

**PROGRAMA DE FORMACIÓN EN EL TRAYECTO
EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL PARA
RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA**

Hospital Universitario de Fuenlabrada

Abril 2016

Índice

1. INTRODUCCIÓN	3
2. PRINCIPIOS BÁSICOS	4
3. PROGRAMA FORMATIVO	7
3.1 <i>Objetivos Generales</i>	7
3.2 <i>Contenidos</i>	8
3.3 <i>Rotaciones</i>	9
3.4 <i>Investigación</i>	11
4. RECURSOS NECESARIOS PARA IMPLEMENTAR EL PROGRAMA	11
4.1 <i>Recursos humanos</i>	11
4.2 <i>Medios materiales</i>	11
5. RESUMEN Y CONCLUSIONES.....	13
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	14
ANEXOS.....	15

1. INTRODUCCIÓN

La Orden SCO/2616/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría, publicada en el BOE nº 224 el 16 de septiembre de 2008, define la Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia cómo una de las áreas de Formación específica a la que podrán optar los residentes de 4º año.

Según dispone la citada Orden (SCO/2616/2008), esta formación específica debe estimular en los profesionales el desarrollo de la actitud adecuada y proporcionar los conocimientos y habilidades necesarios para el tratamiento clínico y seguimiento de los menores, especialmente en lo relativo a los siguientes aspectos:

- a) Desarrollo físico, emocional, intelectual y social, así como con los factores biológicos, psicológicos y sociales implicados en la etiología de los trastornos mentales y en la interacción psico-social.
- b) Capacitación para diagnosticar y tratar los trastornos psiquiátricos y las desviaciones del desarrollo psicomotor, incluyendo las alteraciones emocionales y psicosomáticas que pueden surgir durante la infancia y la adolescencia.
- c) Conocimiento de la estructura comunitaria sobre la salud y el desarrollo de los niños, la organización del sistema escolar, los servicios sociales y los servicios judiciales, para una adecuada coordinación con ellos.
- d) Durante esta formación, el residente llevará a cabo sus actividades en los dispositivos asistenciales específicos: Centro Ambulatorio con Programa Específico de Atención a Niños y Adolescentes, Servicio o Centro de Hospitalización Psiquiátrica para niños y adolescentes, Hospital de Área con Programas Específicos para menores.

Con respecto a los niveles de responsabilidad, la Orden SCO/2616/2008 plantea: “Más que en otras Especialidades, en Psiquiatría la relación médico-paciente forma parte, desde la primera entrevista, del proceso terapéutico y conlleva el riesgo de un efecto anti-terapéutico si el profesional no está adecuadamente entrenado. De ahí la importancia de la supervisión directa desde los primeros momentos y de la progresión gradual en los niveles de responsabilidad del residente, con carácter general y en cada una de las ramas impartidas, según prevé el Programa de la Especialidad”.

En general, el residente deberá progresar en la rotación desde un primer nivel de evaluación y diagnóstico a un segundo nivel de tratamiento farmacológico y a un tercer nivel de habilidades psicoterapéuticas. Esta supervisión es especialmente destacable en el caso de la psicoterapia, debido al especial carácter de experiencia personal que tiene su aplicación técnica.

No obstante lo anterior y dado que la autonomía es fundamental como elemento formativo del sistema de residencia, deberá propiciarse progresivamente el grado suficiente de autonomía y responsabilidad a lo largo de todo el período formativo, con el objetivo de que el residente alcance una autonomía total, supervisada, al final de su formación.

2. PRINCIPIOS BÁSICOS

Los principios básicos para la asistencia en Salud Mental a niños y adolescentes se describen esquemáticamente en los siguientes puntos, según el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014:

1. La atención a la población de edades comprendidas entre 0 y 17 años.
2. El carácter preventivo de toda intervención en Salud Mental durante la infancia y adolescencia.
3. La especificidad de la atención en Salud Mental a niños y adolescentes que debe prestarse de forma diferenciada e independiente de los servicios de salud mental de adultos. Esta especificidad alude también al reconocimiento de una titulación especializada, o hasta tanto se alcance ésta, a una necesidad de acreditación de capacitación específica de los profesionales de las distintas disciplinas que atienden a los menores.
4. El modelo comunitario de atención en Salud Mental basado en la atención territorializada, realizada con equipos multidisciplinares, marco idóneo para la promoción, prevención, atención y continuidad de cuidados a niños y adolescentes.
5. La atención ofrecida a través de una red de dispositivos asistenciales diversificados según las distintas necesidades en el proceso de atención al paciente e integrados en un Plan de Continuidad de Cuidados. Los recursos terapéuticos se deben organizar por niveles de atención y deben tener en cuenta las peculiaridades del diagnóstico y tratamiento en las distintas etapas del desarrollo evolutivo.
6. El diagnóstico y el tratamiento de los niños y adolescentes debe contemplarse de forma integral atendiendo a sus necesidades y problemas en todos los ámbitos de su vida (salud, salud mental, familia, educación, red y contexto social), considerándolos como un todo y no como aspectos aislados y parciales. Además, debe considerarse el carácter evolutivo del desarrollo desde el nacimiento a la adolescencia y la dependencia e influencia del entorno en el mismo. Dichas especificidades requieren intervenciones y estrategias diferenciadas y propias de cada etapa que no son meras adaptaciones de las intervenciones realizadas sobre los adultos. Los factores del entorno socio-familiar han de ser tenidos muy en cuenta para la comprensión etiopatogénica, el diagnóstico y para el abordaje terapéutico de la patología emergente.

7. Las intervenciones psicoterapéuticas en sus distintos formatos y orientaciones tienen un valor fundamental en el tratamiento de los problemas mentales en la infancia y adolescencia. Debe asegurarse el acceso de los pacientes a las diferentes modalidades terapéuticas específicas de la infancia, que para ser eficaces deben ser implementadas en condiciones adecuadas en cuanto a duración y frecuencia así como a la formación en cada tipo de terapia de los profesionales que las realizan.
8. La importancia de la psicofarmacología en algunos tipos de pacientes y patologías, siempre como parte de un tratamiento integral. Destacar la importancia de fomentar un uso seguro y racional del medicamento, teniendo en cuenta que la seguridad y eficacia de los psicofármacos en niños y adolescentes no son extrapolables de los tratamientos de personas adultas. Debe promoverse la mejora del conocimiento que redunde en una optimización del uso de psicofármacos en niños y adolescentes mediante la elaboración de guías farmacológicas.
9. El abordaje multimodal, que abarca intervenciones psicoterapéuticas, psicofarmacológicas, educativas y sociales, está recomendado para la mayor parte de las patologías de la infancia y debe ser tenido en cuenta en cualquier intervención y nivel de tratamiento.
10. El abordaje de la patología mental de la infancia y adolescencia exige intervenciones terapéuticas complejas que pueden implicar a varias personas e instituciones y para ello es necesario contar con recursos suficientes y cercanos al medio natural del menor para proporcionar una atención adecuada.
11. La coordinación interinstitucional (dispositivos sanitarios, educativos, sociales, jurídicos, etc.) e intrainstitucional (Programas de Adultos, Unidades de Hospitalización Breve, Hospitales de Día, Servicios de Interconsulta Hospitalaria, etc.) debe tener una consideración fundamental. La obtención de información de varias fuentes (paciente, padres y profesores, otros agentes que intervienen con el menor y/o su familia), es práctica imprescindible por la falta de concordancia entre informantes respecto de los problemas que los menores experimentan y cómo los manifiestan en diferentes contextos. La intervención conjunta y coordinada en distintos niveles, sanitario, educativo y social incrementa la efectividad de las intervenciones así como el mantenimiento de la estabilización en la mayoría de patologías; además, en el caso de las patologías mentales graves y/o complejas, cada vez más presentes, es requisito imprescindible para obtener resultados.
12. El desarrollo de actividades de coordinación con Atención Primaria debería ser un objetivo prioritario, así como el reconocimiento de la participación en los Consejos Locales que se contempla como un imperativo legal (Ley 18/1999 de 29 de Abril Reguladora de los Consejos de Atención a la Infancia y Adolescencia de la Comunidad de Madrid que obliga a que un técnico de salud mental del Distrito donde reside el menor, forme parte de las diferentes comisiones y asista a las reuniones que se realizan al menos mensualmente).

13. El desarrollo prioritario del Programas de Continuidad de Cuidados para garantizar la atención integral biopsicosocial a los menores con Trastorno Mental Grave y/o en situación de riesgo psíquico, social y familiar es clave para prevenir los riesgos que comprometen su desarrollo, fomentando su capacidad de autonomía, autocuidado, integración escolar, ocupacional y social, de tal forma que se le capacite para organizar su vida adulta de forma satisfactoria, evitando la evolución hacia la cronicidad, la discapacidad y la dependencia social.
14. Las actividades docentes y de formación continuada deben ser contempladas como parte de las actividades diarias, reflejándose de forma real en la agenda de los profesionales acreditados para ello y deben atender a los recientes cambios incorporados en los planes de formación. Estas actividades deben promoverse y desarrollarse en todos los dispositivos y niveles de atención a menores.
15. La investigación en todos los campos de la Salud Mental en la infancia y adolescencia debe promoverse y desarrollarse en todos los dispositivos y niveles de la atención a menores.

Como resumen de esta exposición de principios básicos, cabe destacar los siguientes aspectos:

- El niño/adolescente es un ser **en evolución constante** cuyas dificultades suelen ser menos crónicas que en adultos, salvo que exista algún déficit estable (neurológico, cognitivo o generalizado) en su desarrollo. De ahí la menor duración temporal de los tratamientos en la mayoría de los casos, lo cual no significa que éstos carezcan de complejidad.
- El menor **depende en mayor grado de su entorno**, por tanto la familia, el colegio (Escuela Infantil, Colegio de Primaria y/o Instituto) y otros contextos (Servicios Sociales, recursos comunitarios, etc.) o instituciones que a veces asumen sus cuidados (Comisión de Tutela, Residencias de Menores, etc) se convierten en una parte esencial de la intervención. Todo ello determina que el trabajo de coordinación reglada con múltiples instituciones forme parte del quehacer diario en la mayoría de los casos.
- Precisamente por esa mayor dependencia del entorno, el menor no suele demandar la ayuda por sí mismo sino que “es llevado” a Salud Mental por los padres y, a la vez, son también ellos los que deciden en muchas ocasiones abandonar el tratamiento. Por ello, el abordaje desde Salud Mental **siempre debe incluir a ese entorno**, a fin de garantizar su cooperación en el proceso terapéutico, mejorar sus problemas relacionales y tratar de evitar la interrupción prematura de la intervención.
- El menor es un miembro activo en la interacción que, frecuentemente, permite el acceso a conflictos menos manifiestos en el sistema familiar y en la intervención con cada caso siempre **se abordan simultáneamente las dificultades de otros miembros de su grupo inmediato de pertenencia**. Por esta razón, en el trabajo con menores habitualmente no se atiende a “individuos” sino a “familias”.

- El **abordaje farmacológico** en menores resulta eficaz en un porcentaje de casos no muy elevado y siempre debe inscribirse en el marco de una intervención más compleja, lo que determina la necesidad de asumir la mayoría de los tratamientos desde un enfoque multidisciplinar.
- El trabajo con menores incorpora un **aspecto preventivo esencial** ya que, si resulta eficaz, evita la consolidación de pautas de funcionamiento poco adaptadas y proporciona un mayor aprovechamiento de los propios recursos lo que, a su vez, disminuye la probabilidad de problemas psíquicos futuros.

3. PROGRAMA FORMATIVO

3.1 Objetivos Generales

- Capacitar a los residentes para:
 - El desempeño de las tareas propias de evaluación, diagnóstico, intervención y tratamientos psicológicos-psiquiátricos en niños y adolescentes.
 - El trabajo interdisciplinario y de coordinación con otros equipos, que requiere una concepción multidimensional y un manejo de los factores institucionales que intervienen en la actividad clínico-asistencial a diversos niveles y en distintos contextos.
 - El desarrollo de trabajos de investigación.
- La capacidad docente del Hospital para este programa es de un máximo de un residente por año. En el supuesto de quedar plazas vacantes se podrían aceptar residentes externos.

3.2 Contenidos

Para lograr esos objetivos, los residentes deberán cumplimentar un programa con temas y actividades, teóricos (incluyendo tiempo dedicado a docencia específica) y prácticos.

3.2.1 Docencia específica

Según la Orden (2616/2008), la Docencia específica para esta formación en **Psiquiatría infantil y de la adolescencia** debe incluir 250 horas de enseñanza estructurada.

De modo general se recomienda que quede distribuido:

- 40% en Supervisión de casos de forma individual o grupal
- 20 % en Sesiones clínicas y bibliográficas
- 40 % en Cursos teórico-prácticos:
 - A través de los cursos que tienen lugar dentro del programa de docencia compartida de la Comisión Sur.
 - A través de la formación que tenga lugar en los dispositivos de rotación.
 - A través de cursos acreditados en centros oficiales.

3.2.2 Programa Práctico

La actividad de los residentes se centrará en la asistencia de los pacientes, con supervisión individual, compaginando estas actividades asistenciales con la participación en grupos de discusión y en seminarios de formación teórica. Las actividades asistenciales se llevarán a cabo en los lugares de trabajo habituales de los profesionales implicados, en nuestro caso, el CSM de Fuenlabrada y Hospital de Día-CET Leganés, aunque también pueden incluirse otros dispositivos de rotación externa.

El programa práctico debe comprender la realización supervisada y reglada, con asunción progresiva de responsabilidades, de una serie de tareas entre las que destacan las siguientes:

- Evaluación de casos:
 - Correcta cumplimentación de historias clínicas de menores y sus familias.
 - Elaboración de diagnósticos descriptivos y psicopatológicos.
 - Redacción de informes clínicos.
 - Manejo de los instrumentos de medida psicológica más usuales (administración, corrección e interpretación).
- Planificación, realización y seguimiento de intervenciones terapéuticas: individuales, familiares y grupales.
- Manejo de pacientes en situaciones urgentes.
- Derivación a otros dispositivos (indicaciones y criterios).
- Tipos y peculiaridades de las intervenciones clínicas con menores en distintos dispositivos asistenciales: atención ambulatoria (CSM), atención en Interconsulta (Psiquiatría de Enlace), atención en Hospital de Día y/o atención en Unidades de Internamiento (H. Niño Jesús, H. G. Marañón).
- Participación en reuniones de apoyo y coordinación con otros servicios (Educativos, Atención Primaria, Sociales, Jurídicos, etc.) implicados en la atención a menores.
- Participación en actividades científicas: presentación de sesiones clínicas y bibliográficas, desarrollo de protocolos de actuación, elaboración de trabajos, etc.

A través de esto debe desarrollar conocimientos y habilidades en:

- Psicología Evolutiva.
- Patologías pediátricas y sus implicaciones psicológicas (enfermedades en la infancia que alteran o inciden en el desarrollo).
- Características específicas de la evaluación y diagnóstico en niños y adolescentes: técnicas y procedimientos.
- Presentación clínica y peculiaridades de los trastornos mentales, emocionales, cognitivos, del comportamiento y de las relaciones en niños y adolescentes.
- Procedimientos de intervención clínica y psicoterapias específicas para la infancia y adolescencia.
- Especificidades sobre el uso de los psicofármacos en menores.
- Relaciones sociales y familiares: situaciones de riesgo (biológico y psicosocial), sintomatología reactiva a factores estresantes, etc.
- Trabajo en equipo y trabajo comunitario.

3.3 Rotaciones

A fin de cumplir los objetivos marcados en la formación teórico-práctica, el residente debe pasar por varios dispositivos asistenciales.

Las opciones de rotación son variadas:

- Asistencia ambulatoria.
- Interconsulta de Psiquiatría Infanto-Juvenil.
- Hospital de Día-CET (Centro Educativo Terapéutico) de Leganés.
- Neuropediatría.
- Hospitalización de niños (Hospital Niño Jesús).
- Hospitalización de adolescentes (Hospital G. Marañón).
- Otras rotaciones libres.

Dado que no es posible rotar por todos estos dispositivos en el tiempo disponible (12 meses), estas rotaciones se pueden dividir en **nucleares** y **opcionales**. De este modo, se programaría un paso obligatorio por algunas unidades y una elección personal de cada residente para poder seguir distintos itinerarios, según el siguiente esquema:

3.3.1 Rotaciones nucleares = 6 - 8 meses

Asistencia ambulatoria = 6- 8 meses. Que puede incluir: Interconsulta de Psiquiatría Infanto-Juvenil y/o Neuropediatría.

3.3.2 Itinerarios opcionales de Hospitalización = 4 - 6 meses

Itinerario A: Hospital de Día-CET de Leganés.

Itinerario B: Unidad de Hospitalización de Niños Hospital Niño Jesús).

Itinerario C: Unidad de Internamiento de Adolescentes (Hospital Gregorio Marañón).

Itinerario D: Rotación libre por otro dispositivo de hospitalización parcial o completa de Infanto-Juvenil.

Se rotará preferentemente por uno de estos dispositivos opcionales, si bien el residente conocerá el funcionamiento del resto.

3.4 Investigación

La formación del residente como futuro investigador ha de realizarse a medida que avanza su especialización. La formación y la investigación deben basarse en la clínica. Para ello, resulta tan importante la existencia de valores y actitudes del profesional (espíritu reflexivo, pensamiento crítico, afán de progreso, capacidad creativa, etc), como el dominio de la metodología que sea necesario aplicar y la posibilidad de compatibilizar estas actividades con la función asistencial. Cada residente debe:

- Participar activamente en la elaboración y presentación de sesiones clínicas.
- Tomar parte activa en revisiones bibliográficas, actualizaciones de temas monográficos o cualquier otra tarea docente que corresponda a su nivel de formación.
- Participar al menos en un trabajo de investigación dirigido y/ o supervisado por un miembro del programa.
- Realizar una formación complementaria en herramientas auxiliares que actualmente resultan imprescindibles para emprender cualquier proyecto de investigación: manejo de la lengua inglesa, informática y estadística, bioética, etc.

4. RECURSOS NECESARIOS PARA IMPLEMENTAR EL PROGRAMA

4.1 Recursos humanos

Se requerirá:

- Tutor de rotación, que actúe también como coordinador del programa.
- Un tiempo dedicado a la supervisión y atención de los residentes por parte de los facultativos (psiquiatras y psicólogos y personal de enfermería de los dispositivos de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil)

4.2 Medios materiales

Los dispositivos de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil para llevar a cabo el Programa deberían contar con:

- Un despacho disponible para uso de los residentes.
- Material de juego y expresión plástica renovable para exploración y psicoterapia.
- Mobiliario adaptado a niños.
- Biblioteca.

5. RESUMEN Y CONCLUSIONES

- La nueva posibilidad de formación en Psiquiatría Infanto-Juvenil debe contribuir a mejorar la asistencia sanitaria de los menores afectados por trastornos mentales y a la prevención de éstos en etapas posteriores de la vida.
- Esta formación específica debe estimular el desarrollo de una actitud adecuada y proporcionar los conocimientos y habilidades necesarios para el tratamiento clínico y el seguimiento de los menores afectados y sus familias.
- Durante el período de esta formación el residente llevará a cabo actividades en las áreas asistenciales específicas, donde desarrollará tareas clínicas, intervendrá en la coordinación con instancias comunitarias relacionadas con la atención a menores y participará activamente en actividades de docencia e investigación.

- El residente irá asumiendo estas actividades con niveles de responsabilidad gradualmente crecientes, siendo supervisado por los facultativos que promocionarán la adquisición de los conocimientos necesarios, monitorizando el progreso y evaluando el logro de objetivos en este aprendizaje.
- Las actividades docentes, investigadoras y de formación continuada deben ser consideradas parte esencial de la función de los facultativos, incluyéndose como tales en la agenda de trabajo, acreditando el tiempo de dedicación a las mismas y proporcionando los medios organizativos y materiales necesarios para desarrollarlas adecuadamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Asociación Española de Neuropsiquiatría (2009): *Informe sobre la Salud Mental de niños y adolescentes*. Madrid: Cuaderno Técnico nº 14.
- ✓ Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid (18/1999): *Ley Reguladora de los Consejos de Infancia y Adolescencia*.
- ✓ Boletín Oficial del Estado (2008): *Orden SCO/2616/2008*. Nº 224.
- ✓ Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad: *Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014*.
- ✓ Atlas: Child and Adolescent Mental Health Resources: global concerns, implications for the future. World Health Organization 2005.
- ✓ Belfer ML, Song S. The United Nations Convention on the Rights of the Child and implications for clinical practice, policy and research. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.
- ✓ Facultad de Medicina UNAM (2008): *Plan Único de Especializaciones Médicas en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia*. México, D.F.
- ✓ Rodríguez Vega, B. (2006): *Unidad de Formación e Investigación en Psicoterapia (UFIP). Programa para formación especializada*.

ANEXOS

DOCUMENTO 1: ESQUEMA GENERAL DE ROTACIÓN POR EL PROGRAMA SALUD MENTAL INFANTIL Y DE ADOLESCENTES DE LOS CSM.

1. Información previa

Se entrega al residente a su llegada una carpeta conteniendo información sobre: bibliografía básica, modelos de Historia Clínica, funcionamiento del Equipo, horarios de supervisiones por profesional, etc.

2. Datos aclaratorios

Cada tutor explica al residente los datos básicos de su formación y actividades en el Programa Infanto-Juvenil. La rotación habitual por este Programa del CSM será de 6 meses para los residentes que deseen ampliar su formación durante el último año de su residencia.

3. Objetivos

Teniendo en cuenta estos datos, los objetivos de la rotación por el CSM serían:

- Formación en las especificidades del trabajo en Salud Mental con población de 0 a 18 años: aspectos derivados de la etapa evolutiva individual, características del grupo familiar, contextos institucionales intervinientes, etc.
- Formación en el proceso de evaluación de individuos y grupos familiares, evaluando unos 30 casos.
- Formación en estrategias de tratamiento, realizando el abordaje terapéutico de todos esos casos (al finalizar la rotación esos pacientes continuarán con el facultativo asignado).
- Formación en abordajes comunitarios, participando activamente en el trabajo de coordinación con otros Equipos del Área.

4. Actuaciones

- Observación de casos de evaluación acompañados del facultativo, durante 2 semanas.
- Evaluación de casos en solitario (siempre con supervisión posterior)
- Asunción de tratamientos de casos nuevos (siempre con supervisión).
- Asistencia a reuniones de coordinación con los diferentes equipos de intervención con el menor: Hospital de Día-CET Leganés, Equipos psicoeducativos, Programa Pisa del Ayuntamiento, Atención Primaria (Médicos de Familia y Pediatras), Servicios Sociales, etc.
- Presentación de una sesión clínica general, sobre uno de los casos trabajados.

5. Actividades regladas del Equipo

- a) **Reuniones:** Cada equipo programa sus reuniones según tenga organizada su agenda asistencial.
- b) **Supervisiones regladas:** Cada facultativo dedicara un tiempo a supervisar con los residentes los casos que tiene asignados, aunque sean los residentes quienes los asumen durante la rotación. Estas supervisiones podrán ser individuales o de todo el equipo.
- c) **Evaluación de pacientes nuevos:** Los días y horas concretos para la recepción de pacientes nuevos también depende de la organización interna de cada equipo.