

UNA EXPERIENCIA DE INTERVENCIÓN EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA LOS SERVICIOS COMPREHENSIVOS

E. Navarro, C. Ibáñez y J.C. Meléndez

Esperanza Navarro Pardo es Profesora Asociada en el Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Valencia, así como psicóloga en la Unidad de Salud Mental de Infancia y Adolescencia de la Consellería de Sanidad. Celeste Ibáñez Tarín trabaja en la misma Unidad de Salud Mental. Juan Carlos Meléndez Moral es Profesor Titular en el mismo Departamento de la Universidad de Valencia.

Introducción

Tanto en nuestro contexto como en el anglosajón, se postula reiteradamente la conveniencia, e incluso la necesidad, de realizar intervenciones conjuntas y coordinadas que mejoren el rendimiento de los servicios públicos que se ofrecen, así como la introducción de

nuevos programas y estructuras terapéuticas de intervención.

Esta necesidad se manifiesta de modo más evidente en tanto en cuanto un porcentaje importante de las personas que utilizan los servicios públicos son usuarios de forma simultánea de varios dispositivos de intervención, especialmente los sanitarios y sociales, y en el caso concreto de la infancia y la adolescencia, también de los educativos, ya que por su edad se encuentran en la etapa de escolarización obligatoria.

En este sentido parece ser que, tal y como plantean Flaherty, Weist y Warner (1996), debería de extenderse el concepto de servicios comprehensivos, a partir de los cuales se ofreciera una asistencia más integradora y coordinada y, por tanto, los recursos serían rentabilizados no sólo en sus características económicas, sino también en cuanto a consecución de resultados y optimización de tratamientos con este tipo de usuarios.

Dentro de nuestro contexto, un estudio realizado en el País Vasco plantea que existe un 13% de los pacientes atendidos en Salud Mental Infanto-Juvenil que son de forma paralela usuarios de los Servicios So-

ciales dependientes de la Diputación Foral e incluso de otros servicios más concretos como los sanitarios, escolares, sociales o judiciales. Por otra parte y dependiendo de otro tipo de servicios, este porcentaje puede llegar hasta un 22%, y tal y como se indica no aparecen dispositivos de coordinación salvo en el rol de coordinación de la asistencia social (Mendivil, Auzmendi, Aparicio, Bravo e Iruin, 1999).

Centrándonos en nuestro contexto, la Comunidad Valenciana, nos encontramos actualmente en una situación administrativa que podríamos denominar *alegal*, debido a que, si bien el último Plan de Salud Mental de la Comunidad Valenciana abarcó el cuatrienio 2001-2005, todavía no se ha publicado el siguiente plan. Debemos de tener en cuenta que el peso de la salud mental respecto a recursos, servicios y unidades pertenecientes a la Conselleria de Sanidad es según, datos de la Generalitat Valenciana, de aproximadamente un 10% (Generalitat Valenciana, 2006).

Respecto a los principales planteamientos recogidos en el anterior Plan de Salud Mental de la Comunidad Valenciana, nos parece importante señalar que en éste se indicaba que "la filosofía que lo inspira (...) es integrar (...) todos aquellos recursos asistenciales públicos con los que contamos, fomentar la creación de nuevos centros y equipos multidisciplinares capaces de atender unas necesidades crecientes", y además señalaba "la necesidad de que la Generalidad Valenciana promueva la creación de una red asistencial integral e integrada, compuesta por dispositivos tanto sanitarios como sociales", y se consagraban como principios básicos del modelo "la coordinación con el nivel de Asistencia Primaria y la red de Servicios Sociales, con una concepción integral, contemplando (...) el abordaje multidisciplinario". Así, tal y como se puede ver, la idea de servicios comprehensivos, ya aparece dibujada tras la filosofía de este plan.

Pero independientemente de este planteamiento y centrándonos en la realidad de la puesta en marcha del plan, paradójicamente, ha sido únicamente entre las funciones de los trabajadores sociales de las unidades de salud mental donde ha aparecido "la coordinación con el resto de recursos", y no en las funciones del resto de profesionales implicados, como pueden ser los psicólogos o los psiquiatras.

Sin embargo, dentro del citado Plan de Salud Mental, las Unidades de Salud Mental de Infancia y Adolescencia aparecen como unos servicios diferenciados en los que, entre sus criterios generales de actuación, se destaca que son "equipos multidisciplinarios", que han de "coordinarse con instituciones de atención a la infancia en (...) la intervención para evitar duplicidades", y que "se creará un espacio de actuación a través de reuniones o comunicaciones, previa cita, de los profesionales responsables", aunque vuelve a destacar que una de las funciones del trabajador social sería "su papel de enlace con diferentes instituciones educativas y sociales".

En la práctica, y según un estudio llevado a cabo en la Comunidad de Madrid mediante cuestionarios de autoinforme (Ibáñez, Alfaya, Escudero, Navarro, Otero, Pascual, y Suárez, 2001), parece que los psicólogos, en mayor medida que los psiquiatras, sí realizan tareas de coordinación con atención primaria y con los servicios educativos, mientras que los psiquiatras efectuarían en mayor medida funciones de coordinación con dispositivos hospitalarios, aunque en algunos centros nadie llevaría a cabo ningún tipo de coordinación con ningún dispositivo exterior a su Unidad. Además, y aunque no es el objeto del presente trabajo, habría que señalar que no existe un consenso sobre el concepto mismo de coordinación, ya que puede entenderse como un programa, como contactos telefónicos ocasionales o incluso, como un *desideratum* de una relación que no existe.

En esta línea, encontramos un trabajo realizado en Castilla-La Mancha en el que se reconoce que, aunque su normativa (Decreto 53/1985, de 16 de Abril de puesta en funcionamiento de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil y la Orden de 15-10-85, de creación de la Guía de Unidades Infanto-Juveniles de Atención a la Salud Mental en Castilla-La Mancha) sí recoge la coordinación dentro de Atención Primaria así como con otros dispositivos sanitarios y psicoeducativos, en la práctica existe el peligro de que se genere una red paralela con los dispositivos de educación, servicios sociales e incluso ciertos servicios médicos (pediatría y/o neuropediatría) (Jiménez, 2000) debido a la falta de relación entre los distintos dispositivos, y por tanto, de actuaciones integradas. Esto llega a interferir, dificultando incluso la derivación de los pacientes desde los Servicios de Psiquiatría a las USMIAS, así como desde los dispositivos de bienestar social y educación.

Del mismo modo, estudios realizados en el contexto anglosajón postulan la necesidad de la existencia de programas complejos, multicomponentes, en los que la prevención o intervención primaria en salud mental sería el objetivo final, señalándose la necesidad de un modelo sistemático de prevención, que actualmente tampoco se da en nuestro país (Durlak y Wells, 1997). Esto sería más necesario en cuanto que se asume que la intervención en menores es cualitativamente diferente a las del adulto (Jiménez, 2000), y que, por ejemplo, es importante la influencia de la salud o patología mental de los padres en la prevención y tratamiento de los trastornos mentales de sus hijos: niños y adolescentes (Hoagwood y Olin, 2002).

Sin embargo, dentro de estas terapias multicomponentes, la más extendida en población adolescente y juvenil sería la MST (Multisystemic Therapy) desarrollada por Henggeler (Henggeler y Borduin, 1990; Henggeler, 1997; Henggeler, 1999). La MST, se originó en los años 70 en el centro de Investigación de Servicios Familiares de la Universidad de Carolina del Sur como un intento de superar las limitaciones de los

servicios ofrecidos a menores con conductas antisociales y transgresoras.

Este modelo intenta superar diferentes intervenciones terapéuticas centradas en la separación del ambiente familiar, las cuales no han logrado los resultados esperados y, en cambio, pretende ser un modelo de tratamiento basado en la ecología natural del paciente, interrelacionando factores individuales, familiares, de iguales, escolares y de la propia comunidad. De esta manera se evita que cuando el menor retorne a su ambiente recaiga en el mismo tipo de conductas. Así, la MST tiene como objetivo modificar la conducta dentro del entorno natural de los pacientes, y aunque muestra unos resultados clínicos positivos, teniendo en cuenta el coste-beneficio, está dirigido exclusivamente a menores con problemas de conducta antisocial graves, no habiéndose aplicado en otros problemas educativos ni clínicos, ni incluyendo la intervención primaria, sino la secundaria y la terciaria.

Así, sucede también con otros programas existentes, en los que o bien no existe una coordinación real de todos los dispositivos que intervienen sobre un mismo menor, como en el Programa de Intervención Familiar Municipal, desarrollado por los Servicios Sociales de la Diputación Foral de Guipúzcoa (Mendivil et al., 1999), o están destinados exclusivamente a un solo tipo de patología, especialmente para los problemas de tipo disocial. Citaremos el Wraparound Milwaukee Program y el Linkages Project, de Ohio (Cocozzca y Skowrya, 2000), el Mobil Mental Health Treatment Teams, en Nueva York, , así como Parent Management Training Oregon (PMTO) (Reid, Patterson y Snyder, 2002), y ya en Europa, en Norwegian Center for Studies of Conducts Problems and Innovative Practice de la Universidad de Oslo, tratándose del primer programa de implementación de la MST en un contexto cultural no anglosajón (Ogden y Halliday-Boykins, 2004).

Material y método

La Unidad de Salud Mental de Infancia y Adolescencia (U.S.M.I.A.) de Catarroja está compuesta por una Psiquiatra Infantil, una Psicóloga Clínica Infantil y una Auxiliar de Enfermería Psiquiátrica. La población objeto de atención serían los pacientes en edad pediátrica (habitantes menores de 15 años) de diez localidades de la comarca de l'Horta Sud (Albal, Alcácer, Alfafar, Benetússer, Beniparrell, Catarroja, Massanassa, Sedaví y Silla). Físicamente la unidad se encuentra en el Centro de Salud de Catarroja. Según los datos del padrón municipal vigente (Instituto Valenciano de Estadística, 2005) la población total de este conjunto de municipios asciende a 116.355 habitantes, de los cuales un 15'298% son menores de quince años, y por tanto potenciales usuarios de los servicios de la USMIA, lo cual supone una cifra de 17.800 habitantes. En

la siguiente tabla podemos observar el desglose por lugar de residencia y género:

	CHICAS	CHICOS	TOTAL
ALBAL	1232	1318	2550
ALCÁCER	615	675	1290
ALFAFAR	1488	1479	2967
BENETÚSSER	960	1045	2005
BENIPARRELL	121	124	245
CATARROJA	1806	1972	3778
MASSANASSA	528	580	1108
SEDAVÍ	640	699	1339
SILLA	1224	1294	2518
TOTAL	8614	9186	17800

Esta USMIA, junto con la denominada Padre Jofre, constituyen las dos unidades de intervención psicopatológica en infancia y adolescencia del Departamento nº 10 de la Consellería de Sanidad, cuyo hospital de referencia es el Hospital Universitario Doctor Peset; dentro del Servicio de Psiquiatría de este hospital existen además dos camas para intervención hospitalaria de adolescentes de catorce a dieciocho años.

En la USMIA se realizan los diagnósticos según el DSM-IV, aunque en las estadísticas mensuales y memorias anuales que se envían a la Consellería de Sanidad se codifican según la CIE-10.

Los pacientes atendidos en la USMIA según los datos resultantes de la Memoria de los años 2005 y 2006, presentan las patologías que se muestran en el Gráfico 1 referidas al Eje I.

Por lo que se refiere al Eje II (Trastornos de Personalidad y Retraso Mental), dado el rango de edad de los pacientes atendidos en la USMIA, no es posible realizar diagnósticos de Trastorno de Personalidad, pero sí de retraso mental o C.I. límite, resultando que un 8,64% de los pacientes tiene algún tipo de retraso mental simple o asociado a otro diagnóstico del Eje I.

En el Eje III (Enfermedades médicas), de los pacientes que están actualmente en tratamiento, un 54,57% tiene algún diagnóstico médico asociado, es decir, con base orgánica (neurológico, urológico, endocrinológico, oftalmológico, traumatológico, etc.).

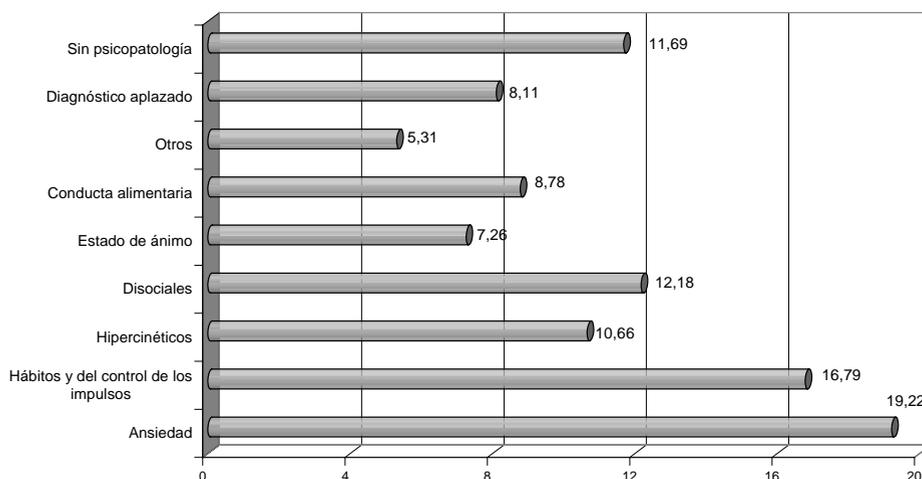


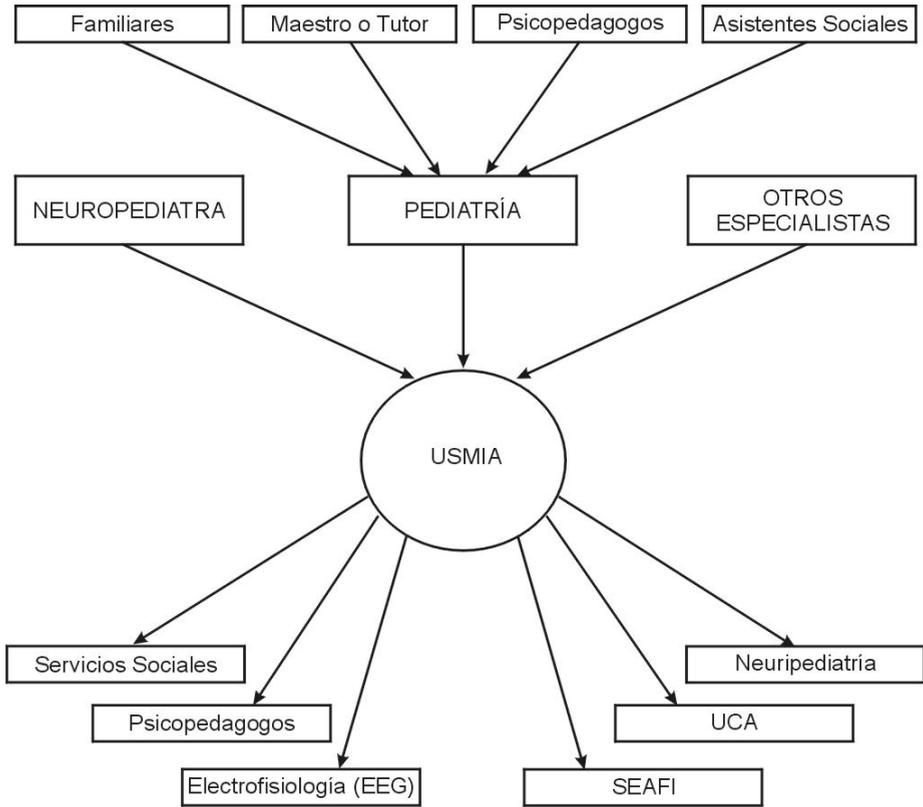
Gráfico 1: Eje I Trastornos Clínicos

Ya en el Eje IV (Problemas psicosociales y ambientales), es donde aparece la mayor comorbilidad. El 92,82% de los pacientes, sufre algún problema psicosocial, ambiental, familiar, económico, etc. (de relación conyugal de sus progenitores, o de salud mental de alguno de ellos, incluido retraso mental, incidentes legales, existencia de maltrato intrafamiliar, negligencia parental, toxicomanías en la familia, problemas de aculturación, problemas de rendimiento escolar, de relación con los compañeros, etc.) siendo susceptibles de recibir tratamiento conjunto con algún o algunos otros dispositivos de atención social, escolar o sanitaria.

Finalmente y respecto al Eje V (Evaluación de la actividad global), no haremos referencia ya que corresponde al juicio del clínico para cada caso concreto respecto al nivel general de afectación de la actividad del niño o adolescente.

Por ello, son objeto de atención por diferentes dispositivos, y por tanto, de coordinación en las reuniones comentadas en el presente artículo, aquellos menores que muestran problemas diferenciados en la evaluación multiaxial del DSM-IV en diversos ejes.

Existen distintos dispositivos que pueden iniciar la derivación de un paciente hacia la USMIA, tanto desde el ámbito familiar, como educativo y sanitario. Del mismo modo, la Unidad también puede derivar o trabajar en colaboración con otros servicios.



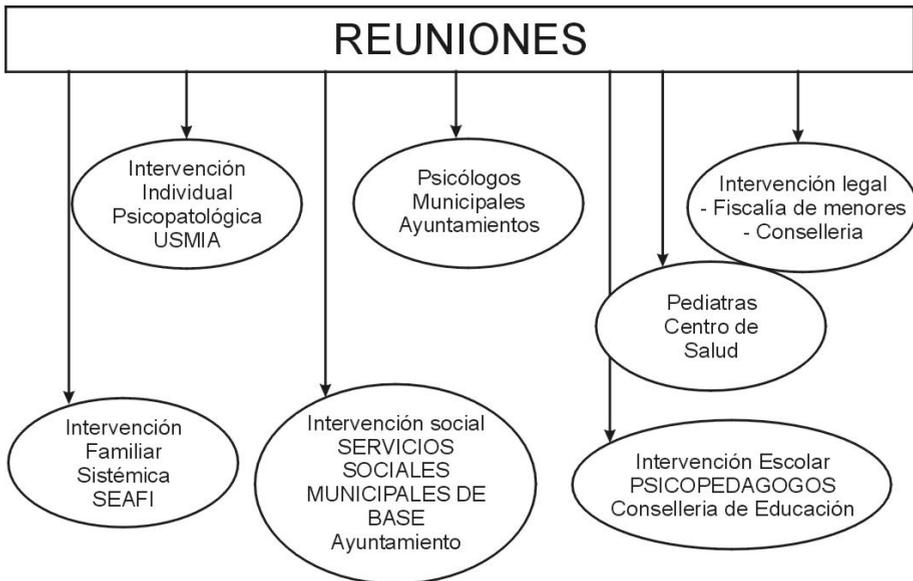
En enero de 2004, a instancia de algunos de los profesionales implicados en el tratamiento de niños (pediatras, psicopedagogos, psicólogos escolares, asistentes sociales, Servicio Especializado de Atención a la Familia y la Infancia (SEAFI), etc.), empezó a ponerse en marcha, en la propia Unidad de Salud Mental de la Infancia y de la Adolescencia (USMIA) de Catarroja, una serie de reuniones en las que los interesados acudían, previa cita, a la Unidad.

El objetivo inicial consistía en compartir información y coordinar y planificar la intervención respecto a algunos pacientes que por su patología clínica, situación familiar, problemática social, dificultades escolares, etc., necesitaban de la intervención de varios dispositivos. De este modo, se abría la posibilidad de la valoración multidisciplinar del caso, desde diferentes perspectivas, permitiendo además optimizar el tiempo de diagnóstico e integrar los tratamientos.

Los casos que se incluyeron eran pacientes pluriproblemáticos, que necesitaban de la intervención de varios profesionales, para planificar y llevar a cabo el tratamiento biopsicosocial.

Se comprobaron los beneficios de este tipo de reuniones y de las repercusiones positivas en la intervención y evolución de los pacientes y, también, en el trabajo de los profesionales, y por ello el equipo de la USMIA decidió formalizar estas reuniones en septiembre del 2004. De este modo, se acordó con los servicios psicopedagógicos y los ayuntamientos implicados citar, por orden alfabético, y con una frecuencia semanal, a cada uno de los pueblos pertenecientes al Departamento nº 10 y a sus respectivos dispositivos de intervención en niños y adolescentes. Se decidió que las reuniones tendrían lugar en el propio pueblo citado; bien en el Centro de Salud, bien en el Ayuntamiento, en función de las disponibilidades de espacio.

La coordinación resultó ser satisfactoria para todas las partes, y la actitud de los participantes favorable respecto a su continuidad. Actualmente, las reuniones siguen desarrollándose de modo habitual y ya se ha fijado el calendario completo para el presente curso 2006-2007.



Se han desarrollado también reuniones con los centros escolares específicos donde, en ocasiones, se encuentran escolarizados, a tiempo completo o de forma combinada con un centro escolar ordinario de alguno de los municipios del Departamento 10, los pacientes de la USMIA, dado que los servicios psicopedagógicos, mediante su dictamen, personalizan la escolarización de cada menor. Dependiendo del caso, estas reuniones se llevan a cabo de modo exclusivo con el centro específico, o integrando también a otros dispositivos (centro ordinario, servicios socia-

les, pediatras, SEAFI) si el menor o su familia son usuarios de alguno de ellos.

En cada una de las reuniones existe coordinación entre los diferentes dispositivos tanto para los casos que se encuentran en tratamiento en la USMIA, es decir, que están siendo visitados actualmente, como para aquellos que han sido dados de alta en nuestra unidad. El número de casos varía en función de cada una de las localidades y de cada una de las reuniones. Finalmente, y de modo similar a lo señalado en otros estudios (Mendivil et al., 1999), se interviene de modo coordinado con otros dispositivos escolares, sociales y sanitarios, aproximadamente en el 15% del conjunto de casos existentes en la USMIA.

El objetivo de este modo de abordaje sería ofrecer a los usuarios un *servicio integrado*, tendiéndose por ello a una integración de las interconsultas sanitarias y no sanitarias.

Se trataría de un modelo de servicios donde se atienden todas las necesidades de los niños a través de la coordinación del sistema educativo, servicios de salud mental, servicios sociales, organizaciones no gubernamentales, etc. En el caso que se expone, los servicios integrados son los siguientes:

- Pediatras (Equipo de Pediatría de Atención Primaria de cada localidad).
- USMIA (Departamento nº 10 de la Conselleria de Sanidad).
- Psicopedagogos escolares (del Servicio Pedagógico Escolar SPE-4, Conselleria de Educación)
- Equipo base de Servicios Sociales: asistente social y educador social (de cada Ayuntamiento).
- Servicios Sociales Sanitarios (de cada centro de salud)
- Servicio Especializado en la Atención a la Familia y la Infancia (SEAFI de cada ayuntamiento): El SEAFI es un servicio especializado dentro de los Servicios Sociales. Normalmente los SEAFI cuentan con psicólogos y trabajadores sociales especializados en familia e infancia, y llevan a cabo Terapia Familiar y Terapia de Pareja.
- Equipo Psicológico Municipal: psicólogos municipales.

Los tipos de intervención que pueden llevarse a cabo con los recursos existentes serían la intervención individual psicopatológica, la intervención familiar sistémica, la intervención social, la intervención escolar y la orientación psicopedagógica, e incluso, ocasionalmente se produce intervención legal, a través de la Fiscalía de Menores, tanto con medidas de protección como de reforma, y la intervención administrativa de la Consellería de Bienestar Social, en relación a tutelas, acogimiento, adopción, etc.

Finalmente, destacar los beneficios obtenidos respecto a las posibilidades de investigación en diversas líneas (epidemiología, sexualidad,

influencia de variables escolares y familiares, etc.) que se han puesto en marcha con profesionales de varios de los servicios implicados.

Conclusiones

En primer lugar deseáramos destacar que ha sido factible y positiva la coordinación, no sólo entre profesionales pertenecientes a diversos colectivos (psicólogos, pedagogos, logopedas, asistentes sociales, médicos, etc.), sino también entre dispositivos y unidades adscritos a distintas administraciones (Conselleria de Educación, Conselleria de Sanidad, Conselleria de Bienestar Social, Administraciones Locales, etc.).

Ante nuestra experiencia, no podemos menos que alentar la incorporación de profesionales que parten de distintas concepciones de intervención buscando espacios comunes de integración de las actividades, como los servicios psicopedagógicos, sociales, municipales y sanitarios a la experiencia de la intervención conjunta. De este modo, se abre un abanico de recursos ante el conjunto de los profesionales, con diferentes abordajes terapéuticos: terapia de familia y/o de pareja, intervención psicopedagógica, psicoterapia individual, estimulación precoz, colegios de educación especial, colegios ordinarios, tratamiento hospitalario, psicoeducativo con los padres, etc.

Asimismo, creemos recomendable la creación de redes de trabajo e investigación que estén integradas por distintos dispositivos, así como el establecimiento de espacios o foros para el intercambio creativo y el establecimiento de proyectos de investigación en colaboración. En este sentido, habría que señalar que el aprendizaje en investigación multidisciplinaria es necesario para el entrenamiento en diferentes perspectivas en los problemas con soluciones complejas.

Estamos convencidos de que las soluciones efectivas requieren que múltiples dispositivos relevantes se coordinen e integren sus estrategias y servicios y, por tanto, la colaboración cruzada o interrelacionada del sistema debería formar parte de todas las soluciones y no la realización prioritaria de intervenciones individuales o aisladas, es decir que habría que potenciar el cuidado integral, incluyendo el contacto con la familia frente al abordaje individual, tanto si se trata de internamientos como de atención externa.

Los esfuerzos de colaboración pueden incluir diversas acciones, tanto estrategias de planificación coordinadas, como implementación de centros de evaluación de enfoque múltiple, entrenamiento en varias técnicas de los profesionales, y evaluaciones y gestión de casos en equipo.

Por otra parte, consideramos que es también necesario fluidificar la relación con el sistema judicial, con las unidades de hospitalización psiquiátrica y con el sistema administrativo de protección social, especialmente en relación a los problemas familiares (custodias, menores tutelados por la administración, menores en proceso de adopción), dispositi-

vos con los que ha resultado más dificultosa la integración de los servicios.

Referencias

- Ayuntamiento de Valencia(2003): Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana. En *Instituto Valenciano de Estadística*. Extraído el 29 de Noviembre, 2006 del sitio web <http://www.ive.es>
- Cocozca, J.-Skowrya, K.(2000): Youth with Mental Health Disorders: Issues and Emerging Responses. *Washington D.C.: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention Journal*, 7 (1), 3-13.
- Consellería de Sanitat(2001): Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana. Valencia: Generalitat Valenciana.
- Consellería de Sanitat.(2006): *Catálogo de Recursos en Salud Mental*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- Durlak, J.A.-Wells, A.M.(1997): Primary Prevention Mental Health Programs for Children and Adolescents: A Meta-Analytic Review. *American Journal of Community Psychology*, 25, 115-152.
- Flaherty, L.T.-Weist, M.D.-Warner, B.S. (1996): School-based mental health services in the United States: History, current models and needs. *Community Mental Health Journal*, 32, 341-352.
- Henggeler, S., W.-Borduin, C.M.(1990): *Family therapy and beyond: A multisystemic approach to treating behavior problems of children and adolescents*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Henggeler, S.(1997): Treating Serious Anti-Social Behaviour in Youth: The MST Approach. *Juvenile Justice Bulletin*, May, 1-2.
- Henggeler, S.W.(1999): Multisystemic treatment of serious clinical problems in children and adolescents. *Clinician's Research Digest*, Supplemental Bulletin, 21.
- Hoagwood, K.-Olin, S.(2002): The NIMH Blueprint for Change Report: Research Priorities in Child and Adolescent Mental Health. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 760-767.
- Ibáñez, M.-Alfaya, M.-Escudero, C.-Navarro, A.-Otero, C.-Pascual, P.-Suárez, V.(2001): El reto del trabajo interdisciplinar: ¿hasta dónde hemos llegado?. *A.E.N.*, 21, 91-99.
- Jiménez, A.M.(2000): *Salud Mental Infanto-Juvenil: una experiencia comunitaria*. 1er Congreso Virtual de Psiquiatría (www.psiquiatria.com/congreso). Febrero, 2000.
- Mendivil, C.-Auzmendi, M.-Aparicio, D.-Bravo, M.V.-Iruin, A.(1999): Experiencia en colaboración socio-sanitaria en Psiquiatría infanto-juvenil. *Psiquiatría Pública*, 11, 176-184.
- Ogden, T.-Halliday-Boykins, C.A.(2004): Multisystemic Treatment of Antisocial Adolescents in Norway: Replication of Clinical Outcomes Outside of the US. *Child and Adolescent Mental Health*, 9, 77-83.
- Reid, J.B.-Patterson, G.R.-Snyder, J.(Eds.)(2002): *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.