

PROGRAMA DE FORMACIÓN EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

Comisión de Docencia de la Unidad Docente Multiprofesional del instituto Psiquiátrico José Germain

Febrero 2015

Elaborado en el año 2010 por el equipo infantojuvenil del CSM de Fuenlabrada: Concepción Fernández Ramírez (Psicólogo); Julia Burrueco Arjona (Psicologo Clinica); Concepción Bellas (Psicólogo Clínico); Jorge Pernia (Psicólogo Clínico)

Revisado en 2015 por el siguiente Grupo de Trabajo:

- Juan Antonio Sanchez Berlanas. Tutor del área infantojuvenil de Leganés
- Paloma Vazquez de la Torre. Tutora del área infantojuvenil de Fuenlabrada
- Cristina Mouriño. Tutora de Rotación Hospital Severo Ochoa. Psiquiatra Interconsulta de Infantil
- Marta Sanz Amador. Jefe de Estudios de la UDM del IPJG

ÍNDICE

	Página
Introducción	3
Principios Básicos	6
Propuesta de Programa	9
Objetivos Generales	9
Contenidos	9
Programa Teórico	9
Docencia Específica	10
Programa Práctico	10
Rotaciones	12
Supervisión	14
Docencia e Investigación	14
Evaluación	15
Investigación	16
Recursos necesarios para implementar el Programa	16
Humanos	
Materiales	
Resumen y Conclusiones	18
Referencias Bibliográficas	19
Anexos	20

PROGRAMA DE FORMACIÓN EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

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 como una de las áreas de Formación específica a la que podrán optar los residentes de 4º año.

En los últimos 20 años, se han llevado a cabo diversos estudios epidemiológicos sobre la psicopatología de niños y adolescentes en distintos países con resultados parecidos. Las tasas de prevalencia encontradas se sitúan entre 14-20% de la población infantojuvenil siendo el rango más repetido el 17-20%. De este porcentaje el 2% corresponde a trastornos mentales graves, el 7-8% trastornos de gravedad moderada y el resto trastornos leves.

Según los estudios epidemiológicos que maneja el Ministerio de Sanidad y Consumo en 2009, entre un 10 y un 20% de los niños y adolescentes en España sufre alguna patología de este tipo, lo que representa un porcentaje similar al de otros países europeos.

La nueva posibilidad de formación en Psiquiatría Infanto-Juvenil debe contribuir a mejorar la asistencia sanitaria de los menores afectados por algún tipo de trastorno mental. Por otra parte, no debemos olvidar que una buena atención a los mismos durante la infancia y la adolescencia es la **mejor manera de realizar un trabajo preventivo** de los trastornos de salud mental en etapas posteriores de la vida.

Durante mucho tiempo se ha negado que los niños sufrieran trastornos mentales o se ha minimizado su importancia. Se ha insistido en su consideración como “problemas menores” o “evolutivos” que podían ser resueltos por personas sin preparación ni experiencia. Sin embargo, la realidad es bien distinta: más de la mitad de las enfermedades mentales de la población surgen en la infancia y ya nadie duda en el mundo científico de que exista una continuidad entre los problemas mentales infantiles y los de la vida adulta.

Los trastornos mentales en niños y adolescentes tienen una etiología multifactorial, en la que las variables individuales, familiares y del entorno sociocultural influyen significativamente, tanto en el desarrollo del propio trastorno como en su forma de presentación y en su mantenimiento. Las alteraciones psíquicas en los menores ocasionan, además de un sufrimiento personal y familiar, un alto coste a la sociedad ya que, de no ser abordados precozmente, pueden ir incorporando a la vida adulta jóvenes con importantes problemas de relación y conducta: violencia, baja productividad y uso sobreelevado de recursos educativos, sanitarios, sociales y judiciales.

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.

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.

La enseñanza en la atención directa a los problemas de salud, donde el residente como parte de su aprendizaje observa, cuestiona y desempeña dichas actividades bajo la asesoría y supervisión de los facultativos de mayor experiencia, constituye el procedimiento más eficaz para ejercitarse en el desempeño de las funciones profesionales. Para aprender a resolver problemas no existe un sustituto de la propia experiencia y se hace necesario enfrentarse a dificultades, capitalizar los errores y, finalmente, descubrir una solución que conduzca a disipar la incertidumbre de la situación planteada. La enseñanza reflexiva de la atención en Salud Mental se inicia con la presencia de problemas reales (de prevención, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y/o rehabilitación) ante los cuales los residentes asumen la necesidad de resolverlos y siempre supone su participación activa.

El docente orienta su función a lograr el aprendizaje del residente y no a la enseñanza por sí misma. Esta función no depende exclusivamente del interés de docentes y discentes, sino que se vincula estrechamente con la estructura organizativa del

quehacer profesional en la institución. La previsión de las condiciones del medio ambiente institucional es un factor clave para aumentar la eficacia del proceso de formación.

La organización de las diversas experiencias de aprendizaje supone una relación bidireccional ininterrumpida entre la teoría y la práctica, entre la información y la acción. Este proceso es lo que permite al residente avanzar efectivamente en el dominio del trabajo de atención clínica que le compete como especialista, al tiempo que aprende a buscar información, a cuestionarla, a delimitar su alcance y límites aprehendiendo su verdadera utilidad y significado, y a aplicarla en su quehacer cotidiano.

El pasado mes de julio se ha publicado en el BOE el Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la trocalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a las plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y se modifican determinados títulos de especialista. En el Capítulo VI (De la creación y modificación de los títulos de especialista), artículo 39 (*Creación de un nuevo título de médico especialista en psiquiatría del Niño y del Adolescente*):

1. Se crea la especialidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, incluyéndola en la relación de especialidades por el sistema de residencia que figura en el apartado 1 del anexo I del real decreto 183/2008 de 8 de febrero.
2. La especialidad médica de Psiquiatría del Niño y del Adolescente se integrará en el Tronco de Psiquiatría del Anexo 1 de este real decreto
3. La formación específica de esta especialidad se realizará en las unidades docentes multiprofesionales de Salud Mental, previstas en el apartado a) del anexo II del Real Decreto 183/2008 del 8 de febrero.

El interés expresado por al menos el 25% de los MIR de Psiquiatría que han elegido realizar su formación como especialistas en la Unidad Docente Multiprofesional del IPJG, así como la próxima necesidad de reacreditar esta Unidad Docente Multiprofesional para ofrecer tanto la formación troncal en psiquiatría como la formación en la fase de especialización de “Psiquiatría del niño y del adolescente” nos ha animado a revisar, actualizar e introducir mejoras en el trayecto de formación en psiquiatría infantojuvenil vigente aprobado en el año 2010.

La Comisión de Docencia de la UDM del Instituto Psiquiátrico José Germain supervisará la correcta implantación y desarrollo del programa, garantizando el cumplimiento de los mismos dentro de un marco flexible cumpliendo los objetivos del mismo contando con los recursos actuales y haciendo una evaluación individualizada del perfil del residente que elige el trayecto.

PRINCIPIOS BÁSICOS

Los principios básicos para la asistencia en Salud Mental a niños y adolescentes se describen en los siguientes puntos, según quedan planteados en el Plan Estratégico de Salud Mental (CAM 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 de 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 nunca 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, sin muchas posibilidades de derivación a Atención Primaria para control de medicación.
- ❖ 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.

FORMACIÓN EN SALUD MENTAL INFANTIL Y DE ADOLESCENTES: PROPUESTA DE PROGRAMA.

A. 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 Instituto para este programa es de un máximo dos residentes por año, destinándose estas plazas en primer término a residentes del Instituto. En el supuesto de quedar plazas vacantes se ofertarían a residentes externos.

B. Contenidos

Para lograr esos objetivos, los residentes deberán cumplimentar un programa con temas y actividades, teóricos (incluyendo tiempo dedicado a docencia específica) y prácticos, que abarquen al menos los siguientes contenidos:

➤ **Programa Teórico**

- ❖ 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 la psicofarmacología en menores
- ❖ Relaciones sociales y familiares: situaciones de riesgo (biológico y psicosocial), sintomatología reactiva a factores estresantes, etc.
- ❖ Trabajo en equipo y trabajo comunitario

➤ **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, que estaría repartida del siguiente modo:

- ❖ Supervisión de casos: 100 horas de supervisión individual
- ❖ Sesiones clínicas y bibliográficas con una periodicidad mensual (22 horas)
- ❖ Cursos teórico-prácticos:
 - ✓ Fundamentos de Psiquiatría Infantil
 - ✓ Cursos que tienen lugar dentro del programa de docencia compartida.

Esta docencia debe complementarse con la formación que tenga lugar en cada uno de los dispositivos de rotación.

➤ **Programa Práctico**

La actividad de los residentes se centrará en la asistencia de 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, fundamentalmente en el equipo infantojuvenil de Leganés y el equipo infantojuvenil de Fuenlabrada y Hospital de Día infantojuvenil de Leganés.

La **formación y capacitación longitudinal** a lo largo de toda la residencia se considera un aspecto fundamental. Al final del primer año de residencia se hace necesario que el residente solicite la realización del trayecto formativo en Psiquiatría del Niño y del Adolescente con el fin de ajustar el itinerario formativo, las actividades docentes y de investigación para que en los años de formación adquiera el máximo nivel de capacitación en esta especialidad. Los residentes que soliciten realizar el trayecto formativo de Psiquiatría del niño y del adolescente tendrán prioridad a la hora de organizar su rotación por el programa ambulatorio de atención al niño y al adolescente incluyendo el programa de continuidad de cuidados. Es conveniente que esta rotación se realice al inicio del 3º año de residencia de forma que las rotaciones del tercer y cuarto año se organicen de acuerdo a esta formación específica. La rotación en el programa infantojuvenil del CSM de Leganés y de Fuenlabrada será al menos de 6 meses.

Como se ha referido previamente 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. Por ello **desde el inicio de la rotación el residente debe participar primero como observador y adquiriendo niveles progresivos de responsabilidad en el programa de continuidad de cuidados de infantojuvenil y en las coordinaciones interinstitucionales así como en el desarrollo de programas de**

coordinación con Atención Primaria y participación en Consejos locales como la mesa de Apoyo familiar

A partir de los dos meses de rotación y dado el valor fundamental que tienen las intervenciones psicoterapéuticas en sus distintos formatos y orientaciones en el tratamiento de los problemas mentales en la infancia y adolescencia, el residente participará primero como observador en terapias individuales y psicoterapias grupales. Progresivamente y bajo supervisión reglada y cercana, irá adquiriendo destrezas como terapeuta. 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. El residente participará en otros tipos de Intervenciones psicoterapéuticas (entrevistas familiares, evaluaciones específicas, estructuradas, gestión de urgencias...). Entrenarse en la aplicación de psicoeducación, la identificación de obstáculos para el cambio terapéutico y el reconocimiento de implicaciones psicológicas en el proceso terapéutico. Manejo de intervenciones en crisis y psicoterapias de apoyo.

Los últimos meses de la rotación y dependiendo de la capacitación alcanzada en el período de rotación, podrá participar como terapeuta principal en psicoterapia individuales regladas con estrecha supervisión. Una vez finalizada la rotación en el programa infantojuvenil del CSM se propone que mantenga una agenda de pacientes en seguimiento psicoterapéutico (4 de forma simultánea que permitan un seguimiento quincenal). Esto supone un cambio respecto al programa que se venía desarrollando. El seguimiento de los casos se hará en el horario de ampliación de jornada, en módulos de tarde quincenales. Cada tres semanas se autorizará que el residente de tercer año que esté realizando el trayecto específico en psicoterapia trabaje una mañana en CSM para realizar las supervisiones de los casos y las coordinaciones con los respectivos terapeutas para seguimiento, altas y posibles derivaciones de nuevos casos.

El tutor general del residente que elige el trayecto será el responsable de organizar las rotaciones adecuadas para cumplir los objetivos propuestos en estrecha coordinación con el tutor de rotación del programa infantojuvenil. Asesorará al residente en la formación específica y le motivará y orientará en la realización de trabajos de investigación. Así mismo, durante la rotación por el CSM y posterior seguimiento de pacientes garantizará la idoneidad de las derivaciones cubriendo objetivos formativos. Orientará al residente en la elección de al menos 2 supervisores. En todo momento el terapeuta responsable del caso será el facultativo derivante de mismo.

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
 - ✓ Manejo de los instrumentos de medida psicológica más usuales (administración, corrección e interpretación)

- ✓ Elaboración de diagnósticos descriptivos y psicopatológicos
 - ✓ Redacción de informes clínicos
- ❖ 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, 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.

C. 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
- ❖ Atención Primaria
- ❖ Interconsulta de Psiquiatría Infanto-Juvenil
- ❖ Neuropediatría
- ❖ Hospitalización de niños (Hospital Niño Jesús)
- ❖ Hospitalización de adolescentes (Hospital G. Marañón)
- ❖ Hospital de Día-CET (Centro Educativo Terapéutico) de Leganés
- ❖ 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:

➤ **Rotaciones nucleares = 8 meses**

- ❖ Asistencia ambulatoria = 6 meses
- ❖ Neuropediatría (Hospital Severo Ochoa) = 2 meses

- ❖ Hospital de día - CET de Leganés= 3 meses

Se adjunta esquema de actividades de rotación en estos dos dispositivos (Documentos 1 y 2). A lo largo de estas rotaciones se podría programar la asistencia de un día por semana a las consultas de pediatría de Atención Primaria, durante 2-3 meses.

➤ **Itinerarios opcionales de Hospitalización = 4 meses**

- ❖ **Itinerario A:** Interconsulta infantil Hospital Severo Ochoa
- ❖ **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 Infanto-Juvenil

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

El tiempo de rotación en itinerarios opcionales puede ser flexible según necesidades formativas estimadas de forma individualizada.

D. SUPERVISION.

1. Espacios de SUPERVISIÓN INDIVIDUAL. De periodicidad quincenal/semanal. Se fijan dos espacios: uno de Supervisión Libre, sobre aspectos de proceso, teóricos, personales, etc; y otro de Supervisión Altamente Estructurada, con el seguimiento intensivo y operacionalizado de la totalidad de una psicoterapia, desde la evaluación inicial al momento de alta o cierre. Estas supervisiones se harán como mínimo cada tres semanas en el tercer año de residencia en el espacio contemplado previamente y semanal o quincenalmente según requiera el encuadre durante la rotación específica en el trayecto de psicoterapia en el 4º año de residencia.

2. SUPERVISION GRUPAL. Periodicidad semanal. En algunos se abordarán circunstancias clínicas, como la formulación del caso o el seguimiento del proceso terapéutico, mientras que en otros se prestará atención a las particularidades y dificultades que puedan surgir en la persona del terapeuta. Los espacios de supervisión grupal serán los que funcionan regularmente en los dispositivos.

E. DOCENCIA

Un día a la semana se dedica por entero a la Docencia, los miércoles, con Cursos Monográficos teóricos y con actividades grupales de supervisión, conferencias o sesiones clínicas.

Formación reglada en los distintos formatos y orientaciones en el tratamiento de los problemas mentales en la infancia y adolescencia: realizará cursos acreditados que

proporcionen una docencia reglada y completa. Desde la Comisión de Docencia se facilitará y apoyará la asistencia a estos cursos velando por el cumplimiento óptimo de objetivos asistenciales, prioritarios en un programa de especialización médica.

De igual forma se contempla la posible realización de seminarios en los dispositivos por los que roten función de la oferta allí existente.

A partir de marzo de 2015 se inicia en el horario docente de los miércoles un grupo de supervisión de casos de infantil con periodicidad quincenal y en el que participarán psiquiatra, psicólogos clínicos, enfermeros especialistas en salud Mental que trabajan en el Programa infantojuvenil y residentes de psiquiatría de 3º y 4º año que estén realizando el trayecto formativo en Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Así mismo podrán participar Residentes de 3º y 4 de Psicología Clínica y de 2º año de Enfermería en salud Mental que hayan optado en la organización de su trayecto formativo por adquirir un mayor formación especializada en el trabajo en el programa infantojuvenil, una vez cubiertos los objetivos generales de su formación.

Sería recomendable (y así lo sugiere la ley) que el residente participara en proyectos de investigación. Inicialmente se pueden plantear actividades de docencia (p. ej. sobre análisis crítico de investigación en psicoterapia), así como definir posibles líneas de investigación para un segundo momento. También se podría preparar una guía sobre las distintas formas de investigación en el trabajo asistencial con la Población infantojuvenil, desarrollos actuales de investigación, grupos y foros que existen, revistas...

Participación activa impartiendo clases, publicación de artículos, presentación a congresos.

F. EVALUACIÓN

Evaluación de cada rotación según ficha habitual de evaluación de rotaciones.

Evaluación de destreza y aptitud para intervenciones psicofarmacológicas.

Actitud y participación activa y responsable en el trabajo multiprofesional, continuidad de cuidados y coordinación interinstitucional.

Evaluación de destreza y aptitud para intervenciones psicoterapéuticas individuales . Cada supervisor hará su evaluación del trabajo realizado por el residentes. En la hoja de evaluación reflejará número de pacientes supervisado, modelos de psicoterapia, aptitud, actitud..

Evaluación de destreza y aptitud para intervenciones psicoterapéuticas grupales: Cada supervisor de cada terapia en las que haya participado el residente hará una evaluación considerando duración del grupo, tipo de terapia,

La evaluación final del trayecto la estimará el tutor general considerando las puntuaciones aportadas por cada supervisor, tutor de rotación, así como la participación del residente en docencia e investigación.

G. 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. Es imprescindible, por tanto, que en la organización de las agendas de los facultativos se incluyan tiempos acreditados para la docencia, la investigación y la formación continuada.

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
- ❖ Llevar a cabo al menos un trabajo de investigación dirigido 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 (asistencia a cursos sobre metodología, Agencia Laín Entralgo)

RECURSOS NECESARIOS PARA IMPLEMENTAR EL PROGRAMA

1. HUMANOS

- ❖ Se requerirá:
 - ✓ Tutores de rotación en el programa infantojuvenil.
 - ✓ Una acreditación del tiempo dedicado a la supervisión y atención de los residentes por parte de los facultativos (psiquiatras y psicólogos de los Distritos de Fuenlabrada y Leganés) del Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil
 - ✓ Personal administrativo de apoyo para las tareas organizativas

2. MATERIALES

- ❖ Los dispositivos de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de los Distritos de Fuenlabrada y Leganés, para llevar a cabo el Programa debería contar con:
 - ✓ Medios de grabación y observación.

- ✓ Al menos un despacho en cada uno de los CSM disponible para uso de los residentes.
- ✓ Material de juego y expresión plástica renovable para exploración y psicoterapia.
- ✓ Instrumentos de medida psicológica.
- ✓ Mobiliario adaptado a niños.
- ✓ Biblioteca.

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 la 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.
- ❖ **Planteamientos Futuros.**
- ❖ Cuando el programa ya esté en funcionamiento se deberá evaluar las posibilidades de mejora o crecimiento en sus tres principales ámbitos.
- ❖ En lo docente, articulando un Programa docente propio, estable, con cursos de
- ❖ periodicidad anual, planteándose colaboraciones estables con otras áreas en cursos complementarios a los nuestros, o desarrollando también actividades de Formación Continuada para profesionales de otras
- ❖ áreas.
- ❖ En investigación, desarrollando una segunda fase, impulsando y desarrollando proyectos de investigación propios o colaborando y participando en redes de investigación existentes.
- ❖
- ❖ En lo asistencial, evaluando los resultados clínicos y repercusión asistencial del programa formativo, de cara a considerar la creación de un posible Programa asistencial específico o una Unidad funcional en psicoterapia.
- ❖

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Asociación Española de Neuropsiquiatría (2009): *Informe sobre la Salud Mental de niños y adolescentes*. Madrid: Cuaderno Técnico nº 14.
- ✓ “La psicopatología de la infancia y la adolescencia. Consideraciones básicas para su estudio”. Serafín Lemos Giraldez. *Papeles del Psicólogo*, Vol. 24, num. 85, mayo-agosto 2003.pp 19-28. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. España. INSS 0214-7823
- ✓ 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.
- ✓ Plan Estratégico de Salud Mental CAM 2010-2014.
- ✓ 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 60 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 del área: Escuelas Infantiles, Equipos Psicopedagógicos de Primaria, Orientadores de Secundaria, 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.
- 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.

Documento 2: Esquema General de Rotación por el Programa de Interconsulta Infantil y de Adolescentes del Hospital Severo Ochoa.

Concepto: El de la Psiquiatría de Enlace: Atención a las consultas realizadas por otros especialistas y asunción de funciones preventivas y terapéuticas.

Ámbito de actuación: Atención a pacientes ingresados en el hospital por motivo somático o psiquiátrico y a sus familiares, Atención a pacientes que consultan por urgencias. Atención a pacientes derivados desde las consultas externas de pediatría. Colaboración con personal médico y de enfermería relacionado con los pacientes atendidos. Formación de MIR de psiquiatría y otras especialidades.

Funciones:

1. Asistencial

- Colaborar con el equipo de pediatría en el tratamiento de la enfermedad de base, detectando y atendiendo los factores biológicos, psicológicos o sociales que causan un trastorno, que pueden empeorar el curso de la enfermedad o que producen una mala adaptación psicológica.
- Prevenir enfermedad psiquiátrica, mediante la exploración de los niños que se hallen en situaciones o programas donde la morbilidad psiquiátrica es alta o de importancia: Ej. pediatría, enfermos crónicos, trastornos de alimentación, prematuros, etc.
- Orientar los cuadros residuales o las secuelas psicológicas, dirigiendo al niño y a su familia a los recursos y planes internos o externos de los que se disponga.
- Incidir en los aspectos relacionales entre el niño enfermo y sus circunstancias. Valorar la capacidad del niño y de su familia para afrontar la situación, ayudar a establecer estrategias de afrontamiento adecuadas y suministrar información suficiente y asimilable por el enfermo y sus familiares, con la finalidad de que se adapten a la nueva situación.
- Colaborar con los Servicios Sociales del Hospital.
- Establecer coordinaciones con el Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil del Centro de Salud Mental.

2. Docente:

- Formar a los MIR de psiquiatría en las labores de la Psiquiatría de Enlace, cumpliendo los objetivos de su programa de formación en esta rotación.

- Facilitar a los MIR de otras especialidades el acceso a los aspectos psicosociales y psicopatológicos de los enfermos, enseñarles a diagnosticar y tratar correctamente los trastornos psiquiátricos, mejorando sus futuras derivaciones.

3. Función Investigadora:

A desarrollar en un futuro.

- Estudios de Evaluación de la propia asistencia.
- Trabajos sobre morbilidad médica y psiquiátrica
- Estudios epidemiológicos. Prevalencia.

Metodología

- Primeras visitas para diagnosticar y decidir el plan terapéutico, informando, oralmente y por escrito, al equipo que trata al niño.
- Sigüientes visitas: asegurar el resultado de la intervención y mejorar la comunicación con el resto del personal sanitario.

Cartera de Servicios

- Tratamiento psicofarmacológico.
- Terapia Verbal de Apoyo al niño y su familia.
- Diagnóstico y orientación del caso y derivación al CSM de zona.
- Orientación a Especialistas, MIR y Personal de Enfermería.

En un futuro:

- Grupos de Niños y/o padres de niños con trastornos crónicos.
- Grupos de padres en situaciones de especial morbilidad: Ej Neonatología (prematuros).

Objetivos de la rotación

- Aprender a diagnosticar y tratar la enfermedad psiquiátrica en el niño enfermo.
- Familiarizarse con las enfermedades infantiles que presentan sintomatología psiquiátrica y con los trastornos psiquiátricos que manifiestan sintomatología médica.
- Conocer la interacción entre tratamientos psiquiátricos y médicos o quirúrgicos.
- Ampliar los conocimientos y habilidades, especialmente en el diagnóstico y tratamiento de determinados trastornos neurológicos.

Actuaciones:

- Observación de casos de evaluación y seguimiento terapéutico acompañados de adjunto-a.
- Evaluación de casos en solitario (siempre con supervisión posterior)
- Asunción de tratamientos de casos nuevos (siempre con supervisión).
- Asistencia a reuniones de coordinación: Pediatría, Neonatología, Servicios Sociales.
- Presentación de una sesión clínica general, sobre uno de los casos trabajados.