

La Asistencia en Salud Mental  
Infanto–Juvenil

6



## 6.1. INTRODUCCIÓN

El *Plan de Salud de Canarias 2004-2008* señaló a los niños y adolescentes como un grupo de riesgo y, por tanto, un objetivo prioritario a la hora de diseñar programas de prevención e intervención.

Esta preocupación quedó plasmada en el **Objetivo 18** de dicho plan, que dice así:

***“Objetivo 18: Atención específica a la población infantil y juvenil:***

*18.1. La Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud desarrollará y aplicará instrumentos de efectividad demostrada para la detección precoz de problemas de Salud Mental en población infantil y juvenil, contando con la colaboración del personal de Salud Mental.*

*18.2. “El personal de Salud Mental participará activamente con otras instituciones en la aplicación de programas para prevenir problemas de Salud Mental en grupos de mayor riesgo, entre los que se encuentran los niños maltratados, con SIDA, niños sujetos a medidas de protección, hijos de madre/padre con enfermedad mental grave, niños con enfermedades crónicas (trastornos profundos del desarrollo), hijos de padres toxicómanos, niños sujetos a medidas judiciales, emigrantes, niños con deficiencia mental o con trastornos de la conducta alimentaria “*

## 6.2. OBJETIVOS DE LA ASISTENCIA EN SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

1. Atender la demanda de Salud Mental para la población de 0 a 17 años.
2. Elaborar programas asistenciales que den respuesta a las necesidades definidas como prioritarias para esta población.
3. Establecer canales de comunicación y coordinación con el resto de las instituciones y dispositivos que intervengan en la vida del niño.
4. Garantizar que la atención dispensada se realice con criterios de calidad y eficacia, manteniendo una continuidad de cuidados y evaluando los servicios y programas realizados.

A lo largo de este capítulo, definiremos las actividades asistenciales a desarrollar para conseguir estos objetivos y los recursos materiales y humanos necesarios para llevarlas a cabo.

## 6.3. RECURSOS PARA LA PRESTACIÓN DE LA ASISTENCIA

- **Recursos Humanos**

El equipo asistencial de Salud Mental Infanto-Juvenil (ver Cap. 3)

- **Recursos Materiales**

- **Infraestructuras**

Los espacios arquitectónicos deberán tener en cuenta las necesidades específicas de niños y adolescentes en cuanto a funcionalidad, amplitud, seguridad, iluminación, estética, etc.

Incluirán sala de espera, salas de terapia grupal, despachos individuales, espacio para juego, sala de observación (equipada con instrumentos para tal fin, como ventanas de visión unidireccional, cámara de Gessell, etc), sala de reuniones-biblioteca y zonas de trabajo administrativo.

- **Materiales**

Deberán ser resistentes, funcionales, seguros, atractivos para los niños y adolescentes, y de fácil renovación. Incluye:

- Material para la valoración y evaluación diagnóstica (test psicométricos, proyectivos, escalas, etc.).
- Material de juego para diagnóstico y terapia, estimulación psicomotriz y relajación.
- Material de expresión plástica (pinturas, barro, plastilina, etc.).
- Material de oficina y equipamiento informático y audiovisual.
- Material sanitario:
  - Mobiliario (pesa, camilla, etc.).
  - Instrumentos médicos (estetoscopio, esfingomanómetro, material de exploración básico, etc.).
  - Botiquín farmacológico.

#### 6.4. MODALIDADES ASISTENCIALES

La actividad asistencial implica, en todos los niveles, acogida, evaluación, diagnóstico, tratamiento y coordinación con otros dispositivos o servicios.

##### 6.4.1. Asistencia Ambulatoria. Segundo Nivel de Asistencia

Se lleva a cabo en las Unidades de Salud Mental Comunitarias.

- **Atención individual**

- Evaluación y diagnóstico.
  - Tratamientos farmacológicos.
  - Tratamientos psicoterapéuticos.

- **Atención grupal**

- Grupos Psicoterapéuticos para:
    - Padres.
    - Adolescentes.
    - Niños.

- Grupos de Prevención y Promoción de la salud (relajación, entrenamiento en habilidades sociales, educación sanitaria y psicoeducación).
- **Asistencia domiciliaria**  
Se lleva a cabo en los casos en los que el paciente no pueda desplazarse, o como parte del tratamiento y/o de la evaluación.

#### 6.4.2. Asistencia Hospitalaria. Tercer Nivel de Asistencia

△

- **Hospitalización total**  
Se realiza en el Servicio de Pediatría hasta los 14 años y en el Servicio de Psiquiatría, a partir de esta edad.  
En los casos en los que resulte conveniente, el paciente acudirá por las mañanas al Hospital de Día Infanto Juvenil.  
Es necesario crear unidades de ingreso hospitalario específicas para adolescentes.
- **Hospitalización parcial**  
Se lleva a cabo en el Hospital de Día para niños y adolescentes de 0 a 17 años. En él, la asistencia se organiza por grupos de edad.  
Se presta especial atención a la intervención familiar, tanto individual como a través de grupos de padres, así como a la relación con la escuela del niño o adolescente. Además de atención individual, el hospital oferta numerosas actividades y programas grupales: psicomotricidad, habilidades sociales, teatro, talleres, terapia ocupacional, educación para la salud, salidas terapéuticas, grupo de juegos, etc.  
Su funcionamiento ayuda a reducir los ingresos hospitalarios, e incluso a evitarlos, proporcionando una alternativa que posibilita la permanencia del niño o adolescente en su medio familiar y social, con las ventajas que esto conlleva: menor alteración e impacto en la dinámica de la vida del niño y su familia y reducción del gasto sanitario.  
Dado el ámbito provincial y la ubicación centralizada de este dispositivo, se facilitará a los usuarios el medio de transporte necesario para que ningún niño o adolescente deje de recibir el tratamiento que precise por motivos de distancia geográfica.  
Así mismo, se concertarán con la Consejería de Educación las medidas oportunas para garantizar el derecho a la educación de los niños hospitalizados en este dispositivo, de manera que los pacientes puedan asistir a clase en el Hospital de Día a través de la creación de una Unidad Docente. A este respecto, el Real Decreto 299/1996 de 28 de febrero de "ordenación de las acciones dirigidas a la compensación de desigualdades en educación", manifiesta en su preámbulo que dicho Decreto regula la compensación en cumplimiento del Título V de la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo, que dice así: "*La educación y la formación tienen una dimensión más completa que la que tradicionalmente se les ha otorgado y tienen una decisiva importancia en el desarrollo de la persona en el seno*

*de una sociedad tolerante y solidaria, basada en los principios de respeto de los derechos humanos y de la igualdad de oportunidades. En consecuencia, se exige y demanda a la administración educativa que aporte los recursos necesarios para garantizar que el derecho a la educación no se vea obstaculizado por factores relacionados con la desigualdad social que arbitre las medidas necesarias para que las situaciones personales transitorias de salud no generen condiciones de desigualdad en el disfrute del derecho a la educación”.*

- **Recursos inmediatos**

Es necesaria la creación de más recursos intermedios como centros de día y de tarde, centros específicos para pacientes con problemas conductuales graves, recursos residenciales alternativos, dispositivos rehabilitadores, comunidades terapéuticas, talleres, etc.

#### **6.4.3. Priorización de las intervenciones en la U.S.M.C**

##### **Criterios de Priorización**

Se tendrán en cuenta los factores clínicos y psicosociales que operan sobre el niño y el joven, priorizando en base al grado de incapacidad, desadaptación y sufrimiento padecidos.

Se valorará la etapa madurativa del niño y el joven para lograr intervenciones terapéuticas tempranas y prevención de cronificación.

Entre los factores clínicos cabe destacar:

- La presencia detectable de psicopatología infanto-juvenil severa, como:
  - Trastornos generalizados del desarrollo.
  - Psicosis y primeros episodios de esquizofrenia.
  - Alteraciones conductuales (TDA y TDAH, Trastornos de la conducta y Trastorno oposicionista desafiante).
  - Trastornos de la conducta alimentaria.
  - Trastornos de ansiedad (angustia de separación, ansiedad generalizada, fobias y TOC).
  - Trastornos afectivos, con especial atención al riesgo suicida.
  - El tiempo de evolución.
  - El deterioro de las relaciones familiares que limitan las posibilidades de cambio.
  - La comorbilidad con otras patologías.

Entre los factores psicosociales:

- Se incluyen las situaciones de riesgo por estrés psicosocial y/o déficit ambiental influyente para el desarrollo madurativo del niño y del joven.