



**ORGANIZACION,
FUNCIONAMIENTO Y EVALUACION
DE CENTROS DE SALUD MENTAL
ATENCION INFANTO-JUVENIL**

R. 1880

**ORGANIZACION,
FUNCIONAMIENTO Y EVALUACION
DE CENTROS DE SALUD MENTAL
ATENCION INFANTO-JUVENIL**



Edita: Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales
C/. Ronda de Levante, 11
Telf. 36 26 71
30008 Murcia

I.S.B.N.: 84-87686-60-5

Depósito Legal: MU-886-1995

Diseño de portada: Lola Gómez Medina

Composición: CompoRapid

Imprime: Imprenta Regional

ORGANIZACION, FUNCIONAMIENTO Y EVALUACION DE CENTROS DE SALUD MENTAL ATENCION INFANTO-JUVENIL

GRUPO DE EXPERTOS

Coordinadora:

María Tejerina Arreal

Psicóloga-Epidemióloga. Unidad de Evaluación, Formación e Investigación, Consejería de Sanidad y AA.SS.

Componentes:

M^ª Concepcion Gómez-Ferrer Górriz

Psiquiatra, Unidad de Psiquiatría infantil, Hospital General.

M^ª Dolores Juarez Salvador

Psiquiatra, Salud Mental Infanto-Juvenil, CSM Cartagena.

M^ª Jose Lozano Semitiel

Psicóloga Clínica, Salud Mental Infanto Juvenil, CSM Cartagena.

M^ª Josefa Martinez Martinez

Psicóloga Clínica, Salud Mental Infanto-Juvenil CSM I, "La Seda".

M^ª Carmen Mondejar Fernández de Quincoces

Enfermera, Salud Mental Infanto-Juvenil, CSM "La Seda".

M^ª Carmen Palma Gonzalez

Psiquiatra, Salud Mental Infanto-Juvenil CSM I "La Seda".

Juan Ruiz Perez

Psicólogo Clínico, Centro de Salud Mental de Lorca.

Mercedes Suances Camaño

Enfermera, Salud Mental Infanto-Juvenil, CSM Cartagena.

Adriana Massotti León

Psicóloga Clínica, Centro de Salud Mental de Caravaca

M^ª Dolores Tornero García

Médico, diplomada en Psiquiatría, Centro de Salud Mental de Yecla

Antonia López Sánchez

Psicóloga Clínica, Centro de Salud Mental de Cartagena.

Colaboradores:

Isabel Cuellar Mirasol

Psicóloga Clínica, Salud Mental Infanto-Juvenil, Centro Salud Mental I "La Seda"

Luis Orte González de Villaumbrosía

Psiquiatra, Salud Mental Infanto-Juvenil, Centro de Salud Mental I "La Seda"

M^ª Josefa Pedreño Yepes

Trabajadora Social, Salud Mental Infanto-Juvenil, Centro Salud Mental I "La Seda"

INDICE

1. INTRODUCCION	7
2. OBJETIVOS	9
3. MARCO TEORICO DE LA ATENCION EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL	11
3.1. Principios básicos	11
3.2. Evolución del modelo asistencial	12
3.3. Previsiones del modelo en un futuro próximo	13
4. LA ATENCION A LA SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL.....	15
5. EL EQUIPO DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL	21
6. FUNCIONAMIENTO	27
6.1. Vías de entrada	27
6.2. Recepcion y acogida	29
6.3. Coordinacion interna	30
6.4. Coordinacion externa	31
7. ORGANIZACION	35
7.1. En el sistema sanitario	35
7.2. En su administracion y gestion interna	35
7.3. Funciones del Coordinador	36
8. LA ATENCION ASISTENCIAL/OFERTA DE SERVICIOS	37
8.1. Intervencion Médico-Psiquiátrica	37
8.2. Intervencion Psicologica	39
8.3. Intervencion de Enfermeria	41
8.4. Intervencion Socio-familiar	42
8.5. Intervenciones terapeuticas programadas	44

9. EVALUACION ASISTENCIAL	47
9.1. Indicadores cuantitativos:	48
9.2. Indicadores cualitativos	51
10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	53
11. BIBLIOGRAFIA	55
ANEXO	57

1. INTRODUCCION

La Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (Abril, 1985) reconoce la atención a la Salud Mental Infanto Juvenil como un programa especial de carácter permanente y responsabiliza a las comunidades autónomas para que diseñen y formulen este tipo de atención de acuerdo a sus características.

Por otra parte en la Ley General de Sanidad, 1986, cap. III, art. 20 en el apartado I se señala que la Salud Mental en la Infancia es de especial relevancia y precisa de una atención específica y continua.

Consideramos que la especificidad en la Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil viene dada por las características de esta población, con unas necesidades físicas, psíquicas y sociales diferentes a las de la población adulta. Ello significa que en consecuencia el curso de la psicopatología, la aplicación de criterios diagnósticos y el abordaje terapéutico sean diferentes.

La importancia que tiene la Atención a la Salud Mental Infanto Juvenil viene dada no solo por su carácter asistencial de prestar cobertura a esta población, sino también por su carácter preventivo sobre la psicopatología adulta. Este aspecto viene apoyado por datos epidemiológicos, a través de los cuales conocemos como muchos de los trastornos infanto-juveniles son predictores de psicopatología más tarde en la edad adulta. Este reconocimiento ha hecho que la OMS señale el papel de extrema importancia que tiene la atención a la Salud Mental en la infancia en el concepto de salud futura, destacando los aspectos psicosociales y relacionales (OMS, "Salud para todos en el año 2000).

En éste contexto, esta Comisión se reúne porque considera que el modelo de intervención y funcionamiento en la atención a la Salud Mental infanto-juvenil precisa de unos criterios de actuación y de unas necesidades básicas que basadas en la experiencia de los profesionales que lo integran, deben explicitarse y ser sometidos a una reflexión para garantizar unos criterios compartidos y facilitar el conocimiento de los problemas, en la búsqueda de una mejor prestación de cuidados.

2. OBJETIVOS

1. Definir el marco teórico del que parte la atención a la Salud Mental infanto-juvenil y las particularidades que conlleva su desarrollo.
2. Definir las necesidades y criterios básicos que configuran el equipo y la atención específica a la infancia en su funcionamiento, composición y organización.
3. Definir la oferta de servicios básicos que debe tener la atención a la Salud Mental infanto-juvenil.
4. Crear o modificar determinados instrumentos de trabajo (historia clínica, protocolos de derivación...) que se consideren necesarios a partir de haber sometido a discusión los objetivos anteriores.

3. MARCO TEORICO DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

Se define el marco teórico del que parte la atención a la Salud Mental infanto-juvenil y se describe el proceso evolutivo del modelo asistencial a lo largo de estos últimos años. Así mismo, se señalan las prescripciones de cómo debe distribuirse la dotación de recursos asistenciales para llevar a cabo la atención a la Salud Mental infanto-juvenil en un futuro próximo.

3.1. Marco teórico y breve exposición de los principios básicos

La asistencia a la salud mental infanto-juvenil en los últimos 10 años ha estado enmarcada al igual que la asistencia a adultos en los centros de salud mental comunitaria siguiendo las Recomendaciones recogidas en la Ley de la Reforma Psiquiátrica. En este marco los principios básicos que configuran la atención a la salud mental infanto-juvenil son los siguientes:

1. Base comunitaria con un territorio determinado de referencia.
2. Prestar una atención integral (prevención, promoción, asistencia, seguimiento, tratamiento en todas sus modalidades y rehabilitación) por un mismo equipo.
3. El programa se lleva a cabo por equipos multiprofesionales.
4. Coordinación con instituciones de atención a la infancia en la canalización de la demanda y en la intervención.
5. Evitar duplicidades o solapamientos en las prestaciones de cuidados.
6. Integración de recursos del área en base a intervenciones programadas.
7. Formación continuada.

3.2. Evolucion del modelo asistencial en Salud Mental Infanto-Juvenil

AÑO	INSTITUCIONES	DISPOSITIVOS ASISTENCIALES
68-85	PNAP AISNA	Centro de Diagnóstico y orientación terapéutica
79-actualidad	C.S. Virgen de la Arrixaca	Unidad de Psicología Clínica (Orientación e interconsultas) ⁽¹⁾
81-86	Hospital Psiquiátrico	Unidad infanto-juvenil (Cobertura a nivel regional, consultas externas)

AÑO	INSTITUCIONES	DISPOSITIVOS ASISTENCIALES	
		Extrahospitalarios	Hospitalario
1993 actualidad	Consejería de Sanidad S.M.S. (Servicio Murciano de Salud)	1 U. I.J. C.S.M. "La Seda" Murcia C.S.M. San Andrés Murcia ⁽²⁾ 1 U. I.J. en Cartagena C.S.M. Lorca ⁽³⁾ C.S.M. Altiplano ⁽³⁾ C.S.M. Caravaca ⁽³⁾	Hospital General (a partir de 14 años) ⁽⁴⁾
		<p>Acuerdos y Convenios ≈ para una integración funcional</p>	
	INSALUD	U.S.M. Alcantarilla (3) U.S.M. Molina (3) U.S.M. Cieza (3)	C.S. Virgen de la Arrixaca (Medicina Interna Neurología, edad pediátrica) ⁽⁴⁾

U.I.J. (Unidad infanto-juvenil) en Murcia compuesta por: 2 Psiquiatras, 2 Psicólogos, 2 ATS, 2 Trabajadores sociales, 1 Auxiliar Administrativo

U.I.J. en Cartagena, compuesta por: 1 Psiquiatra, 2 Psicólogos, 1 ATS

(1) Llevado a cabo por profesores de psicología y estudiantes en prácticas

(2) Existe un profesional encargado exclusivamente de la población infanto-juvenil.

(3) Hay un profesional responsable de la Salud Mental infanto-juvenil.

(4) No existe un acuerdo concertado de camas en un marco legal.

3.3. Previsiones del modelo para un futuro próximo

AÑO	ENTIDAD	AREA	RECURSOS	
			Extrahospitalarios	Hospitalarios
1995-99	S.M.S.	1	1 U.I.J. "La Seda". Murcia 1 U.I.J. San Andrés. Murcia	Disponer de camas al año mediante acuerdos en los Hospitales Generales del Area
		2	1 U.I.J. C.S.M. Cartagena	
		3	1 U.I.J. Lorca	
		4	1 Profesional específico I-J. Caravaca	
		5	1 Profesional específico I-J. Altiplano	
		6	1 U.I.J. Cieza-Molina de Segura	

Area 1: U.I.J. San Andrés: Unidad Infanto-Juvenil compuesta básicamente por: 1 Psiquiatra/Psicólogo/ATS/Administrativo, lo que supondría dotar de 1 Psicólogo, 1 ATS, y 1 Administrativo.

Area 3: Dotar de 2 Técnicos superiores específicos para infanto-juvenil.

Area 4 y 5: Dotar 1 Técnico superior específico infanto-juvenil.

Area 6: Dotar de 2 Técnicos superiores específicos en infanto-juvenil.

4. LA ATENCION A LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

En este apartado se definen los criterios y necesidades básicas que caracterizan la atención a la salud mental infanto-juvenil, así como los objetivos generales por los que se guía.

Particularidades

La atención a la salud mental infanto-juvenil se organiza y actúa en relación a la población comprendida entre los 0 y 15 años. Y aunque el rango de edad (0-15 años) debe ser la norma, los equipos o profesionales que trabajen en este programa, tendrán la suficiente flexibilidad como para tratar algunos casos de edades entre los 16 y 18 años en función de las características psicopatológicas del adolescente y de los acuerdos de colaboración que se establezcan con otros programas asistenciales (adultos, toxicomanías...) de la red de salud mental.

Por otra parte, la atención a la población infanto-juvenil precisa que los profesionales tengan una formación específica para saber manejar los problemas de salud mental que se presenten en la infancia y en la adolescencia.

De esta manera, consideramos que las características de la población infanto-juvenil apoyan la necesidad de unos servicios diferenciados (que no significa aislados), provistos de profesionales con formación específica en infancia y adolescencia por las siguientes razones:

1. La atención a la salud mental de la población infanto-juvenil no se refiere a la atención de una patología específica como pueda ser el caso de las toxicomanías, ni explícitamente a un nivel de cronicidad tan relacionado con otros programas como por ejemplo el de rehabilitación.
2. Las manifestaciones de la psicopatología, su curso y la clínica en la infancia y adolescencia son diferentes a las de la edad adulta. Debiendo además tener en cuenta, que la interpretación de los síntomas depende del desarrollo evolutivo.

3. Los usuarios (los niños y adolescentes) y el contexto donde se desarrollan tienen características diferentes en relación con otras etapas de la vida.
4. La intervención terapéutica en la infancia y en la adolescencia no es una mera adaptación de la terapéutica aplicada a adultos. No solo requiere el empleo de técnicas específicas, sino de una intervención extensiva dado el grado de dependencia del niño con otros contextos (fundamentalmente familia y escuela).

En conclusión, compartimos con otros profesionales que trabajan en la infancia y en la adolescencia que estas razones justifican el respetar unas necesidades de atención y de intervención terapéutica especializada.

Objetivos

Además de seguir los objetivos que se marquen para los centros de salud mental comunitaria en su área, la atención a la salud mental infanto-juvenil tiene como objetivos propios, fundamentalmente los siguientes:

1. Prestar atención integral a la salud mental de los niños y adolescentes.
2. Establecer las intervenciones oportunas que incidan sobre el entorno habitual del niño y el adolescente (familia, escuela, servicios sociales, tutelas, etc.) durante el proceso asistencial.
3. Proporcionar orientación y apoyo a los distintos profesionales que trabajan con niños y adolescentes.
4. Coordinar sus actuaciones a nivel institucional con los dispositivos educativos, sociales, jurídicos y sanitarios.

Criterios de actuación

Se consideran las actuaciones a nivel asistencial y las que tienen una relación de apoyo con otros dispositivos sanitarios y no sanitarios.

A) Entre las actuaciones a nivel asistencial se destacan:

1. La Evaluación: Todo paciente nuevo es estudiado inicialmente a través de esta actividad y de sus resultados se determina la inclusión del paciente a las distintas actividades terapéuticas del programa, o bien se deriva a los recursos o instituciones existentes más apropiadas al caso, acompañado de un informe que justifique tal derivación.
2. Atención Ambulatoria: Se trata de la actividad clínica asistencial e incluye las intervenciones terapéuticas en todas sus modalidades.

3. La Hospitalización parcial o total. Aunque es un recurso que se utiliza y debe utilizarse muy poco en salud mental infanto-juvenil, cuando se encuentra indicada deberá realizarse en los servicios de pediatría de los Hospitales Generales del área y será indicada por los profesionales que trabajen en la Salud Mental Infanto-Juvenil del área correspondiente. Toda hospitalización debe garantizar:
 - La no separación de la madre durante el proceso de hospitalización del niño, salvo en patologías que expresamente sean indicadas por el terapeuta responsable.
 - Sensibilización del personal de enfermería a través de protocolos informativos.
 - Seguimiento por parte del terapeuta responsable del caso o implicación en los cuidados del paciente durante el periodo que dure la hospitalización.
 4. Urgencias psiquiátricas infantiles. Se tratan en los servicios de urgencia pero pasarán derivadas a través de la atención primaria con cita preferente a la atención de infanto-juvenil del área.
 5. Atención asistencial intensiva destinada a pacientes con una psicopatología grave y que necesitan de una atención y de unos recursos de forma más intensiva de la que se pueden ofrecer a un nivel ambulatorio tradicional. Su objetivo principal sería la detección y tratamiento precoz para mejorar el pronóstico. Esta atención debe articularse a través de intervenciones terapéuticas programadas.
- B) Respecto a las actuaciones de apoyo a otras instituciones o dispositivos, se destacan:
1. La de apoyo a la atención primaria , especialmente a los pediatras y médicos de familia, para un mejor abordaje de los aspectos psíquicos del enfermar. Este es un criterio importante de salud integral que además evita la derivación de muchos niños a la asistencia psiquiátrica y restringe la cronificación de los pacientes.
 2. Coordinación con servicios sociales e INSERSO. Fundamentalmente en los programas de ayuda a la familia, ayuda al menor, casas cuna, hogares infantiles, educadores de familia...
 3. La coordinación o conexión con los jueces y/o las instituciones judiciales. Especialmente con las Comisiones de tutela de menores, adopción y malos tratos y equipos de valoración de familias (separación y divorcio).
 4. Asesoramiento a los gabinetes psicopedagógicos, equipos de Atención Temprana y Centros de educación especial coordinando con los profesionales relacionados con la educación del área sanitaria correspondiente en aquellos casos que lo requieran.

Necesidades y recursos

El desarrollo de la atención a la Salud Mental infanto-juvenil en los centros de salud mental, precisa de una serie de necesidades y recursos relacionados con el espacio e instrumentación exploratoria y terapéutica. Siguiendo los derechos de la infancia aprobados por la O.N.U. (1989), y más tarde reconocidos y expresados en el Parlamento español (1990) se destacan el derecho a que la infancia sea atendida en lugares apropiados para ello.

Consideramos que la distribución del espacio sería la siguiente:

1. Area de recepción, administración, acogida y espera.
2. Area de consultas: Psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social.
3. Sala de grupos, sesiones clínicas, reuniones del equipo....
4. Sala de ludoterapia, observación, exploración...
5. Area de servicios: Aseos, almacén, registro.

INSTRUMENTACION EXPLORATORIA Y TERAPEUTICA

Los profesionales a cargo de la atención infanto-juvenil en materia de salud mental deberán de tener en cuenta la utilización de una serie de instrumentos básicos para realizar una valoración exploratoria lo más exhaustiva posible aunque pueda complementarse con otras fuentes de información.

De la misma manera, consideramos importante la utilización de este material para desarrollar una metodología de observación que en ocasiones cumple las funciones de diagnóstico y terapéutica.

Consideramos como instrumentos de exploración terapéutica los siguientes:

Material psicométrico

- Tests cognitivos
- Tests perceptivos
- Tests lenguaje
- Tests psicomotor
- Tests personalidad

Material proyectivo

- Tests proyectivo
- Material lúdico-simbólico
- Material de expresión plástica

Material de observación y audiovisual

- Cámara Gesell
- Cámara de vídeo
- Cassette para grabaciones
- Instrumentos musicales

Material Psicomotor y de relajación

- Colchonetas
- Espejos
- Pizarras
- etc...

Material de exploración clínica

- Peso
- Tallímetro
- Fonendoscopio
- Efignomanómetro
- Martillo de reflejos
- Botiquín de urgencias

5. EL EQUIPO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

Composición y n.º de profesionales

En la actualidad la composición del equipo infanto-juvenil depende de las desigualdades de las áreas en cuanto a su tamaño. No obstante, se prescribe que en un futuro se siga el criterio de equidad mediante la dotación o distribución de los profesionales y recursos proporcionalmente a la demanda existente en las áreas y el criterio de adaptabilidad de los recursos a las necesidades concretas del sector de población que corresponda.

El equipo profesional que se encarga del programa infanto-juvenil está básicamente formado por:

- Psiquiatra
- Psicólogo
- Enfermería
- Trabajador social
- Auxiliar administrativo

Estas profesiones estarán presentes en los centros de salud mental según las necesidades de cada área. De la misma manera debe nombrarse un responsable o coordinador por cada área de referencia de la atención a la salud mental infanto-juvenil.

De forma orientativa la tasa de empleo percentual de los recursos humanos utilizados en otras comunidades es el siguiente: 25%, 40%, 25% y 25% que corresponderían a las profesiones de psiquiatra, psicólogo, enfermería y trabajador social respectivamente que en comparación con otros programas resultaría de la siguiente manera:

	PSIQ. GENERAL Y PSICOGERIAT.	PROGRAMA ESP. DROGODEPENDENC.	PROGRAMA ESP. INFANTIL
Psiquiatras	50%	25%	25%
Psicólogos	40%	20%	40%
D.E. Salud Mental	50%	25%	25%
T.S.	50%	25%	25%

No obstante, este es simplemente un dato aproximativo y como tal debe considerarse, ya que determinadas poblaciones y con independencia de su tamaño, por sus características sociodemográficas pueden presentar una mayor demanda que otras (v.g.: población industrial versus población rural). Por tanto también debemos atender a los datos comunitarios y sobre utilización de los servicios para establecer un ratio de empleo.

Funciones del equipo infanto-juvenil

Las funciones a desarrollar por el equipo o profesionales que trabajan en el programa de salud mental infanto-juvenil son las siguientes:

1. Asistenciales y reeducativas o rehabilitadoras
 2. Promoción y prevención
 3. Formación, investigación y docencia
 4. Coordinación
1. En relación con las funciones asistenciales y reeducativas, destacamos las siguientes:
 - 1.1. Atención especializada a los pacientes remitidos por los canales de derivación.
 - 1.2. Atención a consultas y derivaciones preferentes, intervención en crisis y visitas domiciliarias.
 - 1.3. Participar en los programas de tratamientos intensivos.
 - 1.4. Interconsultas hospitalarias y extrahospitalarias.
 2. Respecto a las actividades de prevención y promoción, destacamos:
 - 2.1. Apoyar a los equipos de atención primaria incluyendo actividades de formación, asesoría, supervisión, e interconsulta. Los objetivos serán los siguientes:
 - Difusión de los servicios para poder llegar a los usuarios potenciales.
 - Aumentar el conocimiento de los problemas de salud mental que la población infanto-juvenil puede presentar en atención primaria e integrar esta atención en salud mental en los programas generales de atención a la salud del niño.

- Que atención primaria pueda atender con asesoramiento y supervisión por parte del equipo de salud mental infanto-juvenil aquellos casos que no requieran una intervención especializada.
- Derivación y filtraje de los usuarios que superen sus competencias a los equipos de salud mental infanto-juvenil, colaborando en su resolución.

En los casos en que proceda la prevención y promoción de la salud mental infanto-juvenil debe realizarse desde los "programas del niño sano".

- 2.2. Apoyar a las unidades de hospitalización de pediatría en casos de niños somáticamente graves o de intervenciones quirúrgicas incluyendo información, asesoramiento e intervención.

Objetivos

1. Informar y orientar a los padres acerca del estado psicossomático del niño y de sus necesidades prioritarias.
 2. Crear un espacio de elaboración y ajuste de estos contenidos informativos a las condiciones concretas de los familiares, a través de grupos de padres, etc...
 3. Reducir la ansiedad en la familia y proporcionar una colaboración apropiada en el proceso terapéutico del niño.
- 2.3. Apoyo a instituciones educativas con especial atención a los casos de fracaso escolar y dificultades de lenguaje. En tanto que muchos de ellos conllevan dificultades emocionales y afectivas.

Objetivos

1. Informar a la Institución Educativa acerca de los problemas emocionales de adaptación que se solapan con problemas de aprendizaje.
2. Favorecer el cribaje de aquellos niños que requieran una atención especializada.
3. Abordaje de determinados casos en colaboración con psicólogos escolares o equipos psicopedagógicos.

3. En relación a la formación, investigación y docencia

La formación continuada que reciben los profesionales del equipo ejerce una labor importante en tanto que potencia los recursos humanos integrados en un equipo de trabajo clínico. Pero por otra parte también debe garantizarse el que esta formación sea compartida entre los profesionales. Este aspecto se hace especialmente importante cuando los miembros del equipo de salud mental infanto-juvenil no solo tienen diferentes concepciones teóricas sino también diferentes niveles de formación. La coexistencia de distintas orientaciones teóricas puede ser enriquecedora si se canaliza hacia la tolerancia de estas desigualdades para ofrecer una oferta de servicios más amplia y

variada. En este sentido la formación continuada debe proporcionar ese espacio en el que se comparta e integren los diferentes niveles (cualitativa y cuantitativamente) de formación de los profesionales.

Este proceder también se contempla en la investigación y docencia. En este sentido la investigación debe dirigirse a potenciar un mayor conocimiento sobre los aspectos clínicos del enfermar y sobre el funcionamiento del programa de salud mental infanto-juvenil de acuerdo a la demanda de la población que recibe.

Por otra parte, la docencia pone de manifiesto la importancia de la integración profesional, motivación y formación del propio equipo de salud mental infanto-juvenil para proporcionar la calidad de formación necesaria a los futuros profesionales. Esta actividad debe discutirse y programarse conjuntamente con los responsables del ámbito académico correspondiente (Universidad, Escuelas Universitarias) para la negociación de objetivos, rotación y duración de la docencia de manera que se adapten a la dinámica asistencial de cada dispositivo.

El equipo o profesionales que trabajen en el equipo de atención a la salud mental infanto-juvenil, deberán participar en el programa de formación continuada que se diseñe cada año, a través de la Comisión de Docencia u otra resolución administrativa, en la cual representará las demandas de formación requeridas por los profesionales de cada área.

Por otra parte, el equipo de salud mental infanto-juvenil o profesionales de cada área deben garantizar una evaluación de las actividades de investigación que se realicen y estén programadas desde la administración sanitaria o por ellos mismos en las memorias anuales.

La líneas de investigación más prioritarias son:

- Aspectos clínicos de la psicología infanto-juvenil
 - Diagnóstico
 - Psicopatología
 - Tratamiento
- Evaluación de las necesidades asistenciales infanto-juvenil
- Estudios epidemiológicos sobre morbilidad infantil (prevalencia e incidencia).
- Factores que influyen en la utilización de servicios.

4. En relación a la coordinación

Al igual que sucede en la atención a la salud mental en adultos, la coordinación con otras instituciones sanitarias y no sanitarias constituye una de las actividades más importantes en el análisis y manejo de la mayoría de los casos. Quizás en mayor grado, en la asistencia a la salud mental infanto-juvenil dada la extensividad del tratamiento (familia, escuela, niño, etc...) .

Esta actividad se desarrolla en mayor detalle en el apartado 6.4.

Funciones de los profesionales

PSIQUIATRA

- Atención especializada a la población infanto-juvenil en régimen ambulatorio en las distintas modalidades terapéuticas incluyendo la prescripción psicofarmacológica.
- Indicación de hospitalización y 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.
- Colaborar y en determinadas ocasiones tomar la iniciativa de 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, etc...

PSICOLOGO

- Atención especializada a la población infanto-juvenil en régimen ambulatorio en las distintas modalidades terapéuticas.
- 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.
- Colaborar y en determinadas ocasiones tomar la iniciativa de 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, etc...

ENFERMERO

- Prestar cuidados de enfermería 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 a las normas establecidas.
- Fomentar la salud mental, promoviendo cambios de comportamiento 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, forma de satisfacerlos 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 las tareas administrativas, elaboración de estadísticas, memorias, etc...

TRABAJADOR SOCIAL

- Realización de la historia social del paciente para el conocimiento de las interacciones existentes en los distintos contextos: social, educativo, familiar, económico y cultural
- Realización de 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 las tareas administrativas, 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 el libro de registro.
- Hacerse cargo del archivo de historias clínicas y distribución diaria de las historias de los profesionales.
- Garantizar y controlar el suministro de material fungible.
- Aquellas otras tareas que pueda darle el coordinador del centro.

6. FUNCIONAMIENTO

El modo de funcionamiento de un servicio realizado por un equipo clínico incide sobre la calidad de las prestaciones que se proporcionan a la población. De esta manera, contemplamos que los distintos elementos de la organización y su funcionamiento interactúan para crear un perfil de calidad del servicio que se inicia desde la propia recepción del usuario.

6.1. Vías de entrada

La principal vía de entrada a la atención en salud mental infanto-juvenil será fundamentalmente la atención primaria. Ello conlleva un contacto mayor con pediatras y médicos de familia y el desarrollo de una metodología de trabajo conjunta no sólo para mejorar la discriminación en los casos de derivación, sino también para incidir en un mejor abordaje de aquellos casos que no precisen específicamente de los servicios especializados, o que requieran interconsultas.

Requisitos de entrada a la atención en salud mental infanto-juvenil desde las Unidades de Hospitalización psiquiátrica o pediátrica.

La derivación desde estas unidades de hospitalización se refiere a la población juvenil a partir de los 14 años y menor de 14 años para las Unidades de Hospitalización psiquiátrica y pediátrica respectivamente.

1. Se recibirán directamente las altas hospitalarias al servicio de salud mental infanto-juvenil sin que sea necesario su paso por la atención primaria.
2. Cuando se vaya a producir el alta, la unidad concertará su próxima cita de seguimiento en el servicio de infanto-juvenil del área correspondiente. En el informe de alta que se entrega al paciente, se incluirá el lugar, fecha y hora de consulta.
3. Esta cita no debe exceder los quince días a excepción de aquellos casos en que dado el estado clínico y necesidades del paciente se acuerde de manera diferente.
4. Si se precisa más información, ésta se solicitará al profesional que estuvo encargado del caso durante la hospitalización.

REQUISITOS DE ENTRADA DESDE OTRAS INSTITUCIONES SANITARIAS Y NO SANITARIAS

Derivaciones de servicio sociales

Se remitirán a la atención primaria con un informe que justifique la demanda a la atención en salud mental infanto-juvenil del área que le corresponda.

Escuelas o instituciones educativas

Se remitirán a la Atención Primaria del área correspondiente para que sea esta quien derive la demanda a la Atención en Salud Mental Infanto-Juvenil.

Estudios, diagnósticos y peritaje: Se realizan a petición de Tutores o Juez, a la atención a la salud mental infanto-juvenil del área que corresponda.

Centros de Salud Mental y Centros de Atención a Drogodependientes
Directamente con informe de derivación que justifique la demanda.

Especialistas sanitarios

A través de Atención Primaria previo informe que justifique la demanda.

OTRAS POSIBLES VÍAS DE ENTRADA QUE PUEDEN GENERARSE

Readmisión

Paciente con más de 6 meses de no atención en el centro, bien por alta o por abandono y que al volver al programa de infanto-juvenil deberá hacerlo a través de la atención primaria.

Juzgados

Se atenderán a los pacientes enviados por jueces, procurando adaptar las peticiones del juez a las necesidades clínicas del paciente y de la organización del programa.

Compañías de Seguros sanitarias

Previo acuerdo de contratación de servicios por el S.M.S., su vía de entrada seguirá siendo la atención primaria.

6.2. Recepción y acogida

El trabajo en equipo se pone de manifiesto desde la entrada del usuario. Este trabajo supone una metodología de recepción de la demanda, de asumir esa demanda, de evaluarla adecuadamente en un proceso psicodiagnóstico y el tomar una serie de decisiones en la intervención que comprometa a una parte o a todo el equipo; pero debe ser el equipo el que contribuya y participe desde sus distintas funciones a ese compromiso.

La recepción administrativa

Constituye el primer paso en la recepción del usuario. Es entonces cuando el personal administrativo recogerá los datos iniciales de los pacientes derivados desde atención primaria, u otras vías de entrada. Después organizará su entrada al servicio de salud mental infanto-juvenil, según los cauces establecidos por los servicios sanitarios y los que establezca el propio equipo de salud mental infanto-juvenil.

En esta primera recepción el personal administrativo informará y orientará a los usuarios y familiares que lo soliciten. Para ello utilizará la información escrita sobre la organización, funcionamiento y uso de los servicios en los folletos informativos.

Acogida

Se entiende por acogida la intervención que se realiza por primera vez con la demanda que llega al servicio de salud mental infanto-juvenil. Este paso supone la puerta de entrada al nivel de atención especializada tras una primera valoración que tiene por objetivos los siguientes:

1. Obtener la información necesaria para la toma de decisiones.
2. Estructurar y filtrar la demanda a través de la derivación a otros dispositivos en caso de que así competa.
3. Coordinar con otros dispositivos asistenciales y no asistenciales (C.S.M., Unidades Hospitalarias, Servicios Sociales, Educación, etc...).
4. Informar a los usuarios y a sus familiares sobre los servicios terapéuticos e intervenciones programadas que se ofertan.
5. Ofrecer al equipo de salud mental infanto-juvenil la información obtenida así como aquellas decisiones (derivación, petición de informes, pruebas...) que se tomaron durante este proceso.

Esta información recabada durante la acogida se presenta en reuniones periódicas al equipo, donde tras su lectura, decidirá las líneas a seguir respecto a recabar mayor información, respecto al tipo de tratamiento, y en relación a las implicaciones en el mismo por parte de los distintos profesionales. Así mismo se procederá a la asignación de un profesional responsable del caso.

Tras la reunión se comunicará a los usuarios de su próxima cita y el nombre del terapeuta con quien debe estar en contacto

La entrevista de acogida puede realizarla un profesional de psiquiatría infantil, psicología y/o enfermería.

Observaciones

- El tiempo medio para una entrevista de acogida es de 30 a 35 minutos.
- En la acogida se manejan aspectos importantes de relación con el usuario, favoreciendo su recepción y su futura adhesión al tratamiento.
- Las acogidas durarán un tiempo definido, una vez finalizada la acogida, incluidas las reuniones, el personal se incorporará a las consultas o programas terapéuticos correspondientes.

6.3. Coordinación interna

Se trata de una actividad que se realiza entre los profesionales de un mismo servicio (C.S.M. y programas específicos) por razones asistenciales, de prevención, formación, investigación adscritos a un mismo área de población.

Los principales objetivos de la coordinación interna son:

- Organizar aspectos internos sobre el funcionamiento de la asistencia que influyan en la calidad y agilidad del proceso terapéutico.
- Elaborar programas terapéuticos de atención conjunta (v.g.: infanto-juvenil y toxicomanías).
- Desarrollar los objetivos anuales del dispositivo asistencial para el área de población de referencia.
- Para el análisis de situación, toma de decisiones y resolución de problemas en aquellos casos que lo requiera.
- Información y colaboración en la gestión de recursos.

Observaciones

- Se llevará a cabo por medio de reuniones por el profesional o profesionales implicados y en casos puntuales por comunicación telefónica previo aviso o cita.
- Su contenido deberá estar básicamente estructurado o estar exento de improvisaciones, para que la coordinación sea más eficaz.

6.4. Coordinación externa

Se entiende como una actividad que se establece entre los profesionales de distintas instituciones o dispositivos sanitarios o no sanitarios al objeto de abordar una tarea que compete a ambas partes.

En la atención a la salud mental infanto-juvenil se precisa de la relación tanto con los dispositivos sanitarios de la red, como con aquellos que no pertenecen a éste ámbito.

Relaciones con otros servicios sanitarios

Como ya apuntábamos con anterioridad en el documento, las relaciones que los profesionales de salud mental infanto-juvenil están más obligados a mantener son las siguientes:

- Atención Primaria (médicos de familia y pediatras).(E.A.P.)
- Unidades de psiquiatría en hospitales generales.
- Unidades de pediatría en hospitales generales.
- Servicios de urgencias.
- Servicios de rehabilitación.
- Equipos de salud mental infanto-juvenil de las distintas áreas de la Comunidad Autónoma para:
 - Unificar criterios de actuación
 - Seguimiento conjunto del desarrollo de los programas puestos en marcha
 - Para discutir programas de prevención, formación e investigación.

Relaciones con otros dispositivos no sanitarios

Dado el reconocimiento de la importancia que tienen las relaciones con otras instituciones no sanitarias en el tratamiento de la problemática infanto-juvenil, esta actividad cobra gran importancia dentro la atención a la salud mental infanto-juvenil.

a) Area educativa

- A nivel organizativo: Con la Delegación Provincial de Educación para programar una coordinación general y distribuir competencias y funciones.
- A nivel asistencial: Con los distintos dispositivos de atención al menor con que cuente la Consejería de Educación en el área de referencia, en el caso de solicitar asesoramiento y colaboración en el tratamiento y seguimiento de niños o de derivación (tanto de salud mental a educación como viceversa).

b) Area de servicios sociales

- A nivel central: Para planificar y coordinar la utilización de recursos con los que se cuenta.
- A nivel asistencial: Con los distintos dispositivos dependientes de servicios sociales para asesoramiento, tratamiento conjunto o derivación.

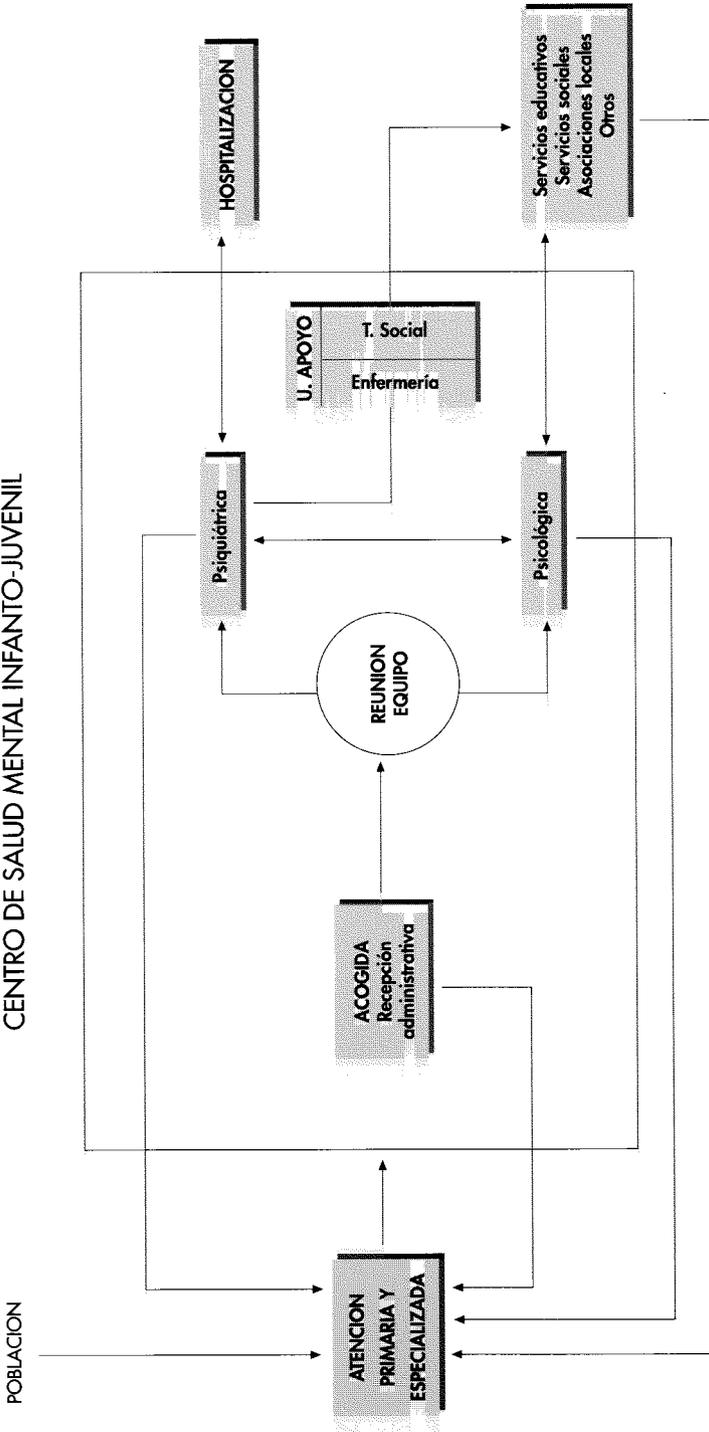
c) Otras

Equipos dependientes de Ayuntamientos o cualquier otro Organismo que desarrolle actuaciones en relación a la población infanto-juvenil.

Observaciones

- Los cauces de coordinación con los distintos dispositivos que requieran un cumplimiento obligado, deben estar protocolizados.
- Dependiendo del tipo de coordinación que se realice, siempre habrá un profesional responsable o en última instancia el coordinador del servicio.
- En la elaboración de programas de coordinación se prioriza el programa de coordinación con atención primaria y hospitalización. Estos deben tener un encuadre y periodicidad determinados.
- Al igual que en la coordinación interna, se creará un espacio a través de reuniones o comunicaciones previa cita, entre los profesionales responsables.

ESQUEMA DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL



7. ORGANIZACION

7.1. En el sistema sanitario

La atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil se organiza en los equipos de salud mental comunitaria de cada área correspondiente.

La atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil al igual que la atención a adultos se sitúa a un nivel especializado dentro del sistema sanitario y tendrá como referencia a los centros de atención primaria de donde pueden recibir la demanda a través de los médicos de familia, generales y pediatras, una vez respetados los canales de entrada.

Por otra parte la atención a la salud mental infanto-juvenil de cada área deberá tener como referencia las unidades de pediatría hospitalaria para cumplir sus necesidades de hospitalización. En este proceso los profesionales del equipo de infanto-juvenil deberán estar implicados en base a la "continuidad de cuidados".

Los profesionales de salud mental infanto-juvenil también deberán coordinar con los servicios ya existentes de rehabilitación del área que proporcionen programas o actividades que sean pertinentes a la población juvenil desde los servicios sociales, centros de día, URAS, etc..., o en su defecto deberá tener unos dispositivos o actividades de rehabilitación propias.

7.2. En su administración y gestión interna

La administración de la atención a la salud mental infanto-juvenil dependerá de las directrices que se marquen desde el Servicio Murciano de Salud, organismo en el cual se enmarca el cuidado a la salud mental de la región. No obstante, en cuanto a la planificación, programación y evaluación de los servicios seguirá las recomendaciones del Plan Regional de Salud Mental en general y otros documentos específicos (v.g: guías de trabajo obtenidas a través de comisiones etc.) que el área de salud mental disponga.

La atención a la salud mental infanto-juvenil dependerán jerárquicamente de la jefatura de área, según se disponga en el futuro decreto de estructura del S.M.S.

En su gestión interna el equipo o profesionales encargados de la salud mental infanto-juvenil tendrá un coordinador con unas funciones específicas e independientes a las de su trabajo como clínico-terapeuta. Esta posición laboral será reconocida administrativa y presupuestariamente en el decreto de estructura del área de salud mental.

Este coordinador será nombrado entre los técnicos superiores, por el jefe de área de salud mental de quien dependerá jerárquicamente. El nombramiento tendrá una validez de dos años pudiendo ser renovado por dos años más.

7.3. Funciones del coordinador

Las funciones y responsabilidad del coordinador serán las siguientes:

1. Representar oficialmente al equipo en las competencias profesionales que así lo requieran.
2. Asumir la jefatura de personal del equipo.
3. Garantizar el cumplimiento por parte de los miembros del equipo de los objetivos generales y específicos programados, incluyendo las actividades que se generen de los mismos.
4. Asegurar y en ocasiones facilitar una adecuada coordinación y relación del servicio con otros recursos disponibles en el área.
5. Promover las actividades de formación e investigación que se programen.
6. Garantizar la evaluación periódica de las actividades que se realicen.

8. LA ATENCION ASISTENCIAL/OFERTA DE SERVICIOS

Consideramos la asistencia como una actividad esencial y prioritaria en la atención a la salud mental infanto-juvenil.

No obstante, debemos tener en cuenta que el trabajo asistencial en un servicio público debe tender a proporcionar la mayor calidad posible en las prestaciones al mayor número de usuarios.

Por tanto la elaboración de programas asistenciales o las intervenciones terapéuticas programadas se hacen necesarias para agilizar y garantizar una adecuada cobertura. En el ámbito de la salud mental esta programación debe ser siempre flexible debido a los diferentes problemas psicosociales asociados con una misma psicopatología y que influyen tanto en el pronóstico como en el tratamiento de la misma.

En todo caso, los objetivos de la actividad asistencial deben estar dirigidos a:

- Aproximarnos a las necesidades del usuario y darle una respuesta lo más inmediata posible.
- A que esta respuesta garantice la atención integral e integrada por los distintos profesionales.
- A la coordinación con los distintos recursos del área para facilitar un apropiado uso y aprovechamiento de los mismos.

8.1. Intervención Médico-Psiquiátrica

Es aquella intervención que se realiza utilizando técnicas de exploración, diagnóstico y tratamiento, derivadas de las distintas teorías y modelos de la psiquiatría que dan respuesta a la concepción médico-biológica y psicosocial de la enfermedad mental.

Esta intervención recae sobre los psiquiatras que trabajan en la atención a la salud mental infanto-juvenil.

La intervención psiquiátrica se realiza a través de:

- La evaluación psiquiátrica.
- El tratamiento psiquiátrico

La evaluación psiquiátrica

Es el proceso de estudio de la psicopatología del paciente y de su entorno familiar, escolar y social que se realiza a través de la historia clínica con fines diagnósticos y de orientación terapéutica.

Metodología

- Anamnesis
- Exploración somática y neurológica básica
- Exploración psicopatológica
- Exploraciones complementarias
- Valoración de la situación familiar, escolar y social
- Diagnóstico diferencial

Este proceso se debe desarrollar en varias entrevistas con los padres y el paciente. En los casos que se considere conveniente se realizarán interconsultas con otras instituciones (sanitarias, educativas y sociales) para elaborar un juicio diagnóstico y realizar las orientaciones terapéuticas necesarias.

El tratamiento psiquiátrico

Es aquella intervención médico-psiquiátrica con fines terapéuticos, realizados en pacientes con problemas de salud mental utilizando los recursos terapéuticos de las distintas teorías y modelos de la psiquiatría.

1. Tratamiento biológico

Es la respuesta terapéutica a la concepción médico-biológica de la enfermedad mental. Es necesario informar al paciente y a la familia de las características de estos tratamientos para estimular su confianza en los mismos.

- a) Psicofarmacológico: Mediante la prescripción, control y seguimiento de la medicación.
- b) Indicación de hospitalización: En aquellos casos en los que hayan fracasado las demás terapéuticas ambulatorias o que por las características que acompañan a la psicopatología se vea necesaria su indicación. En la población infanto-juvenil esta alternativa terapéutica deberá utilizarse lo menos posible.
- c) T.E.C: Su posible utilización queda reducida al ámbito hospitalario.

2. Tratamientos psicoterapéuticos

Es la respuesta terapéutica al modelo biopsicosocial de la enfermedad mental. Sus distintas modalidades se contemplan basicamente en:

- Psicoterapias individual.
- Psicoterapias grupal.
- Psicoterapias familiar.

Objetivos

- Aumentar el conocimiento del paciente sobre las motivaciones internas y externas de su situación clínica y modificar las respuestas patológicas sobre las mismas.
- Estimular a los pacientes a posiciones más activas en el entendimiento y resolución de sus problemas mentales.
- Favorecer el desarrollo evolutivo armónico del niño.
- Favorecer el mejor funcionamiento de la dinámica familiar y modificar aquellas situaciones familiares que interfieren en el desarrollo evolutivo adecuado del niño.

3. Intervenciones comunitarias

Aquellas destinadas a incidir en el ámbito sanitario, escolar y social.

8.2. Intervención Psicológica

Es la intervención que se realiza a través de la utilización de las técnicas de evaluación psicodiagnóstica y de la aplicación de tratamientos psicológicos derivados de las distintas teorías y modelos de la psicología. Esta intervención recae sobre los psicólogos clínicos en la atención a la salud mental infanto-juvenil.

La intervención psicológica se realiza a través de:

- El psicodiagnóstico clínico.
- El tratamiento psicológico.

El psicodiagnóstico clínico

Mediante este proceso se evalúa la intervención de variables cognitivas, emocionales, conductuales y ambientales con la finalidad de discriminar la presencia o ausencia de psicopatología.

El psicodiagnóstico constará de una o varias entrevistas. La elección y aplicación de las pruebas estará en función del objeto de la evaluación y de las características del niño y la familia evaluada.

Consideramos que los objetivos a través del psicodiagnóstico serían:

- Establecer un diagnóstico diferencial.
- Informar a pacientes y familiares de la situación clínica actual.
- Proporcionar información a las instituciones pertinentes sobre las repercusiones de los comportamientos de los pacientes en el ámbito social, escolar, judicial requerida de acuerdo a los cauces establecidos.

Fases del proceso de psicodiagnóstico:

- 1ª Complimentación de la historia clínica.
- 2ª Aplicación de pruebas o tests.
- 3ª Evaluación de resultados.
- 4ª Devolución al joven y sus familiares sobre su situación clínica.

Tratamiento Psicológico

Se trata de la intervención psicológica con fines terapéuticos realizada en pacientes con problemas de salud mental utilizando técnicas psicológicas.

El objetivo de la psicoterapia es reducir y/o eliminar el estado de malestar y sufrimiento psíquico que el paciente y/o su familia padece.

Los objetivos específicos serían:

- Aumentar el conocimiento del paciente y su familia sobre su problemática actual para iniciar la modificación de la respuesta patológica ante la misma.
- Estimular a los pacientes y a su medio sociofamiliar a posiciones más activas en el entendimiento y resolución de problemas.
- Facilitar a los pacientes los recursos personales necesarios para una adecuada adaptación funcional.
- Generalizar la intervención terapéutica a los diversos contextos en los que participa el niño.
- Las modalidades de tratamiento psicológico se basan fundamentalmente en:
 - Psicoterapia individual y/o familiar
 - Psicoterapia grupal

La psicoterapia individual y/o familiar estará siempre encuadrada en un proyecto terapéutico que atienda a las necesidades del paciente y los objetivos terapéuticos marcados dentro de un tiempo de duración limitado.

El límite orientativo de duración de las intervenciones terapéuticas vendrá condicionado por la mayor brevedad posible para evitar la cronicidad y dependencia de los dispositivos.

Valoraremos las indicaciones de este tipo de tratamiento teniendo siempre en cuenta que su eficacia dependerá en casi la totalidad de los casos de las intervenciones familiares.

Entendemos por intervención familiar la actuación dirigida a la información y orientación de la familia y a la modificación de actitudes que interfieren en el proceso terapéutico del niño.

Entendemos por psicoterapia grupal aquella modalidad que puede darse a dos niveles:

- Psicoeducativa, dirigida a padres
- Psicoeducativa, dirigida a niños o adolescentes.
- Psicoterapéutica, dirigida a niños y adolescentes.

Observaciones para ambos tipos de intervenciones (psiquiatría, psicología):

El psicodiagnóstico infanto-juvenil, se considera un proceso muy importante dadas las características propias de esta población:

- Alto grado de comorbilidad.
- Influencia de los factores evolutivos en la interpretación de los síntomas.
- Especificidad situacional de la patología (v.g.: escuela versus familia).
- La iniciativa de la demanda la realizan fundamentalmente los adultos (familia, escuela, etc...) no el niño.

8.3. Intervención de enfermería

Es aquella intervención que tiene como finalidad los cuidados en salud mental y que valora, diagnostica e interviene en base a un modelo de enfermería. Esta intervención recae sobre las enfermeras/os de los equipos de salud mental.

Actividades específicas

- Prestación de cuidados de enfermería a la población infanto-juvenil
- Educación para la salud del paciente y familia en relación a la prestación de cuidados.
- Interconsulta/coordinación con la enfermería de primer y tercer nivel para el seguimiento individualizado de casos.
- Administrar tratamientos farmacológicos.
 - Observación de efectos secundarios al tratamiento
 - Garantizar la adherencia al tratamiento y al centro
- Conseguir el mayor grado de autonomía del paciente promoviendo el autocuidado.

Actividades interdependientes

- Colaborar en el control y seguimiento de los pacientes que están siendo atendidos en el centro.
- Realizar visitas domiciliarias e institucionales en situaciones concretas que sean necesarias en el tratamiento del paciente.
- Prestar cuidados de forma integral a problemas relacionados con otras enfermedades, promoviendo medidas higiénicas, dietéticas, etc...
- Participar y colaborar en las distintas intervenciones terapéuticas que se realicen en el centro de salud mental. Grupos de relajación, de padres, adolescentes, habilidades sociales, etc...

8.4. Intervención socio-familiar

Definición

La intervención socio-familiar en el ámbito de la Salud Mental Infanto-Juvenil, es aquella que atiende la problemática socio-familiar que enmarca al menor, además valora, diagnostica e interviene en las acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida del paciente y de su contexto más próximo.

Se fundamenta dicha intervención porque la familia es el núcleo fundamental de desarrollo del niño o adolescente, y cualquier handicap o problema que exista en su interior, repercute de forma importante sobre aquel, considerándose desde aquí la familia y su unidad como una fuente de recursos básicos para atender a sus miembros.

Objetivos

- Mejorar las condiciones de vida del menor y su familia en su propio contexto.
- Atender la problemática socio-familiar presentada, así como capacitar a la familia para el uso adecuado de los recursos existentes.
- Gestionar y orientar sobre los recursos necesarios al caso.
- Intervenir en el medio-familiar, escolar y comunitario, pues son núcleos de detección de aquellas carencias que repercuten de forma directa sobre el desarrollo del paciente.
- Fomentar la participación e integración del menor en actividades asociativas, deportivas, lúdicas, de ocio y tiempo libre de la zona por considerarse que son un espacio fundamental en el proceso de desarrollo del niño/adolescente.

Tipos de intervención

La intervención social, actuaría a tres niveles de actuación: Individual, familiar y comunitario, siempre en colaboración y apoyo al tratamiento, incidiendo especialmente sobre los núcleos básicos que influyen en el crecimiento físico, psíquico y social del paciente, como son: la familia, el medio escolar y el comunitario, a través de actividades asociativas y de ocio y tiempo libre.

a) Nivel individual

- Favoreciendo el proceso de socialización o desarrollo del paciente, apoyando dicho proceso en su propio contexto socio-familiar.
- Seguimiento periódico del paciente en el medio escolar y en todas las actividades propuestas en otros ámbitos.
- Ofrecerles la utilización de aquellos recursos comunitarios existentes en la zona como medios de integración.
- Orientarles hacia la realización de actividades ocupacionales, de ocio y tiempo libre para fomentar la relación-interacción con sus iguales, la comunicación y participación.
- Potenciación de hábitos y/o capacidades de autonomía y autovalimiento personal.
- Gestión de recursos sociales de apoyo, necesarios para mejorar su calidad de vida, tales como: prestaciones, ayudas económicas, becas, asistencia a campamentos, talleres, etc...

b) Nivel familiar

- Investigación previa de los recursos propios que dispone la familia para intentar hacerles comprender mejor el problema.
- Animar los propios recursos potenciales de la familia, para inducir un cambio en la dinámica de comportamiento familiar respecto al paciente y en relación a la superación de la situación disfuncional.
- Asesoramiento, escucha, orientación y apoyo al medio familiar en sus aspectos más cotidianos de aprendizaje de hábitos básicos de organización doméstica en el caso de que carezcan de ellos.
- Realización de entrevistas sociales al núcleo familiar o a algunos de los miembros que la componen.
- Observación directa, a través de visitas domiciliarias del entorno socio-familiar para un acercamiento a la situación real que rodea al paciente y a su familia.
- Estimular y apoyar los canales socio-afectivos por los que el menor circula, fomentando la responsabilidad familiar para así trabajar con ella en su contexto de colaboración.
- Potenciación de la paertura del medio-familiar al medio-social fomentando, por tanto, al asociacionismo.

c) Nivel comunitario

- Apoyo a la integración social en los recursos de la comunidad mediante la información, derivación, colaboración y seguimiento a través de sus profesionales.
- Contacto con Instituciones, asociaciones y otros recursos utilizados para llevar a cabo el seguimiento del proceso de integración.
- Coordinar aquellas variables de intervención primaria: educación, salud, servicios sociales y otros recursos, como respuesta integral y global a las necesidades de estos pacientes, para garantizar la evolución del caso.
- Intervenir en la corrección de actitudes sociales marginadores en las instancias responsables y medios de comunicación.

8.5. Intervenciones terapéuticas programadas

Definición

Son aquellas en las que se establece una planificación que describe y ordena un conjunto de acciones que se dirigen hacia el logro de unos objetivos con un determinado grupo de pacientes.

Para la programación de este tipo de intervenciones se requiere identificar el grupo de pacientes que presentan una problemática similar en términos poblacionales y epidemiológicos. Esto permite justificar la elección de prioridades.

Directrices

Dentro de las actividades asistenciales en la atención a la salud mental infanto-juvenil se establecerán programas prioritarios de atención terapéutica. Teniendo en cuenta los siguientes criterios, que pueden ser exclusivos pero no excluyentes:

1. Tipo de psicopatología
 - Gravedad
 - Deterioro funcional
 - Cronicidad
2. Magnitud del problema. Sobre todo si existe un aumento en el número de casos (incidencia administrativa).
3. Desarrollo evolutivo del usuario infanto-juvenil.
4. Presentación de comorbilidad asociada.
5. Coste-efectividad, es decir, la inversión de recursos materiales y humanos en relación a los resultados de recuperación obtenidos. Teniendo también en cuenta que debemos considerar el coste de no tratar el problema.

Diseño de una intervención terapéutica programada

Propósito

Sería el enunciado global de lo que se pretende lograr a través del programa. Es decir responde a la pregunta ¿para qué servirá el programa?

Objetivos generales y específicos

Son enunciados que plantean los cambios que se espera introducir. Responden a la pregunta ¿qué se hará en el programa?.

El objetivo específico deberá incluir

- a) El "qué" (naturaleza de la condición o situación a obtenerse)
- b) "Cuanto" (expresión cuantitativa/cualitativa del cambio)
- c) "Quién" (población diana)
- d) "Cuándo" (tiempo en que se espera obtener el cambio y objetivo)
- e) "Dónde" (área de responsabilidad del programa).

Meta

Es el número de acciones o de cambios que se esperan obtener en un tiempo determinado. Constituye un criterio que se utilizará en las evaluaciones futuras. Por ejemplo, un programa que incluye el objetivo identificar, tratar y rehabilitar a los pacientes con trastornos profundos del desarrollo en el área 1 de Murcia con una población de determinado número de habitantes.

Al principio de la intervención se consignan los siguientes niveles, por ejemplo:

1. Identificar el 1% de la demanda de pacientes con trastornos profundos del desarrollo nuevos (de 4 a 6 años) . Cada servicio debe calcular el número exacto en base al número de habitantes a su cargo o zona de referencia.
2. Tratar al 80% de los T. profundos del desarrollo tratados.
3. Rehabilitar en un 30% los T. profundos del desarrollo identificados que acepten determinadas actividades terapéuticas .

Procedimientos

(Ejecución o etapa operativa). En esta parte del programa se define:

- a) El "cómo" (normas, procedimientos y sistemas de trabajo) Ejemplo:¿Cómo diagnosticar, como tratar, cómo dar altas, cómo registrar, cómo informar?)

- b) "Cuándo" (orden secuencial de las acciones).
- c) "Dónde" (lugar en el que se ejecutan las acciones).
- d) "Con qué" (recursos materiales, equipamiento).
- e) "Con quienes" (definición del equipo y de sus respectivas funciones de manera jerarquizada y con niveles claros de responsabilidad).

Evaluación

Determinación formal de la efectividad, eficiencia y aceptación de una intervención programada que busca alcanzar objetivos explícitos (Holland, 1983). En este caso evaluaríamos el impacto de un programa en una población definida.

Para poder realizar una evaluación se requiere básicamente:

- a) Existencia de una línea base
- b) Definición de objetivos claramente definidos
- c) Recoger información correcta y pertinente en relación con las actividades (indicadores del programa).
- d) Los métodos de evaluación deben ser apropiados a las necesidades y realidades del grupo de población en la cual se ejecuta el programa.

9. EVALUACION ASISTENCIAL

El interés por evaluar nuevos servicios, procedimientos de organización y funcionamiento se desarrolla a partir de los procesos de reforma de la atención en Salud Mental llevados a cabo en mayor o menor medida en las distintas Comunidades del territorio español.

En tanto que la evaluación de un determinado dispositivo precisa satisfacer las necesidades de la administración y gestión (en cuanto se refiere a la planificación e inversión de recursos), así como las necesidades de los propios equipos asistenciales (en lo que se relaciona a la investigación y evaluación para conocer hasta que punto las actividades destinadas al cuidado de la Salud cumplen sus objetivos), a continuación se señalan una serie de indicadores que acompañan al tipo de actividad a evaluar.

Esta propuesta estaría centrada en la atención específica a la población infanto-juvenil del área correspondiente. Siguiendo al grupo de trabajo sobre Registros Psiquiátricos, el siguiente cuadro resume el tipo de actividad a evaluar.

TIPO DE ACTIVIDAD A EVALUAR	PARÁMETROS	INDICADORES
ACTIVIDAD ASISTENCIAL AMBULATORIA	Pacientes	Incidencia Prevalencia Comorbilidad asistencial
	Consultas	Frecuencia según: • Tipo de consulta • Profesional • Lugar de consulta • Otras variables Primeras/Revisiones Frecuentación
	Pacientes-Consultas	Retorno Lista de espera
Integración de servicios	Vías de acceso Derivación	Flujos
Actividad no asistencial	Se evalúa según objetivos, actuaciones y/o actividades en un informe o memoria anual	

9.1. Indicadores cuantitativos

Indicadores de Actividad

Son aquellos que miden la cantidad de intervenciones de todo tipo que lleva a cabo el dispositivo que dispensa la atención en Salud Mental a una población determinada geográficamente.

Se trata de indicadores cuyo interés está a un nivel comparativo con otros dispositivos de áreas similares, pero teniendo en cuenta que estos indicadores sobrealoran en algunos casos y sobre todo cuando se emplean en términos absolutos y aisladamente.

Los más utilizados:

- Nº total de pacientes vistos por unidad de tiempo (generalmente 1 mes) que se desglosa en: Nº nuevos, nº revisiones.
- Nº total de contactos (revisiones) que estos pacientes generan
- Nº de pacientes por diagnóstico
- Nº de altas por causas de alta

Se completan a través de:

- a) Modalidad de atención prestada a cada caso
- b) Tipo de atención y profesional que la presta

Indicadores de Funcionamiento

Son aquellos que miden el tipo de intervenciones y sobre todo la forma en que estas se producen.

Este tipo de indicadores, aunque cuantitativos pueden ofrecer una información bastante valiosa en lo que respecta a la dinámica del servicio y sobre su capacidad de dar respuesta a las demandas de la población que atiende.

Los más importantes son:

1. Tiempo en lista de espera antes del primer contacto
2. Nº de abandonos expresados por diagnóstico
3. Nº de citas preferentes por diagnóstico
4. Nº de retornos por diagnóstico
5. Nº de pacientes con contactos ininterrumpidos durante periodos de tiempo mayores de 6 meses, de 1 año y de 5 años.

A continuación definimos las principales variables a través de las cuales se constituyen los indicadores mencionados anteriormente.

A fin de que los datos que se recogen puedan ser comparables entre las distintas áreas, parece oportuno establecer una serie de definiciones sobre estas variables con las que contruimos los indicadores asistenciales de manera que se unifiquen criterios entre todos los profesionales que trabajan en la atención a la Salud Mental infanto-juvenil.

1ª Consulta

Primera vez que una persona es atendida en el centro 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 que sean propuestas o generadas por el profesional, programa o proyecto terapéutico establecido en el Centro de Salud Mental. Engloba todos los demás contactos que el paciente establece con el centro.

Retorno

Se considera como tal:

- Todo contacto de un paciente con un dispositivo cuando hayan transcurrido un mínimo de 6 meses desde el contacto anterior.
- Todo nuevo contacto de un paciente cuando éste se produce por patología distinta de la que provocó los contactos previos.
- Todo contacto de un paciente con un dispositivo antes de transcurridos 6 meses del anterior, cuando dicho contacto es posterior a una derivación sin seguimiento.

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

Alta

Agruparía todas las altas realizadas a instancias o asumidas por el terapeuta por distintos motivos:

- a) Fin de tratamiento (mejoría o curación): Ha seguido un tratamiento y termina la relación terapéutica por mejoría de los problemas que ocasionaron la consulta.
- b) Derivación o traslado: La problemática del paciente deja de ser apropiada para tratarla en el Centro de Salud Mental. Siempre se derivará a aquellos recursos específicos o competentes a tales fines.

- c) Voluntaria: Es la separación establecida desde el paciente de forma unipersonal y por los motivos que aduzcan.
- d) Fallecimiento
- e) Suicidio

Observaciones

- El alta se registrará en la historia clínica junto con la modalidad en que esta se produce.
- El alta siempre acompañará un informe para el paciente, para su médico de atención primaria o pediatra y para la historia clínica.

Abandono

Este se produce cuando la salida del centro es a iniciativa del paciente a diferencia con el alta voluntaria el paciente no notifica su intención de abandonarlo, tampoco avisa, ni disculpa su ausencia a la cita.

Parece oportuno distinguir dos tipos de abandono:

- Entre las cinco primeras entrevistas o contactos en infanto-juvenil
- Después de la quinta entrevista

Observaciones

Para que se produzca un abandono se considera que deben transcurrir seis meses desde el último contacto, de forma que si se implanta un registro sería el mismo el que nos permite conocer los abandonos si incorporamos un ítem al registro que contemple si el paciente acude o no a la consulta.

Procedencia o Remitente

Aquí nos referimos a la Institución o profesionales que envían al paciente al equipo de salud mental infanto-juvenil.

Derivación

Parece oportuno señalar dos tipos de derivación:

- a) Derivación sin seguimiento. Esta se realiza desde el Centro de Salud Mental a otro dispositivo o institución que el equipo considera que sea más pertinente para responder a la demanda del caso.

Un contacto posterior con el equipo de salud mental infante-juvenil debe notificarse como retorno

- b) Derivación con seguimiento. Aquí se considera que aquellos pacientes aunque derivados a otros dispositivos el equipo mantiene contacto de forma que dicho equipo participa en los cuidados al paciente durante el periodo que es atendido en el dispositivo al que se deriva.

La vuelta del paciente al centro deberá notificarse como un contacto más.

Lista de espera

La lista de espera en un Centro de Salud Mental, se contempla una vez que el usuario es evaluado y se encuentra en espera de ser asignado a un programa o intervención terapéutica. Se considera:

1. Número de usuarios en lista de espera: al número de usuarios en espera de ser asignados a tratamiento el último día del periodo informado (Ej: el primer día de cada mes).
2. Número de días en lista de espera: número de días transcurridos del usuario que más tiempo lleva esperando a ser asignado a tratamiento en el Centro de Salud Mental el último día del periodo informado (Ej: el primer día de cada mes).

Se recomienda que la lista de espera no supere los quince días.

Observaciones

Profesional responsable:

En el caso de que el paciente siga un proceso terapéutico que implique a varios profesionales, siempre se nombrará a uno de ellos, perteneciente al Centro de Salud Mental en la atención infante-juvenil, como responsable del tratamiento y será este el que firme el alta del paciente.

9.2. Indicadores cualitativos

Son aquellos que miden los resultados de un proceso. Es decir, su interés y aplicabilidad se centran más en las actuaciones terapéuticas que en la actividad global de un servicio.

Fundamentalmente se tratan de:

1. Indicadores basados en el análisis de resultados

Miden el grado de cumplimiento de los objetivos que se han establecido previamente a una intervención o programa terapéutico determinado.

2. Indicadores de satisfacción

Miden el grado de aceptación con la atención recibida. De esta manera se trata de recoger las apreciaciones subjetivas de los usuarios de los servicios y de sus familiares. Parece que hay dos tipos de componentes que más influyen:

- a) Los que se relacionan con problemas de accesibilidad (geográfica, burocrática...) y disponibilidad (trato recibido, capacidad de generar confianza...).
- b) Los que se relacionan con las expectativas que los usuarios y sus familiares tienen cuando solicitan una intervención terapéutica.

3. Indicadores de calidad de vida

Mide el grado de repercusión que las intervenciones realizadas por el equipo han tenido en todos los ámbitos de la vida del sujeto o la situación global del mismo. Hace referencia a la utilidad subjetiva percibida por el sujeto y su familia de la intervención terapéutica recibida.

10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A nivel institucional esta Comisión concluye que debería haber la mayor integración posible entre los distintos organismos para crear una red única en la prestación de cuidados a la población infanto-juvenil. Ello contribuiría a potenciar la integración de la asistencia en Salud Mental, facilitaría el acceso a los servicios, las interconsultas entre los profesionales y los canales de derivación. Y en definitiva el usuario sería el mayor beneficiado.

Consideramos que la atención a la Salud Mental infanto-juvenil debe mantenerse a un segundo nivel, dentro de la asistencia especializada y por ello se recomienda encarecidamente la formación de los profesionales en salud Mental infanto-juvenil y una atención específica a ésta población.

Por tanto, ésta Comisión recomienda completar la inversión en recursos humanos a lo largo de la red asistencial, de manera que se garantice equitativamente una cobertura específica en salud mental infanto-juvenil en todas las áreas de la Comunidad Autónoma de Murcia.

En relación a los recursos de hospitalización, aunque es un servicio a evitar en lo posible en la población infanto-juvenil, cuando se plantea su necesidad se debe garantizar su utilización en un Hospital General en Murcia, como dispositivo específico de ámbito regional. Al tiempo que se lleven a cabo convenios o acuerdos con Hospitales Generales de cada área, de manera que puedan ofertar ingresos en unidades pediátricas a pacientes que así lo requieran.

En relación a la oferta asistencial a la población infanto-juvenil en los Centros de Salud Mental, ésta Comisión recomienda la redefinición y ampliación de la oferta terapéutica para cubrir una mayor demanda y más específica de atención en salud mental infanto-juvenil.

Para ello se considera que el trabajo con atención primaria es esencial en los próximos cinco años para conseguir un mejor filtro en la derivación y para asegurar una continuidad de cuidados en la devolución de aquellos casos que mediante supervisión por los profesionales de salud mental infanto-juvenil puedan ser seguidos por

atención primaria. Consideramos que si este trabajo con atención primaria se desarrolla con éxito permitirá descargar a los Centros de Salud Mental de aquellos casos más leves a favor de poder proporcionar mayor cobertura a los casos más graves.

En relación a las actividades de rehabilitación en los Centros de Salud Mental a la población infanto-juvenil, esta Comisión considera que en los niños muy pequeños el término rehabilitación resulta confuso, en tanto que no se puede rehabilitar lo que no se ha desarrollado. Por tanto, este tipo de actividades debe dirigirse a potenciar un desarrollo evolutivo normal mediante una detección precoz y la mejora del pronóstico a través de programas de tratamiento más intensivos en los Centros de Salud Mental.

Se recomienda por tanto el desarrollo de programas de tratamiento intensivo en los trastornos profundos del desarrollo en los niños más pequeños (donde existe mayor vacío asistencial) y en los trastornos de conducta graves. En estos programas pueden incorporarse recursos existentes en la Comunidad (por ej.:tratamiento psicomotor, logopedia, etc...) en un enfoque terapéutico global pero cuya coordinación y responsabilidad se llevará a cabo en los Centros de Salud Mental.

Por último recomendamos que para conseguir y mantener una mejor prestación de cuidados en salud mental infanto-juvenil, los clínicos deben acercarse y participar más activamente en la formación académica de los nuevos profesionales.

11. BIBLIOGRAFIA

1. APARICIO BASAURI, V. (1993). Evaluación de servicios de salud mental. Asociación española de Neuropsiquiatría (AEN). Madrid.
2. BACA BALDONERO, E. (1991). Indicadores de efectividad en la evaluación de Servicios Psiquiátricos. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría, Vol XI, 37.
3. BERRIOS, G.E.(1991). Evaluación de Servicios de Salud Mental. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. Vol XI, 37.
4. DEPARTAMENTO DE SANIDAD VASCO. (1990). Definición de estándares de personal en el subsistema de salud mental. Gobierno Vasco. Dirección de asistencia sanitaria:42-46.
5. GRUPO DE TRABAJO SOBRE REGISTROS PSIQUIATRICOS. (1989). Los Registros Acumulativos de casos psiquiátricos como sistema de información y evaluación dentro del Marco de la Reforma Psiquiátrica. Consellería de Sanidad. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia
6. HOLLAND, W.W.(Ed.). (1983). Evaluation of Health Care, New York. Oxford University Press.
7. INFORME DE LA COMISION MINISTERIAL PARA A REFORMA PSIQUIATRICA. (1985). Ministerio de Sanidad. Madrid.
8. JORNADAS DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL. (1993). La Salud Mental en la red de atención a la infancia. Hospital 12 de Octubre. Madrid: Area XI.
9. LEVAV, I. (1992). Temas de salud mental en la comunidad. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud n°19. Organización panamericana de la salud. O.M.S. Washington,
10. PEDREIRA MASSA, J.L.;SERRANO GUERRA, E. (1990). Lineas generales de atención infanto-juvenil en Asturias. En: García González, J.;Aparicio Basauri, V. (Eds) Nuevos sistemas de atención en salud mental: Evaluación e In-

vestigación. Principado de Asturias. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

11. PLAN DE SALUD MENTAL DE ARAGON. (1991). Servicio Aragonés de Salud Documento no publicado.
12. DEPARTAMENTO DE SANIDAD. (1990). Salud Mental infantil y de la adolescencia. Gobierno Vasco. Dirección de asistencia sanitaria:151-162.
13. SERRANO GUERRA, E. (1990). Asistencias y formas de intervención en salud mental infantil en el área de Oviedo. En: García González, J.; Aparicio Basauri, V. (Eds) Nuevos sistemas de atención en salud mental: Evaluación e Investigación. Principado de Asturias. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
14. W.H.O. (1990). Promotion of Psychological development of children through primary health services. Copenhagen: W.H.O. -Europe.

ANEXO

Historia clínica Infanto-Juvenil

CENTRO DE SALUD MENTAL

HISTORIA CLINICA N°

FECHA DE APERTURA: ___/___/___

FILIACION:

Nombre _____ Apellidos _____ Sexo _____
 Fecha nacimiento ___/___/___ Lugar de Nacimiento _____ Domicilio actual _____
 Teléfono _____ N° S.S. _____

CODIGO DE IDENTIFICACION

Sexo Iniciales, nombre y apellidos
 (V-M) _____
 Dia Mes Año
 Fecha de nacimiento
 Nombre o apellidos compuestos usar siempre el primero

COBERTURA SANITARIA

Seg. Social = 1
 Comp. Priv. = 2
 Sin cobertura = 3
 Otras = 4

NIVEL EDUCATIVO

- Analfabeto = 1
- Sin estudios = 2
- Títulos 1° grado = 3
- Títulos 2° grado 1° ciclo = 4
- Títulos 2° grado 2° ciclo = 5
- Títulos de 3° grado = 6
- Títulos no clasificables por grados = 7

TIPO DE CONVIVENCIA

- Con padres = 1
- Solo con la madre = 2
- Solo con el padre = 3
- Con familia extensa = 4
- Con otros familiares = 5
- En Institución = 6
- Acogimiento familiar = 7
- Adopción = 8
- Otros = 9

ZONA DE SALUD

PROFESION

- Profesionales, Técnicos y similares = 1
- Directivos y Gerentes de la Administración Pública y las Empresas = 2
- Personal de Servicios Administrativos Empresas y Administración Pública = 3
- Comerciante y Vendedores = 4
- Hostelería, Servicios personales, protección y Seguridad, domésticos y similares = 5
- Agricultura y Ganadería, Selvicultura, Pesca y Caza = 6
- Construcción, Industria, Minería y Transporte = 7
- Peones y trabajadores no especializados = 8
- Profesionales de las Fuerzas Armadas = 9

SITUACION LABORAL

- En Activo = 1
- En paro (buscando primer empleo) = 2
- En paro (no primer empleo) con subsidio = 3
- En paro (no primer empleo) sin subsidio = 4
- Retirado, Jubilado, Pensionista = 5
- Rentista = 6
- Estudiante = 7
- Labores Domésticas = 8
- Incapacidad laboral transitoria provisional = 9
- Incapacidad permanente = 10

AÑO DE LLEGADA A SU LOCALIDAD DE RESIDENCIA

ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS

- Ninguno = 1
- Ambulatorios = 2
- A.P. = 3
- Especialista S.M. = 4
- Hospitalarios = 5
- Ambulatorios y Hospitalarios = 6

ESCOLARIZACION

- Escolarizado curso correspondiente edad = 1
- Escolarizado pero retrasado en el curso = 2
- No escolarizado = 3
- Abandono escolar = 4
- Centro Educación especial = 5
- Integración y apoyo educativo = 6
- Otras Instituciones = 7

INICIATIVA DEMANDA

- Familia = 1
- Escuela o guardería = 2
- E.A.P. = 3
- Especialista = 4
- Hospitalización y urgencias = 5
- E.O.E.P. = 6
- Otras Instituciones = 7
- Otros = 8

DATOS PADRE

Fecha nacimiento ___/___/___
 Nivel educativo ___
 Profesión ___
 Situación laboral ___
 Antecedentes psiquiátricos ___

DATOS MADRE

Fecha nacimiento ___/___/___
 Nivel Educativo ___
 Profesión ___
 Situación laboral ___
 Antecedentes psiquiátricos ___

N° HERMANOS ___

N° HERMANOS CASADOS ___

LUGAR EN LA FRATRIA
CENTRO ESCOLAR

VER CODIGOS ARRIBA

FECHA APROXIMADA APARICION _____ **CONDUCTA PROBLEMA** _____

Antecedentes asistenciales previos
 Si ___
 No ___
 Especificar _____

I. Motivo de consulta. Enfermedad actual

- 1) Motivación alegada
- 2) Fecha de comienzo y síntomas iniciales
- 3) Descripción de la sintomatología actual y actitud de los padres ante el problema
- 4) ¿Qué hacen los padres para solucionar el problema
- 5) ¿Qué sabe el niño de la consulta?
- 6) Exploraciones y tratamientos previos
- 7) Actitud de los padres y comportamiento general durante la entrevista
- 8) Expectativas hacia el tratamiento (padres y niño)

Profesional: _____

II. Antecedentes personales

- 1) Embarazo
- 2) Parto
- 3) Periodo neonatal
- 4) Desarrollo psicomotor
- 5) Lenguaje
- 6) Control de esfínteres
- 7) Alimentación
- 8) Aseo-vestido
- 9) Sueño
- 10) Salud de la infancia (enfermedades infecciosas, T.C.E., convulsiones...)

Profesional: _____

III. Carácter, conducta y relaciones interpersonales

Carácter:

- Triste, serio, pesimista
- Hablador, cariñoso, mimoso
- Obediente, sumiso, tímido
- Impulsivo, agresivo, rabieta
- Nervioso, inquieto, irritable
- Distráido, terco, sensible, suspicaz, observador, quisquilloso, reservado, celoso, mentiroso, miedoso

Conducta:

- Responsable, idea de peligro
- Tendencias antisociales, rebedía
- Hurtos, fugas, temerario
- Bebe, fuma...

Juegos y relaciones interpersonales:

- Tiempo libre, juegos
- T.V., video-juegos
- Actividades extraescolares
- Amigos, líder popular, aislado
- Relaciones con los padres, hermanos y otros familiares

Profesional: _____

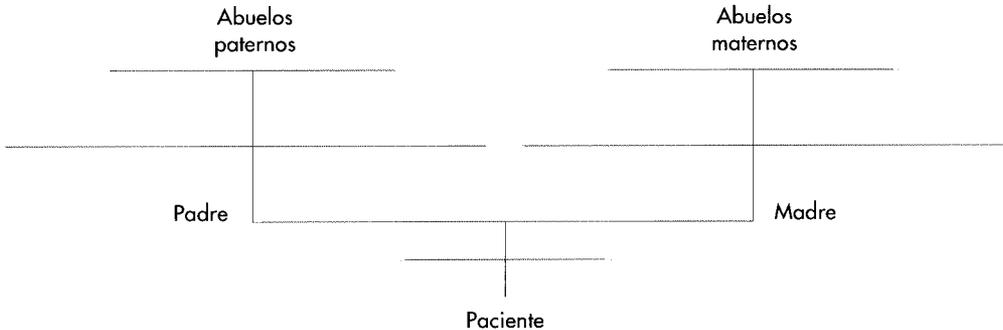
IV. Escolaridad

- Edad de comienzo, actitud, adaptación, proceso de aprendizaje, cambios, retrasos.
- Rendimiento actual, recreo, relaciones interpersonales con compañeros y adultos, asiste comedor escolar, exploraciones psicopedagógicas realizadas
- Nombre del tutor

Profesional: _____

V. Antecedentes familiares

- a) Descripción de los padres y hermanos. Dinámica familiar
- b) Enfermedades familiares: psicológicas, psiquiátricas y neurológicas
- c) Otras enfermedades familiares de interés
- d) Arbol genealógico.



Profesional: _____

VI. Historia social

- Características de la vivienda. Familia nuclear o extensa.
- Hacinamiento. Número de personas que conviven en la vivienda/m2.
- Cambios de domicilio. Fecha de llegada a la residencia actual.
- Situación socio-económica.

Profesional: _____

VII. Entrevista con el niño

Resumen exploraciones realizadas:

- Biológicas
- Neurológicas
- Psicológicas
- Psicopedagógicas
- Sociales

Profesional: _____

VIII. Diagnóstico

Comorbilidad:

- Diagnósticos: _____

Profesional: _____

IX. Estrategia terapéutica

Profesional: _____

X. Seguimiento y evolución:

Profesional: _____