



## " METODOLOGIA Y ELABORACION DE PROGRAMAS EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL "

J.L. PEDREIRA MASSA.

Psiquiatra Infantil de la Unidad de Salud Mental Infantil del Centro de Salud Mental de Avilés.

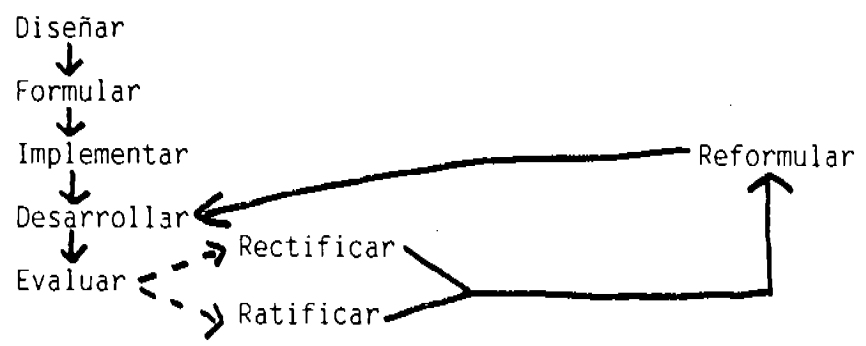
### INTRODUCCION

Hablar de Metodología pudiera parecer, a primera vista, un elemento - muy teórico o fácil de decir. No obstante, el plantear metodología sin una contrastación con cada realidad concreta, con los pasos necesarios a seguir para su implementación y desarrollo, parecería algo vacío de contenido. De igual -- forma, dar cuenta de un programa implica tener, al menos, dos elementos fundamentales de referencia: una teoría que pueda dar cobertura y forma a las intervenciones, que configure una formación de todos y cada uno de los miembros de los equipos que desarrollen un trabajo en este tipo de actuaciones, teoría desde la que poder abordar un concepto de infancia, un concepto del ser infantil como sujeto. En segundo lugar, se precisa de un marco de planificación y una - estructura que posibilite dicho abordaje, de forma específica; dicho marco, -- desde mi perspectiva, se encuentra en la Atención pública de Salud en el sector de la Atención Primaria de Salud.

Una segunda reflexión se refiere a que, metodológicamente hablando, - elaborar programas de Salud Mental Infanto-juvenil no supone algo nuevo, pues sería aplicar los elementos que definen a un programa general de salud. Una matización define a este tipo de programas y ya ha sido definida en varias ocasiones, pero no está de más repetirla: Se refiere a un sector de población que funciona como un ser bio-psico-socio-afectivo que se encuentra en continua y - rápida evolución, íntimamente ligado a las vicisitudes de su contexto, lo cual puede hacerlo especialmente vulnerable y que posee una forma específica de enfermar.



ELEMENTOS DEFINITORIOS DE LOS PROGRAMAS DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL



I.- Diseñar implica tener unos criterios precisos de los cuales partir:

- 1- Objetivos claros a cubrir con cada programa
- 2- Que dichos objetivos no se separen del marco de una política general de salud
- 3- Coordinación adecuada de los recursos
- 4- Evaluación de los recursos actuales y de los que se precisarían
- 5- Base de información clara
- 6- Delimitación de un núcleo de población y de las características socio-culturales, demográficas, etc.
- 7- Evaluación continuada de la marcha del programa
- 8- Fijar un plazo para cubrir los objetivos
- 9- Formación continuada y supervisada del personal de salud.

II.- Formular: Viene determinada por el diseño que se haya realizado, de los objetivos trazados y de los criterios que se hayan elaborado.

Esa formulación tiene que dar cuenta de:

- a) Los caracteres de la población y que definen contextualizadamente una comunidad.
- b) Las instituciones que conforman y operan en la vida del niño
- c) Los recursos humanos, materiales y técnicos que se poseen, el tipo de coordinación y/o de integración funcional para cada objetivo.

- 3 -

Una vez delimitadas estas bases, la formulación de un programa debe determinar dos elementos fundamentales:

- 1.- Prioridades, las cuales incluirán dos tipos de intervenciones: por una -- parte, deben referirse a delimitar los factores de riesgo y las poblaciones en riesgo, con el fin de definir las intervenciones más adecuadas en orden a los recursos disponibles. En segundo lugar, se debe incluir la forma de abordarlas y, en este sentido, se hará énfasis en las formas de inicio, las cuales vienen determinadas por la prevalencia de los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia y que Sartorius y Graham, las cifran en un 10% de la población infanto-juvenil, de los que el 80% se encuentran en los países en desarrollo. (1)
  - 2.- Estrategias: Con el fin de resolver esas prioridades es preciso un tipo de estrategias con el fin de intentar solventar esos problemas. En este sentido, Sartorius y Graham, determinan la importancia de abordar los casos individualizados pero recomiendan que es preciso "una modificación de las funciones tradicionales del especialista en Salud mental infantil de forma que la mayor parte de su tiempo se dedique a la capacitación de otras personas que probablemente habrán de ocuparse en medida considerable de los trastornos mentales o habrán de desempeñar funciones en las que pueden promover la salud mental de los niños". (1)
- III.- Implementar: Supone una voluntad política clara y la existencia de unos recursos mínimos, humanos y materiales, con formación específica en el área infanto-juvenil con el objeto de poder realizar una oferta diferente en la atención de la comunidad. Con anterioridad hemos expresado las tres líneas posibles para implementar una unidad de atención en Salud Mental Infanto-juvenil y que, sucintamente, se pueden expresar de la siguiente forma: (2)
- a) Inicio clínico: Corresponde a la asistencia a la demanda concreta. Es el más convencional de todos los inicios posibles, el que más seguridad puede aportar a los profesionales.

- 4 -

- b) Inicio comunitario: Intentaría evaluar los recursos del área sanitaria, abriendo un periodo de información en feed-back entre las instituciones que operan en la infancia y el equipo de Salud Mental Infanto-juvenil. Posibilita que en el seno del equipo se vayan decantando las distintas posturas y el lugar de cada uno de los componentes.
- c) Inicio mixto: Se asumen las demandas concretas, pero se aprovechan para establecer los contactos institucionales e intersectoriales, obteniéndose información y configurando una intervención individualizada para cada caso. La crítica podría llegar por la tibieza o el miedo en afrontar un cambio rotundo, una resistencia o ambivalencia a la hora de afrontar el trabajo comunitario.

En principio cada una de estas opciones poseen ventajas e inconvenientes y no se puede ni se debe, generalizar cuál es la idónea para todos los casos. Será cada equipo, en la realidad concreta de un área sanitaria, el que debe optar por una u otra metodología de implementación una vez analizados los pros y los contras de cada opción. Pero hay que tener presente que de la metodología llevada a cabo para la implementación de una unidad funcional va a depender, en buena medida, el trabajo posterior que se desarrolle y, por lo tanto, la aceptación o rechazo por parte de la comunidad en su conjunto.

La información recogida en la fase de implementación es la que va a determinar la formulación definitiva de las prioridades así como las estrategias que se deben desarrollar para abordarlas en base a los dispositivos -- asistenciales y la posibilidad de coordinación de los recursos existentes. De igual forma permite la clarificación conceptual de dos elementos: coordinación e integración funcional. Coordinación se refiere al esfuerzo que los recursos existentes en un área realizan, independientemente de su adscripción administrativa, con el fin de evitar solapamiento o duplicidades en las prestaciones asistenciales que realicen a una misma parte de los usuarios, sentando para ello unos objetivos y unos criterios a la hora, fundamentalmente, de la cobertura. Integración funcional se refiere a un paso cualitativamente mayor en el nivel de la coordinación, ya que implica una formulación conjunta de los programas a desarrollar por parte de la totalidad de los recursos existentes en



- 5 -

el área, independientemente de la dependencia administrativa, con el fin de realizar una redefinición de los roles profesionales en las coberturas de la demanda, en base a la formación de los profesionales y a los objetivos de los programas.

- IV.- Desarrollar: Es un hecho constatado que al ofertar recursos a una comunidad hace que se modifique la demanda que con anterioridad existía, de -- forma potencial, en esa comunidad. Esta situación hace que para desarrollar un programa de S.M.I.-J el primer paso sea el correcto abordaje de la prevalencia de los problemas de Salud Mental en la población infanto-juvenil de esa comunidad en cuestión. Dicho desarrollo de los programas debe, al menos, contemplar los siguientes criterios:
- 1º- La atención de los programas de S.M.I.-J. será integral, en la totalidad de los aspectos bio-psico-sociales de la vida del niño y adolescente.
  - 2º- Dicha atención integral estará integrada en la atención general de salud, como segundo nivel de ese sistema sanitario.
  - 3º- La cobertura a la demanda debe estar asegurada en los aspectos de prevención, promoción de salud, proceso diagnóstico de la situación, -- orientación terapéutica en el amplio sentido (psicofarmacología, social, consulta terapéutica, psicoterapias en sus diversas modalidades, etc.), seguimiento continuado, reinserción y rehabilitación sociales. Dicha cobertura debe tender, de manera prioritaria, al mantenimiento del niño y adolescente en su propio medio, por lo cual la accesibilidad al sistema sanitario debe estar asegurada.
  - 4º- Establecer un proceso ágil y eficaz, en cuanto al proceso de derivación-devolución entre los niveles de Salud general (atención primaria o terciaria) y el nivel especializado (3) (Tabla I). El problema de la derivación implica un primer eslabón: la capacidad de discriminación de los problemas de S.M.I.-J. por parte de los equipos de Atención primaria, esa capacidad de discriminación va a venir determinada por la información que se obtenga y que por medio de los criterios, elaborados

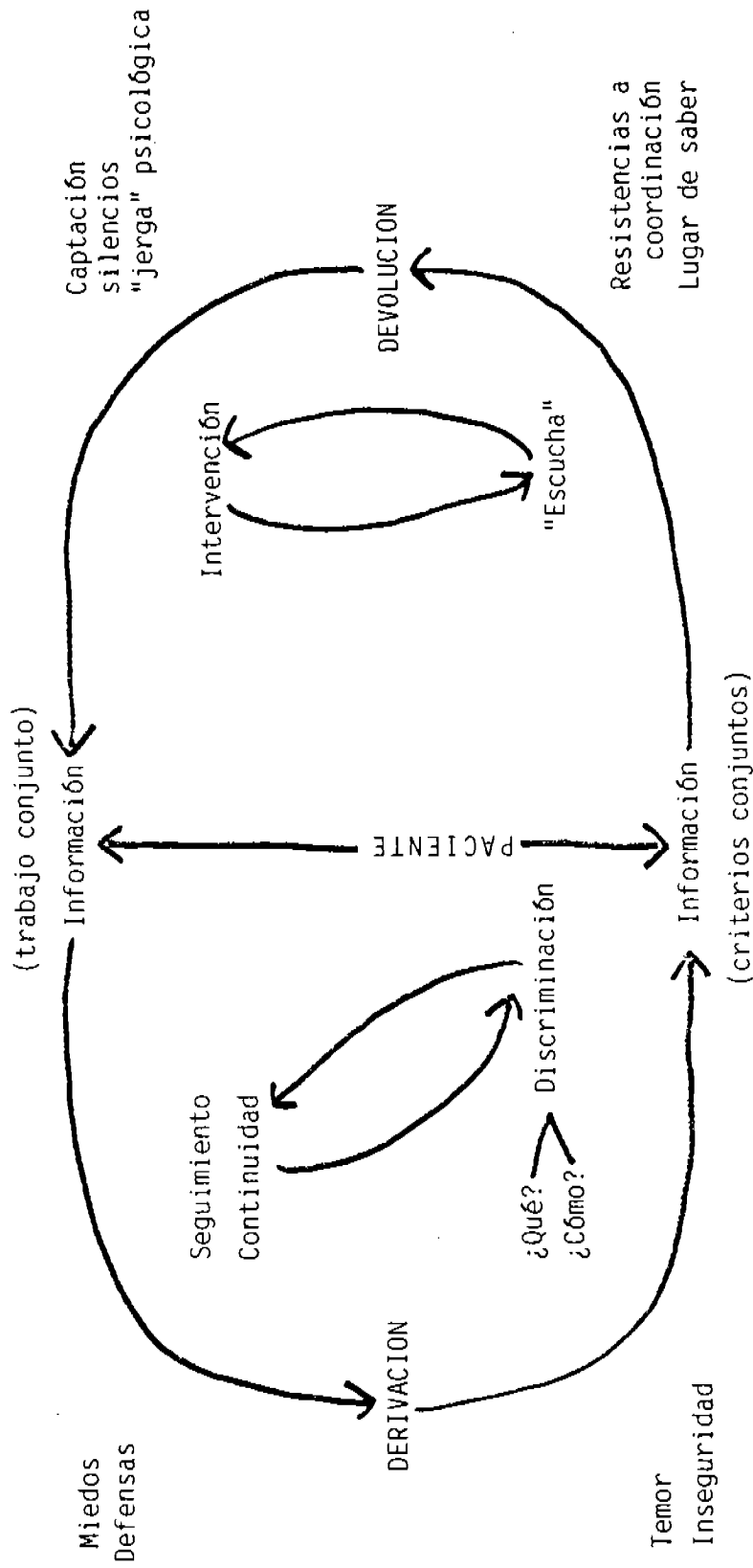


TABLA I

PROCESO DIALECTICO DE DERIVACION-DEVOLUCION ENTRE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD Y EL NIVEL DE SALUD MENTAL

S.M.

A-1ª





- 7 -

conjuntamente con Salud Mental Infanto-juvenil, para llevarla a cabo se decida el paso al nivel especializado. Una vez en el nivel especializado el tipo de escucha que se realice va a determinar la intervención que se va a desarrollar para ese caso concreto, es en -- ese momento cuando se inicia la devolución y que condiciona una nueva información que se elaborará en el trabajo conjunto entre ambos niveles. Dentro de esta perspectiva hay que contemplar dos elementos fundamentales: Seguimiento y continuidad en la prestación asistencial. En esos dos momentos claves en que juega la información el problema está ¿en torno a qué o a quién se realiza la información? Las respuestas podrían ser variadas, para poder ser realistas la más adecuada sería: que los procesos de información debieran articularse en base al discurso del paciente. Sobre esta base se presentan o se pueden presentar las resistencias para que el circuito procesual derivación-devolución se realice en el interior de esos límites; dichas resistencias en el campo de la Atención Primaria se centrarían: en el lado de la derivación/discriminación, en el temor o inseguridad a enfrentarse con el sufrimiento psíquico; por el lado de la devolución/seguimiento podrían situarse en los miedos y defensas ante la evolución y control de los casos. Pero también en el nivel de Salud Mental pueden surgir/surgen resistencias que se articulan: en el lado de la derivación/escucha en las resistencias a la coordinación con normas -- muy rígidas para la aceptación de los casos o bien en ocupar un lugar de saber en vez de un nivel diferente; en el lado de la devolución/intervención sería la "captación" del caso con un "silencio" hacia el derivante o, lo que puede ser peor, la utilización de una "jerga" -- psicológica que excluya la correcta relación con la atención primaria.

5º.- Contemplar la totalidad de las agencias sociales que interactúan en la vida y desarrollo del niño y adolescente. Cada una con sus particularidades y su estructuración institucional.



- 8 -

6º.- Definir las intervenciones que se van a desarrollar y que, en principio, debieran abarcar el clásico esquema de Bleger (4), es decir: individual, familiar-grupal, institucional y comunitaria. Donde se articulan los diversos momentos que se establecen entre: detector-derivante-demandante-equipo técnico especializado. Es fundamental el hecho de que redefinir las demandas y/o trabajar la demanda no debe excluir el abordaje de los niveles de sufrimiento propios y específicos del ser infantil (1). Todo esto implica un nivel de compromiso con la clínica y con la comunidad por parte de los componentes del equipo.

7º.- Definir el método y la forma de llevar un adecuado registro de los casos, que posibilite el estudio epidemiológico en base a la elaboración de unas tasas de prevalencia y de un método de evaluación. Con lo cual se están sentando unos criterios válidos de investigación.

8º.- El registro de datos debe abrir la puerta para establecer los correspondientes estudios de desarrollo y evolutivos lineales de las demandas infanto-juveniles.

V.- Evaluar: A partir de la práctica concreta y del desarrollo de los programas, es misión de los equipos y de los órganos de gestión, establecer una metodología de evaluación que contemple los siguientes aspectos (5,6 y 7):

- Fuentes de información
- Pertinencia
- Eficacia
- Eficiencia
- Suficiencia
- Progresos
- Efectos

Para ello debe establecerse una congruencia entre los órganos de gestión-planificación y los equipos y unidades (Tabla II). Así como un sistema temporal:



TABLA II

| <u>COMPONENTES DEL PROCESO DE GESTION PARA EL DESARROLLO NACIONAL DE LA SALUD</u>  | <u>COMPONENTES DEL PROCESO DE EVALUACION</u>   |
|--|--|
| Formulación de la política:  | Verificación de la pertinencia<br>Evaluación del grado de definición del problema  |
| Programación general:  | Verificación de la pertinencia de los programas  |
| Preparación del presupuesto del programa:  | Evaluación de la medida en que la formulación es adecuada  |
| Plan general de acción:  | Evaluación del grado en que la formulación es adecuada   |
| Programación detallada:  | Exámen de los progresos<br>Evaluación del grado en que la formulación es adecuada  |
| <u>Ejecución:</u>  | Análisis: progresos, eficiencia, eficacia, efectos.  |
| Estos componentes se aplican generalmente al mismo tiempo con respecto a diferentes programas, en distintas partes del país y en diferentes planos políticos y operativos. | En consecuencia, puesto que el proceso de evaluación forma parte integrante del proceso de gestión, sus diversos componentes suelen aplicarse al mismo tiempo con respecto a diferentes programas en distintas partes del país y en diferentes planos políticos y operativos |

- 10 -

- a) Anualmente: fuentes de información, pertinencia y progresos, con el fin de incidir en los aspectos que más lo necesitan o que menos se hayan desarrollado. De igual forma se incluirá un análisis de demanda.
- b) Trianualmente: Suficiencia, progresos y eficacia.
- c) Quinquenalmente: Eficiencia y efectos.

Esta política de evaluación permite ratificar o rectificar cada uno de los objetivos; así como la metodología de desarrollo del programa; suponiendo, en su caso, una reformulación de dicho programa. De tal suerte que la base de la evaluación puede encontrarse en un correcto y adecuado registro de casos (8 y 9), desde donde poder dar cuenta del tipo de trabajo y la cobertura que realizan los equipos. Con lo cual la metodología de recogida de datos debe tender a desarrollarse desde la implementación del programa, lo que facilitará todas aquellas correcciones y perfeccionamientos que se precisen en aras a una mayor operatividad, que determine una investigación epidemiológica sobre las Tasas de prevalencia e incidencia de los procesos que afecten a la S.M.I.-J., llevando a una correcta posibilidad de introducir con rigor los estudios evolutivos y lineales.

#### LOS PROGRAMAS TIPO EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

Simplemente, en este corto trabajo, interesa señalar cuáles son y, a nivel de enunciado, el método para abordar las intervenciones institucionales y comunitarias, por ser éstas las que conforman la especificidad de la implementación y desarrollo en este tipo de problemas. Sobre todo, porque como se ha expresado con anterioridad, es en este terreno donde se establecen las acciones prioritarias con vistas a un futuro (1 y 10). Es por esta única razón que el enunciado de las actividades individual, familiar y grupal lo remito a lo referido con anterioridad a la hora de la cobertura y de la (s) intervención (es) a desarrollar. Soy Consciente de esta importante mutilación, pero razones de espacio, obligan a ello, aunque solamente sea una justificación que satisfaga lo imaginario.

Tres son los programas que, clásicamente, se enuncian para las etapas de la infancia y adolescencia, con un subprograma común a los tres. ES algo que hay que realizar, desde ya, una escucha evolutiva de ellos:



1º programa: Salud materno-infantil.

2º programa: Salud escolar.

3º programa: Salud de la adolescencia.

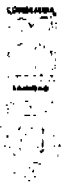
Subprograma común: Marginación (abandono, delincuencia, etc.)

A la hora de abordar los campos de integración en el desarrollo de los programas de S.M.I.-J. las instituciones que, prioritariamente, son subsidiarias de un abordaje específico también tienen un sentido gradual y van a venir determinadas por las propias características y hábitos socio-culturales de la comunidad de que se trate.

Son datos de interés a tener en cuenta para incluir en la formulación del programa (11)

- 1.- Utilizar aspectos que tienen "prestigio" en la Comunidad con el fin de que se integren en los programas con facilidad, sobre todo en las tareas preventivas (vacunaciones, alimentación, accidentes infantiles, fracaso escolar, etc.)
- 2.- Globalizar las intervenciones, con el fin de evitar duplicidades en las exploraciones, etc. y facilitar la comunicación.
- 3.- Simplificar todo lo posible los utensilios de trabajo (cuestionarios, exploraciones, etc.), con el fin de que con un mínimo de molestias (para comunidad y técnicos) se obtenga un máximo de información.
- 4.- Gradualizar la recogida de datos, posibilitando una mayor implicación de las instituciones que operan en el desarrollo de la infancia y adolescencia y que tienen ya un espacio, no desvalorizando su labor (pediatras, maestros, agentes comunitarios, etc.).
- 5.- Operativizar la recogida de datos de información que posibilite una adecuada vigilancia epidemiológica.
- 6.- Fomentar la participación ciudadana, con el fin de que se asuman y se defiendan los nuevos planteamientos.
- 7.- Introducir el contexto evolutivo, así como su ritmo, en todo el proceso.
- 8.- Asegurar la supervisión del trabajo y la formación continuada.

Esta situación implica que, en cada programa, las instituciones prioritarias se modifiquen:



- 12 -

Salud materno-infantil: Pediatría

Guarderías (si es prevalente su utilización)

Salud escolar: Escuelas

Pediatría (en menor medida)

Otros recursos

Salud adolescente: Escuela

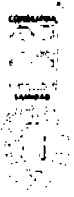
Instituciones y recursos socio-comunitarios (tiempo libre, etc.)

Medicina Familia (cambios puberales, acné, etc.).

Subprograma común: Instituciones y recursos socio-comunitarios (Protección Menores, Tribunales Tutelares de Menores, Legislaciones de adopción, etc.).

Una vez más señalar que el denominador común es la institución/sistema familiar y el grado y tipo de sufrimiento a nivel del niño y/o adolescente, con el fin de que la cobertura quede de una manera adecuada. Lo fundamental, a la hora de intervenir en programas infanto-juveniles, es asumir la particularidad y especificidad del ser infantil y de las instituciones que operan en la vida y desarrollo infanto-juvenil que son múltiples y actuando, en gran medida, de forma simultánea y durante un largo periodo de tiempo.

En este sentido se precisa abrir espacio de debate, trabajo y contrastación de metodologías, prioridades y estrategias entre esas instituciones y los equipos de S.M.I.-J. De igual forma esos espacios deben ser operativos y establecer una tarea gradual con el fin de que los objetivos se acerquen a algo posible de realizar, evitando la tentación omnipotente. Ello comporta que el equipo de S.M.I.-J. defina y redefina sus roles, así como la comunicación y relaciones que se establecen, pero este importante aspecto sería motivo de una comunicación en exclusiva, por la importancia que supone en un adecuado desarrollo de los programas.



CITAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-SARTORIUS, N; GRAHAM, PH: "Salud Mental Infantil: experiencia de ocho países" Crónica de la O.M.S., 38(5): 213-217, 1.984.
- 2.- BOTAS, E; FERNANDEZ , Mº D.; GONZALEZ, E; OCIO,S; PEDREIRA,J.L.; SEIGAS,A.: "Metodología en la implementación de una Unidad de Salud Mental Infantil - Comarcal". Ponencia en el II Congreso Nacional de Sociología. Santander, 1.984.
- 3.- GARCIA GONZALEZ,J.; PEDREIRA, J.L.;: "La salud Mental en la Atención primaria de Salud". Seminario organizado por la Comisión de Docencia de Salud -- Mental y la Escuela Regional de Salud. Oviedo, 1.985.
- 4.- BLEGER,J.: "Temas de psicología". Ed.: Nueva Visión. Buenos Aires,1.982.
- 5.- O.M.S.: "Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2.000". Ed.: O.M.S. Ginebra. 1.981.
- 6.-O.M.S.: "Evaluación de los programas de salud".Ed.: O.M.S. Ginebra,1.981.
- 7.- PEDREIRA MASSA, J.L.: "Actuación por programas especiales en el Servicio Nacional de Salud". En "Introducción a la Salud - Pública". Ed.: Colegio DUE de Avila. Imprime G.C. Marín, Avila, 1.985, pág.49-79.
- 8.- TEN HORN, G.H.M.M.: "Registro de casos en Salud Mental" Sesión monográfica en Hospital Psiquiátrico de Oviedo, 1.985.
- 9.- GIEL, R.; ARANGO,M.V.; DARRIGO BUSNELLO,E.; CLIMENT,CE.; HARDING,T.W.; TEN HORN,G.H.M.M.; KOTRY,A.N.; LADRIDO, IGNACIO,L.; SRINIVASA MURTHY,R.; SIRAG, A.O.; SULEIMAN,M.A.; WIG,N.N.: "Extension of mental health care of children into Primary Care: Evaluative results of a W.H.O. Collaborative study" (en prensa, apor tado por dos de sus autores).
- 10.- AMERICAN ACADEMY OF CHILD PSYCHIATRY: "Child Psychiatry: A plan for the coming decades". Ed.: American Academy y Child Psychiatry. Washington, 1.983
- 11.- MARTIN ALVAREZ, J.L.: "Los programas y subprogramas de salud materno-infantil". I Curso de Salud Materno-Infantil.Madrid,1.983.