especializada de primera línea. Incluimos también en esta propuesta de intervenciones a aquellos jóvenes que aún se encuentran en proceso de formación previa inserción laboral.

Diversos estudios consideran altamente insuficiente la atención en materia de SMIJ (Salud Mental Infanto-juvenil) si se la compara con la situación de la psiquiatría de adultos o de la pediatría, pero aún resulta esto más notorio cuando lo comparamos con los desarrollos de países vecinos de la Unión Europea (UE). Hoy día en España y en esta Comunidad Autónoma un niño que padezca cualquier patología somática es tratado a nivel de Atención Primaria o especializada, con la misma o mayor eficiencia aún que en cualquier otro país desarrollado. El número de profesionales dedicados a la SMIJ en España y en la Comunidad Autónoma de Aragón, con recursos están distribuidos de manera heterogénea. En Zaragoza capital se concentra la mayoría de los recursos profesionales. Otras Comunidades Autónomas poseen planes específicos y cobertura en todas las zonas como es el caso de Cataluña y Castilla-La Mancha. De todos modos hay un elemento común a todas que es la importante desproporción existente entre los recursos de pediatría o psiquiatría general.



Otro punto que pone de manifiesto la delicada situación de este sector a nivel nacional se trata de la ausencia de la especialidad de psiquiatría infantil y psicología clínica infantil lo cual ejerce un efecto determinante en el desarrollo asistencial. Próximamente se podrá contar con dicha especialidad en el programa de especialidades. Por el momento España es el único país de la UE que no tiene reconocida la especialidad de Psiquiatría Infantil produciéndose los siguientes efectos:

1. Falta de formación en esta área específica a nivel universitario
2. Falta de formación a nivel MIR y PIR.
3. Falta de trabajos de investigación específicos a nivel de cátedras o departamentos universitarios
4. Este desconocimiento plantea una falta de información a nivel de la población general acerca de estas problemáticas obteniendo informaciones sesgadas. Algunos cuadros clínicos que aparecen con frecuencia en los medios de comunicación pasan a ser de dominio público generando entre padres y personal del sector educación una alarma inquietante (ver Consenso de Expertos pág. Web de AAPIPNA)
5. Falta de formación a nivel de pediatría y de psiquiatría, con profesionales con escasa formación específica.

Lo anterior hace que se cierre un círculo asistencial que se caracteriza por estas limitaciones. Las intervenciones con niños y adolescentes se centra sobre todo en el síntoma o en el trastorno y la mayoría de las veces la intervención de elección (frecuentemente la única) es la psicofarmacológica promoviendo respuestas iatrogénicas a corto, mediano y largo plazo. En un número menor de casos se emiten diagnósticos irrefutables a los que se arriba con métodos de diagnóstico inespecíficos, en muchos casos con pruebas complementarias neurológicas. La producción de cuadros sintomáticos así como de trastornos psíquicos en infancia en muchos casos son efecto del proceso de subjetivación del niño en el contexto de relación a nivel familiar y social, contexto en que dicha operatoria está siendo llevada a cabo. Se



apelar a un conocimiento parcial, como si fuera total, en donde los niños son pensados exclusivamente como portadores de un soma que se configura en función a claves genéticas, sin considerar que cada uno de nosotros somos efecto de un proceso de humanización en donde lo ambiental condiciona la expresión genética (Estudio Genoma Humano- 2007).

2. PROTOCOLO DE INTERVENCION

Nuestra propuesta asistencial tendría como objetivo que los niños, adolescentes y jóvenes aragoneses así como sus familias puedan optar a una serie de intervenciones asistenciales en materia de SMIJ sin recurrir en primer término a la psicofarmacología.

Planteamos que los casos sigan el siguiente protocolo de intervenciones:

2.1. DIAGNÓSTICO

Un proceso diagnóstico (PD) incluye una serie de intervenciones previas a una indicación terapéutica. Consta De los siguientes pasos:

I. Recepción de la demanda.

Se recibirá en primer término a los padres o personas encargadas de la crianza del niño o adolescente. Se mantendrá una o más entrevistas en las que se intentará dilucidar que es lo que ellos identifican como problemático. En los casos en los que los padres no sean los que hayan detectado la sintomatología, (en estos casos en general cuando es en el colegio donde se evidencian las dificultades del niño considerado problemático no habiendo sido detectado a nivel familiar esta conflictiva nos encontramos con padres o cuidadores a su vez afectados psicopatológicamente. Habrá que tener en cuenta esta circunstancia en el PD). Será necesario ponerse en contacto con quienes lo hayan detectado y tener una entrevista informativa.



II. Hora de juego diagnóstica.

En este espacio se procederá a hacer uso de una caja de juego diagnóstica especialmente preparada en función de la edad y problemática del niño consultante. En niños latentes en lugar del uso de caja de juegos se procederá al uso de material que sirva a los efectos de que el consultante pueda realizar dibujos. Esta entrevista será libre y el profesional se dedicará a investigar los mecanismos psíquicos presentes en la conducta del niño, así como su capacidad de expresión de los mismos a través del juego u otros medios simbólicos, o a través de medios pre-verbales o para-verbales. En el caso de que el consultante se encuentre altamente inhibido por el encuentro con un extraño (cosa que suele suceder en la población infantil en más de un caso), o que el caso lo requiera por sus características psicopatológicas se procederá a realizar una segunda o tercera hora de juego diagnóstica. En el caso de un latente se procederá a investigar a partir de material gráfico (dibujos, collage, etc). En el caso de adolescentes o jóvenes se procederá al uso de entrevista libre.

III. Evaluación del material.

Con el material recogido se procederá a evaluar la situación en su conjunto:

- Organización y dinámica familiar. Definición de las funciones materna y paterna.
- Estado psicopatológico de los adultos encargados de la crianza.
- Estado psicopatológico del niño o adolescente consultante.

IV. Devolución Diagnóstica.

- Se realizarán una o más entrevistas de devolución tendientes a plantear a los adultos encargados de la crianza (en el caso de que la detección del problema haya surgido en el ámbito escolar se hará una devolución a la persona de referencia con la que habremos establecido el primer



contacto) la situación o situaciones detectadas como problemáticas. Dichas entrevistas tendrán un carácter informativo. Sin embargo podrían considerarse un primer paso de intervención terapéutica ya que si dicha intervención se realiza adecuadamente suele tener tales efectos.

- Se realizarán una o más entrevistas con el niño o adolescente consultante transmitiéndoles a su nivel de elaboración psíquica (Lúdico, gráfico, etc) lo que hemos detectado como problemático.
- Se mantendrá entrevista con el CSMIJ o servicio que haya derivado al niño o adolescente informado de los datos arrojados por el PD, pudiendo dejar reflejado en un informe el material proveniente de dicho proceso.

2.2. TRATAMIENTO.

Niveles Asistenciales.

Una vez realizado el proceso diagnóstico el profesional que haya intervenido en el caso indicará el tipo de indicación terapéutica que considere oportuno llevar a cabo.

Se acompañará dicha intervención, en el caso que se considere necesario, con asesoramiento a nivel escolar de los profesionales del sector educación.

2.3. INVESTIGACIÓN.

La psiquiatría infantil, como el resto de especialidades médicas, debe alimentarse de su propio desarrollo. En este sentido la investigación es un puntal de ello. Es por esto que nuestra asociación se fundó hace 15 años en Zaragoza promoviendo formación e investigación en psicoterapia infanto-juvenil. El colectivo de niños que se trataría proveerá a AAPIPNA de una casuística que permitirá ir confeccionando trabajos de orden epidemiológico. De este modo se podrá identificar los trastornos más frecuentes en la población infanto-juvenil, evaluar las respuestas a las intervenciones planteadas e ir formulando los abordajes más pertinentes. Esta forma de



investigación sólo puede ser realizada a partir de los datos aportados por la cotidianeidad asistencial.

2.4. PREVENCIÓN.

“En salud mental infanto-juvenil prevenir es evitar patología en la edad adulta y evitar la encronización de procesos que deberían resolverse tempranamente”¹. Esta es la formulación desde la que proponemos un programa de seguimiento de situaciones de riesgo desde la primera infancia. Desde el PIP proponemos una cercana coordinación con el primer nivel de atención pediátrica.

Para realizar un trabajo preventivo y detección precoz de dificultades proponemos el Proyecto Alevín (Consultar pág.web)

En este sentido la detección precoz de disfunciones vinculares y problemáticas psíquicas tempranas es una labor fundamental a realizar. A nivel pediátrico está estudiado que los profesionales son sensibles para la detección de patologías graves.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL.

La atención integral de niños y adolescentes de 0 a 18 años para la prevención, detección y atención de problemáticas en SMIJ. Se incluirán también jóvenes mayores de esta edad que se encuentren realizando estudios terciarios en la ciudad de Zaragoza.

El primer objetivo es atender a niños, adolescentes y jóvenes que presenten una problemática a nivel de salud mental grave y que requieren de un tipo de asistencia específica a ser administrada a la mayor brevedad.

El segundo objetivo es dar asistencias a todos los niños, adolescentes y jóvenes en materia de salud mental que requieran intervención en SM en Aragón.

¹ Avellanosa I, Rev. Pediatría en Atención Primaria, Vol I, Núm.3, 2000.



3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Será un objetivo fundamental del PIP-HR que la respuesta a la solicitud de intervención sea rápida no generando lista de espera.

4. DESTINATARIOS

La población receptora de estas intervenciones ofertadas por el PIP-HR estará constituida por:

- Niños de 0 a 18 años y jóvenes.
- Sus familias.
- El entorno social en el que esté inserto el niño o adolescente en el que se intervenga (ámbito escolar, educación no formal...), abogados, fiscalía de menores, servicios sociales, etc.

5. ORGANIZACIÓN Y GESTION

5.1. FUNCIONAMIENTO DEL CIRCUITO DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN.

- **Administrativo.**
 - Recepción de la demanda (ficha administrativa).
 - Asignación de los profesionales que configurarán el "Equipo Admisor" (un psiquiatra o un psicólogo que realice la intervención y la designación de un profesional del equipo de didactas que seguirá el caso) y que se harán cargo de realizar el estudio de caso (Proceso diagnóstico).
- **Area Clínica: Equipo Admisor.**
 - Recogida y acogida de la demanda (una o más entrevistas).
 - Registro de la información (ficha de acogida /ficha de salida) y análisis de la demanda.
 - Figura referencial, vínculo con el niño /adolescente que proveerá de continuidad dentro y fuera del circuito asistencial.
 - Indicación del tipo de intervenciones necesarias para emitir un diagnóstico y prescripción de intervención/es terapéuticas.



- **Equipo Profesional Completo.**

Valoración de la demanda:

- Proceso diagnóstico de situación.
- Diseño de la intervención.
- Asignación del profesional o profesionales del Área Clínica que realizarán las intervenciones prescritas.
- Supervisión.
- Análisis de casos.
- Formación e investigación.

- **Area Clínica.**

Atención psico-terapéutica, especializada en salud mental infantojuvenil.

- **Area Formación e Investigación.**

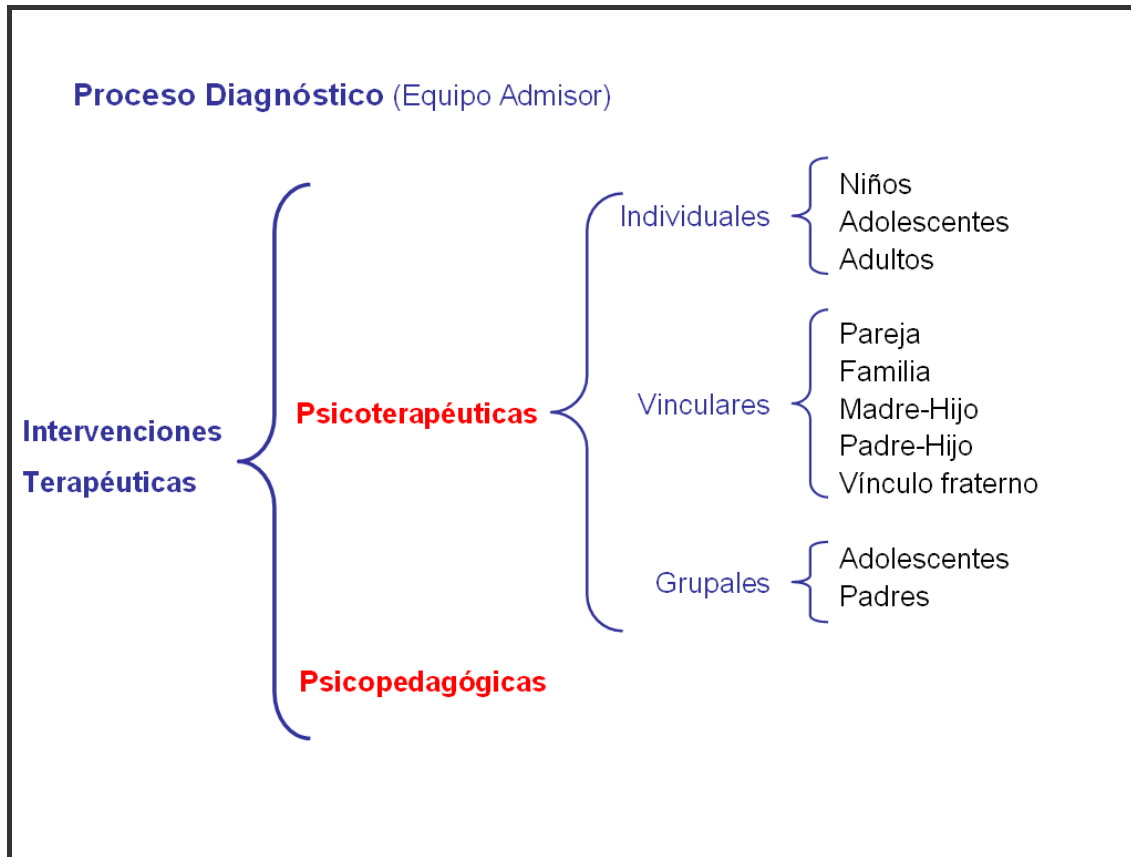
Interna: del equipo tanto a nivel individual como grupal, que revierta en el caso.

- Análisis de casos, reuniones de coordinación.
- Supervisiones de material clínico: individuales y grupales.

Externa: Demandas externas: APAS (FAPAR), colegios, institutos, MIRES, PIREs, EIREs, Colegios Profesionales, colectivos de profesionales dedicados a realizar intervenciones con niños, adolescentes y jóvenes.



6. INTERVENCIONES CLINICAS



- Abordaje psicoterapéutico ambulatorio para casos no considerados “Casos graves”:
 - Psicoterapia individual del niño, adolescente o joven, psicoterapia para el adulto encargado de la crianza que pueda necesitarlo en función al desarrollo de su función parental
 - Intervenciones terapéuticas con la pareja de padres.
 - Terapia vincular (con el niño/adolescente y uno de los adultos de la pareja parental)
 - Psicoterapia familiar.
 - Intervenciones con otros miembros del entorno del niño-adolescente.
 - Grupos de padres. Escuela de Padres.
 - Psicoterapias de grupo en particular en el caso de Adolescentes.



- Orientación a otras intervenciones terapéuticas no consignadas en el programa.
- Derivación a recursos sociosanitarios.

- Abordaje del grupo de casos graves:
 - Psicoterapia individual de alta frecuencia semanal.
 - Psicoterapia familiar.
 - Acompañamiento terapéutico.
 - Intervenciones psicopedagógicas.
 - Terapias grupales: Psicoterapia grupal.

7. RECURSOS

7.1. HUMANOS.

Los profesionales miembros de AAPIPNA y de la Escuela de Formación de Psicoterapeutas. En total se cuenta con unos 50 profesionales. La coordinadora del Departamento de Clínica indicará quienes han de hacerse cargo de los casos por los que lleguen solicitudes a AAPIPNA.

Cualificación Profesional:

- Psiquiatras.
- Psicólogos.
- Trabajadores sociales.
- Pedagogos.

7.2. MATERIALES.

Disponemos de dos locales propios. Equipamiento para despachos individuales, salas polivalentes. Mobiliario, ordenador... Material de oficina, archivadores...



7.3. FINANCIEROS.

Presupuesto:

- Ingresos:
 - Aportaciones privadas.
 - Subvenciones.
- Gastos:
 - Gastos corrientes.
 - Materiales de oficina.
 - Equipamiento.
 - Formación profesional continuada.
 - Divulgación, publicidad.

8. UBICACIÓN FISICA

Lugar (fácil acceso, bien comunicado, céntrico):

Departamento Clínico AAPIPNA: Av. Conde Aranda 36-38, Pral Derecha. 50.003 ZARAGOZA. 976-069590, 645-368861.

Dirección Social de AAPIPNA: C/Alfonso I- 36-38. 50.001 Zaragoza. 976-298709.

Superficie:

- 75 metros cuadrados, una sala polivalente (intervención con familias, grupos, seminarios) y un despacho, hall de entrada, sala de espera y baño.
- 45 metros cuadrados, dos despachos (una sala de juegos para psicoterapia y un despacho polivalente- grupos, familias, seminarios) y sala de espera, baño.

9. INSTRUMENTOS

9.1. Ficha de Administrativa.

9.2. Ficha de Admisión al dispositivo.

9.3. Ficha de salida.



9.1. FICHA ADMINISTRATIVA.

- Nombre, apellidos (adolescente, madre, padre).
- Fecha nacimiento.
- Dirección.
- Teléfono.
- Fecha de llamada.
- Fecha y hora de la primera entrevista.
- Profesional asignado.
- Observaciones:
 - ¿Quién realiza la llamada?
 - Actitud percibida
 - Demanda que realiza

9.2. FICHA DE ADMISIÓN AL DISPOSITIVO.

- Estructura familiar (genograma).
- Características del niño o adolescente:
 - Escolarización (nombre del centro, curso, etc.)
 - Trabajo.
 - Relaciones sociales (vinculaciones...)
- Número de entrevistas.
- Identificación de los entrevistados (niño o adolescente, padres, ambos, responsables...)
- Descripción de la demanda:
 - Sintomatología y fenomenología.
 - Tiempo de inicio
 - Circuito previo de atención (si lo hubo).
- Observaciones.

9.3. FICHA DE SALIDA.

- Nombre y Apellidos.
- Motivo de la salida:
 - No admisión por parte del dispositivo.



- No aceptación por (niño, adolescente, padres, ambos).
- Abandono del recurso (adolescente, padres, ambos.)
- Finalización de la intervención.
- Temporalidad de la intervención:
 - Fecha de la primera entrevista.
 - Fecha de salida.
- Intervención:
 - Area Social (atención familiar/ atención grupal al adolescente/ red comunitaria).
 - Area clínica (atención psicológica, pedagógica, psiquiátrica, urgencias).

10. AREA DE FORMACION E INVESTIGACION

- Participación en los cursos de formación sobre psicología clínica de niños y adolescentes.
- Funciones de supervisión y tutoría con los participantes del PIP-HR.
- Realización de Sesiones clínicas y bibliográficas periódicas.
- Convocatoria y organización de seminarios, grupos de estudio y conferencias para el personal del PIP-HR.
- Trabajos epidemiológicos y de investigación clínica y teórica en temas infanto-juveniles a cargo de miembros del PIP-HR.
- Rotación de estudiantes del Practicum de la UNED.
- Cursos de formación en colaboración con Colegios Profesionales.

Resumen del Servicio para Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de AAPIPNA.

La propuesta de AAPIPNA consiste en proveer a Aragón de un dispositivo ambulatorio donde los ciudadanos puedan contar con una cartera de servicios adaptada a las necesidades actuales de la población de niños y adolescentes en nuestra Comunidad Autónoma.