

ORGANIZACIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL INFANTIL Y ADOLESCENTE

Chiara Servili

Edición: Matías Irrazaval & Andres Martin

Traducción: Fernanda Prieto-Tagle, María Irene Rodríguez



Equipo multidisciplinario, Jordania

Chiara Servili MD, MPH

Consultor en Salud Mental Infantil y Adolescente, Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Suiza

Conflictos de interés: no se declaran

Esta publicación está dirigida a profesionales en formación o con práctica en salud mental y no para el público general. Las opiniones vertidas son de responsabilidad de sus autores y no representan necesariamente el punto de vista del Editor o de IACAPAP. Esta publicación busca describir los mejores tratamientos y las prácticas basadas en la evidencia científica disponible en el tiempo en que se escribió, tal como fueron evaluadas por los autores, y éstas pueden cambiar como resultado de nueva investigación. Los lectores deberán aplicar este conocimiento a los pacientes de acuerdo con las directrices y leyes de cada país en el que ejercen profesionalmente. Algunos medicamentos pueden que no estén disponibles en algunos países, por lo que los lectores deberán consultar la información específica del fármaco debido a que ni se mencionan todas las dosis, ni todos los efectos no deseados. Las citas de organizaciones, publicaciones y enlaces de sitios de Internet tienen la finalidad de ilustrar situaciones, o se enlazan como una fuente adicional de información; lo que no significa que los autores, el Editor o IACAPAP avalen su contenido o recomendaciones, que deberán ser analizadas de manera crítica por el lector. Los sitios de Internet, a su vez, también pueden cambiar o dejar de existir.

©IACAPAP 2018. Esta es una publicación de acceso libre bajo criterios de [Licencia Creative Commons Atribución No Comercial](#). El uso, distribución y reproducción a través de cualquier medio están permitidos sin previa autorización siempre que la obra original esté debidamente citada y su uso no sea comercial. Envíe sus comentarios acerca de este libro digital o algún capítulo a jmrey@bigpond.net.au.

Cita sugerida: Servili C. Organización y prestación de servicios de salud mental infantil y adolescente (Irrazaval M, Martin A, eds. Prieto-Tagle F, Rodríguez M.I, ed). En Rey JM (ed), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines 2018.

La salud mental es un determinante crucial de la salud y de la calidad de vida a lo largo del ciclo vital. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), la salud se define como “un estado de bienestar físico, mental y social”. Muchos factores pueden influir en el bienestar psicosocial de los niños y adolescentes, y en su capacidad para desarrollar su potencial óptimo, hacer frente al estrés normal de la vida y contribuir a sus comunidades. Estos factores pueden operar a nivel del individuo, de la familia, de la escuela o del vecindario y, en un plano más amplio, a nivel de la sociedad. Estos factores incluyen, entre otros, la carencia de un ambiente suficientemente estimulante y enriquecedor, la salud mental de los padres, ser expuesto a la violencia, al abuso o la negligencia, las deficiencias nutricionales y las enfermedades crónicas (Kieling et al, 2011; Walker et al, 2007; 2011).

Cuanto más riesgo experimenten las personas en sus primeros años, peores serán sus resultados durante el desarrollo y mayores serán las probabilidades de sufrir malestar psicológico o un trastorno mental (Sameroff et al, 2003). Por el contrario, cuanto más oportunidades se tenga en la infancia y la adolescencia para experimentar y acumular los efectos positivos de factores protectores que superen a los efectos negativos de los factores de riesgo, más probabilidades se tendrá de mantener la salud mental y el bienestar en la vida posterior (Currie & Todd, 2003). Según la evidencia internacional, entre un 10% y un 20% de los niños y adolescentes experimentan un problema de salud mental en un año determinado (OMS, 2001). Sin embargo, en la mayoría de los países sólo una pequeña minoría de los niños y adolescentes con problemas de salud mental puede acceder a recursos apropiados para su identificación, apoyo y atención (Morris et al, 2011). Los servicios de salud para niños y adolescentes que están en situaciones de riesgo pero que aún no presentan síntomas clínicos son aún más inadecuados (Knitzer, 2000).

INTERVENCIONES PARA LA SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES (SMNA)

Satisfacer las necesidades de salud mental de niños y adolescentes requiere la instalación de sistemas de atención multidisciplinarios que incluyan una gama de servicios de promoción, prevención y tratamiento. La Tabla J.5.1 ofrece una visión general de las intervenciones eficaces que pueden ser llevadas a cabo en países con diferentes niveles de recursos, incluyendo los países de ingresos bajos y medios (Kieling, 2011; [Centro de Datos de Investigación del mhGAP](#)). Estas intervenciones se llevan a cabo en diversos contextos, como escuelas, hogares, comunidades y centros de salud, y en diferentes poblaciones.

Entre las intervenciones preventivas, algunas de ellas (las llamadas *intervenciones universales*) están dirigidas a todos los niños o adolescentes en una localidad o entorno particular. Los programas escolares de actividad física, el entrenamiento en habilidades para la vida y la restricción del acceso a métodos de autolesión son algunos ejemplos de intervenciones universales. Otras (*intervenciones selectivas*) se centran en los niños expuestos a factores de riesgo para problemas de salud mental, por ejemplo, en el caso de las intervenciones grupales psicosociales en la escuela. Las *intervenciones indicadas* se dirigen a niños y adolescentes con

Tabla J.5.1 Ejemplos de intervenciones para la prevención y el tratamiento de los problemas de salud mental en niños y adolescentes

| Intervenciones para los trastornos del desarrollo | |
|--|---|
| Prevención | <ul style="list-style-type: none"> • Suplementos nutricionales y de micronutrientes para la madre y el niño • Atención prenatal y perinatal • Reducción de la exposición prenatal al alcohol • Programas de inmunización, prevención de la malaria • Programas de estimulación temprana. |
| Tratamiento | <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación y orientación familiar sobre los servicios educativos, sociales y de rehabilitación disponibles localmente (incluyendo servicios de rehabilitación basados en la comunidad) • Entrenamiento de habilidades parentales • Promoción de los derechos humanos del niño y de la familia • Prestación de apoyo a los cuidadores • Terapia cognitivo conductual dirigida a conductas problemáticas |
| Intervenciones para los trastornos del comportamiento | |
| Prevención | <ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones preventivas basadas en la escuela que impliquen el entrenamiento de los educadores • Intervención conductual breve de entrenamiento para padres (integrada en los servicios de salud infantil) |
| Tratamiento | <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación familiar • Entrenamiento de habilidades parentales • Terapia cognitivo conductual y entrenamiento de habilidades sociales • Apoyo a los cuidadores y a las familias (para manejar los problemas sociales y familiares y atender las necesidades de salud mental de los cuidadores) • Tratamiento farmacológico para el TDAH (prescrito por especialistas, para niños mayores de 6 años de edad). |
| Intervenciones para los trastornos internalizantes | |
| Prevención | <ul style="list-style-type: none"> • Programas escolares de actividad física y entrenamiento de habilidades para la vida • Intervención grupal psicosocial en la escuela para niños en riesgo |
| Tratamiento | <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación familiar • Psicoterapia interpersonal • Terapia cognitivo conductual • Tratamientos complementarios (programas de actividad física estructurada, entrenamiento de relajación y resolución de problemas) • Tratamiento farmacológico cuando sea adecuado |
| Intervenciones para la conducta suicida | |
| Prevención | <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de políticas para reducir el uso nocivo del alcohol y restringir el acceso a los medios de autolesión (como plaguicidas y armas de fuego) • Asistir y fomentar a los medios de comunicación a que sigan las prácticas de notificación responsable de eventos suicidas |
| Intervenciones para la psicosis | |
| Tratamiento | <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación para el niño y los cuidadores • Tratamiento farmacológico • Intervenciones psicosociales como la terapia familiar, el entrenamiento de habilidades sociales y la rehabilitación |

Fuentes: Kieling et al, 2011; [Centro de Datos de Investigación del mhGAP](#)

síntomas subclínicos; los programas de estimulación temprana para niños que presentan retrasos del desarrollo pertenecen a esta categoría. Las diversas estrategias psicosociales para la promoción de la salud mental en las escuelas y las comunidades deben ser combinadas con intervenciones dirigidas a las necesidades específicas de los jóvenes con trastornos mentales y sus familias.

Se debe involucrar a los profesionales de los diferentes niveles del sistema de atención de salud a fin de garantizar la identificación y el manejo oportuno de las necesidades y vulnerabilidades específicas de salud mental. Además de los especialistas en salud mental, el personal de salud que trabaja en el nivel de atención primaria, los educadores, los trabajadores sociales, las familias y otros recursos de la comunidad juegan un papel importante. La prestación de un conjunto integral de intervenciones de salud mental para niños y adolescentes (incluyendo los servicios descritos en la Tabla J.5.1) requiere no sólo la combinación adecuada de personal capacitado, sino también de mecanismos para la integración de la salud mental en la atención general; mecanismos de colaboración y enlace en el sistema de salud y en todos los sectores; directrices y los protocolos clínicos para el tratamiento de los trastornos mentales en los niños; programas de vigilancia de la calidad y suministro adecuado de medicamentos (OMS, 2007).

Las siguientes secciones describen los principios fundamentales y las acciones progresivas necesarias para planificar los servicios de salud mental para niños y adolescentes. También se presentan posibles modelos de atención para la organización de servicios, particularmente en el nivel de atención primaria.

PRINCIPIOS PARA LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

La organización de los servicios de salud mental de niños y adolescentes debe tener en cuenta una serie de recomendaciones estratégicas. Algunas son consonantes con los principios que sustentan la organización de servicios de salud

Formación de personal de salud mental, Asmara, Eritrea, 2009



mental para adultos; otras se basan en consideraciones específicas para este grupo de edad.

Los especialistas en salud mental infantil desempeñan un papel importante en sensibilizar los gobiernos sobre las necesidades de salud mental de los niños. Pueden actuar como asesores expertos y contribuir a la planificación y evaluación de los servicios. Además, cambios en la conceptualización de los servicios tienen implicaciones directas en el papel de los especialistas en salud mental infantil. Por lo tanto, es importante que los psiquiatras infantiles y otros profesionales en el campo entiendan los principios fundamentales.

Los principios enumerados a continuación se basan en las orientaciones estratégicas propuestas por la OMS y en la evidencia disponible de la investigación (OMS, 2005a; 2008a; OMS y Organización Mundial de Médicos de Familia, 2008; Eaton et al, 2011).

- **Integrar la salud mental en los servicios generales de salud**

Las enfermedades físicas y mentales coexisten con frecuencia. Las quejas somáticas son presentaciones clínicas frecuentes de problemas de salud mental en los niños y adolescentes (Campo et al, 2004). Además, los niños con enfermedades crónicas son más propensos a desarrollar problemas emocionales y de conducta. La incorporación de la salud mental en los servicios generales de salud contribuye a una mejor identificación de los trastornos mentales, y garantiza que las necesidades físicas de atención de los niños con trastornos mentales no se descuiden.

- **Mejorar la equidad y el acceso a través de facilitar la atención lo más cerca de la comunidad que sea posible**

Muchas personas con trastornos mentales no consideran que necesitan atención psiquiátrica. Además, los padres y los adolescentes pueden percibir la atención psiquiátrica como estigmatizante. La utilización de los servicios de atención de salud mental a menudo mejora cuando se prestan como parte de la atención primaria. El ofrecer atención a la salud mental en la atención primaria y a nivel de la comunidad tiene el potencial de aumentar el acceso al tratamiento, y la equidad en el acceso a la atención, haciendo que los servicios estén más cerca de los hogares de los usuarios y reduciendo los costes directos e indirectos de los usuarios (p.ej. gastos de traslado).

- **Promover una atención continuada**

Abordar las necesidades de salud mental de los niños y adolescentes requiere la acción coordinada de los profesionales de salud que trabajan en los diversos niveles del sistema. Incluso cuando los trabajadores de atención primaria identifican problemas de salud mental, puede ser necesaria la consulta a o la derivación a una especialista para una evaluación y tratamiento en profundidad. Las familias de niños con trastornos mentales crónicos, como por ejemplo trastornos del desarrollo neurológico, a menudo describen una coordinación inadecuada entre los servicios pediátricos y de adultos. La coordinación entre la atención comunitaria y los servicios especializados y de adultos, mejoran la calidad de la atención.

- **Garantizar la coordinación intersectorial**

Los niños con trastornos mentales y sus familias tienen necesidades complicadas, que requieren respuestas multidisciplinarias. Necesitan tener acceso a oportunidades educativas y ocupacionales apropiadas, y a servicios sociales y de rehabilitación. Además, se necesitan nuevas competencias por parte del personal, así como mecanismos estructurados para la coordinación intersectorial y equipos con un enfoque multidisciplinario.

- **Adoptar un enfoque ecológico**

El bienestar psicosocial de los niños está estrechamente vinculado a la salud mental de los padres y a la calidad del ambiente familiar y escolar. Muchos trastornos psiquiátricos que tienen su inicio durante la adolescencia están relacionados con problemas familiares y dificultades sociales, y sólo son comprensibles cuando se consideran en este contexto psicosocial. El manejo y tratamiento de los problemas de salud mental en los jóvenes requiere evaluar las necesidades y los recursos de la familia, y la participación activa de los cuidadores y los educadores en los planes de tratamiento.

- **Adoptar un enfoque que abarca el ciclo vital**

Los niños presentan vulnerabilidades específicas a medida que crecen y adquieren un conjunto de habilidades para hacer frente a las circunstancias adversas que se producirán a lo largo de su camino. Su salud mental y su bienestar se ven influenciados por las experiencias tempranas e, incluso más allá de eso, por la exposición materna a deficiencias nutricionales, sustancias dañinas y circunstancias estresantes durante el embarazo ([Proyecto de Capital Mental y Bienestar Foresight, 2008](#); Fisher et al, 2011). Si no reciben tratamiento, los trastornos mentales de inicio durante la infancia y la adolescencia tienden a persistir y a conducir a problemas de salud, educativos y laborales en la vida adulta. Cuando se planifican los servicios de promoción y atención de la salud mental de los niños, es importante considerar la gama de oportunidades que existen para abordar los determinantes tempranos de la salud mental infantil, como por ejemplo, incluir la evaluación y el tratamiento de la salud mental materna en los controles prenatales y posnatales.

- **Adoptar un enfoque de atención basado en los derechos humanos**

A menudo los niños con trastornos mentales son estigmatizados y discriminados y, debido a eso, se les puede negar la oportunidad de recibir una atención médica y educación adecuadas. Ellos tienen derecho a recibir servicios de salud mental de calidad, adecuados a sus necesidades, cultura y género. Los profesionales de la salud pueden desempeñar un papel clave en esto, promoviendo el cambio de comportamiento en las familias, las escuelas y las comunidades, e informando a los niños y adolescentes y sus cuidadores sobre de sus derechos.

- **Promover la participación de los usuarios**

Los niños y adolescentes tienen derecho a ser informados sobre sus problemas de salud, y a participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento (siempre que sea posible, según su edad y nivel de desarrollo, ver el capítulo A.1). Es necesario involucrar y capacitar a los cuidadores y otros recursos disponibles

dentro de la familia, la escuela y la comunidad, para que asuman un papel activo en la promoción del bienestar psicosocial y el funcionamiento de los niños y adolescentes.

- **Principales intervenciones de promoción de la salud en los contextos de atención primaria**

Las intervenciones basadas en estrategias para reducir el riesgo y fortalecer la resiliencia han demostrado ser eficaces para la prevención de los trastornos mentales y la promoción del bienestar psicosocial en los niños y adolescentes. Dado el enorme alcance de los servicios de atención primaria, la promoción de la salud por parte de los médicos generales puede tener un impacto significativo en la salud mental de los niños y adolescentes. Sin embargo, a menudo estas oportunidades no se aprovechan. Se ha subrayado repetidamente la necesidad de un cambio de paradigma respecto al papel de los profesionales de atención primaria, para que asuman una mayor responsabilidad en la promoción de la salud (OMS, 2008b). Además del papel de los servicios médicos, las escuelas y las familias ofrecen oportunidades para realizar intervenciones sostenibles de promoción de la salud. El entrenamiento de habilidades parentales y el entrenamiento de habilidades para la vida son ejemplos de intervenciones de promoción de la salud en la familia y en la escuela, respectivamente.

IMPLICACIONES PRÁCTICAS AL ADOPTAR ESTOS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES EN LA PRESTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES EN SMNA

Organización de los servicios

La Figura J.5.1 muestra la pirámide de la adecuada integración de los servicios, un marco desarrollado por la OMS para proporcionar orientación



Figura J.5.1 La pirámide de la integración adecuada de servicios (OMS, 2007)



Asistentes y académicos,
Grupo de Estudio de la
IACAPAP en Abuya, Nigeria,
2010

respecto a la organización de los servicios de salud mental. También se aplica a los servicios de SMNA. La pirámide destaca el hecho de que los servicios terciarios y especializados son muy costosos y necesarios sólo para una pequeña parte de la población, mientras que los servicios informales, comunitarios y de atención primaria se pueden proporcionar a un coste relativamente bajo y se necesitan con mayor frecuencia.

Los niños y adolescentes utilizan una variedad de servicios de atención primaria, tales como los centros ambulatorios de salud materna e infantil, los servicios para la vacunación y monitorización del crecimiento, los servicios ambulatorios para orientación y pruebas de VIH, y los servicios de planificación familiar. Todos estos son posibles puntos de entrada para educar e identificar a niños y adolescentes en peligro de desarrollar problemas. Los profesionales de atención primaria formados pueden abordar preocupaciones específicas sobre el malestar psicosocial y los síntomas clínicos de los trastornos mentales. En algunos casos, también pueden indagar y evaluar la presencia de síntomas específicos como parte de su trabajo rutinario. Por ejemplo, supervisar el desarrollo y la detección temprana de problemas del desarrollo pueden ser parte de los controles rutinarios de cada niño. En muchos países, los servicios de salud mental infantil son proporcionados sólo por especialistas de atención secundaria o terciaria, y aumentar acceso a la atención de salud mental en los servicios de atención primaria requiere un cambio de mentalidad y en la organización de los servicios, así como en la asignación de recursos financieros y humanos.

La atención comunitaria e informal consiste en servicios proporcionados principalmente por los pares, padres, personal de la escuela y miembros influyentes de la comunidad. Ellos juegan un papel importante, especialmente en términos de la sensibilización de la comunidad sobre las necesidades de la salud mental, la promoción de cambios de actitud y la promoción del bienestar psicosocial. Los trabajadores comunitarios de salud también pueden participar en la prestación de servicios relacionados con la salud mental infantil, y pueden considerarse una “extensión” de los servicios de atención primaria. Las políticas de recursos humanos

deben considerar las necesidades específicas de capacitación y los incentivos para los pares, padres, educadores, líderes comunitarios y equipos de salud comunitarios, de acuerdo a sus respectivos papeles.

Políticas y procedimientos para la coordinación y colaboración entre servicios

Las políticas nacionales deben definir vías para la coordinación entre servicios dentro del sector de la salud y con otros sectores (p.ej., con las escuelas, servicios sociales y otros servicios comunitarios), incluyendo mecanismos de derivación y devolución. Tradicionalmente, la organización de la atención primaria se ha basado en la derivación a especialistas de todos los casos de trastornos mentales. En la mayoría de los países, especialistas sólo están disponibles en los niveles de atención secundaria o terciaria. La prestación de servicios de salud mental infantil a nivel de atención primaria requiere el establecimiento de mecanismos estructurados para la colaboración y el trabajo en equipo, que proporcione al personal de atención primaria oportunidades de consulta y supervisión regulares con especialistas en salud mental y disciplinas afines (Bradley et al, 2003). En algunos casos, los especialistas de salud mental (p.ej., personal de enfermería psiquiátrica, psicólogos) están disponibles en servicios de atención primaria de tal manera que los médicos generales pueden derivar pacientes con problemas de salud mental a los especialistas basados en esos servicios y que asumen la responsabilidad de proveer el tratamiento. Este modelo se denomina *modelo de reemplazo*.

En los *modelos colaborativos*, los médicos generales conservan la responsabilidad principal de la atención, pero profesionales con habilidades complementarias (tradicionalmente los profesionales de la salud mental) trabajan como parte de un grupo, colaborando con el paciente y el profesional de salud primario para aumentar la eficacia general del tratamiento. Los enfoques colaborativos se basan en una alianza sólida entre los profesionales de salud de primera línea y otros profesionales con diversos conocimientos y competencias, que trabajan juntos para

Día Mundial de la Salud Mental 2009, Jordania



satisfacer las necesidades de los usuarios e implica compartir tareas. Los enfoques colaborativos aumentan la capacidad de profesionales atareados de evaluar y tratar trastornos mentales en contextos comunitarios, al mismo tiempo que promueven la prestación de atención de salud mental integral y de buena calidad. La evidencia sugiere que la formación de médicos generales en esta dirección y el establecimiento de modelos colaborativos de atención pueden conducir a un mayor impacto en la calidad general de la atención y promover un uso mejor y más equitativo del escaso personal especializado.

Política de recursos humanos

Si bien los recursos humanos son el bien más valioso de los servicios de salud mental, muchos países se enfrentan a dificultades por falta de personal capacitado, especialmente en zonas rurales y en servicios comunitarios. Dado lo anterior, una planificación cuidadosa de la formación de profesionales es fundamental, así como especificar las tareas a realizar y la distribución de los trabajadores. Puede ser necesaria una reasignación de personal trabajando en instituciones a los servicios comunitarios y de zonas urbanas a las rurales, junto con la contratación y la formación de una gama más amplia de trabajadores a nivel de atención primaria. Las estrategias para mejorar la retención y la motivación del personal son igualmente importantes. Éstas pueden incluir la oferta de formación continuada y apoyo, a través de reuniones de equipo, consultas y supervisión.

Desarrollo de capacidad

El personal de salud general debe recibir formación para adquirir las competencias básicas de salud mental para la detección de trastornos mentales frecuentes, el manejo de tratamiento básico y psicoeducación, y para realizar la derivación a otros servicios comunitarios y especializados cuando sea necesario. Los materiales de formación necesitan incorporar enseñanza sobre los derechos humanos y promover el cambio de actitudes, para reducir estigmatización y discriminación hacia los niños con trastornos mentales y sus familias. También deben concienciar los trabajadores de salud primaria sobre su papel en la promoción de la salud mental. Estas nuevas habilidades deben ser actualizadas y reforzadas mediante una supervisión de apoyo regular y asesoramiento *in situ* y formación.

Los especialistas en salud mental infantil (pediatras, enfermeras de salud mental, psiquiatras, neurólogos, psiquiatras infantiles) necesitan tener habilidades adecuadas para trabajar en colaboración con los trabajadores de salud general y equipos multidisciplinarios, y proporcionarles supervisión y apoyo. Además, el plan de estudios para una serie de profesionales no sanitarios (p.ej., trabajadores sociales, trabajadores comunitarios) debe incluir un componente de salud mental cuando sea relevante para sus funciones.

Supervisión de la calidad de la atención

La definición de estándares e indicadores de calidad de la atención es clave para evaluar la efectividad de los cambios organizativos y los esfuerzos de desarrollo de capacidad. Parámetros importantes para la evaluación de la calidad de la atención de salud mental infantil incluyen:

- Acceso y equidad de acceso
- Aceptabilidad para los usuarios y el personal
- Satisfacción de los usuarios y cuidadores

Figura J.5.2 Un enfoque escalonado para mejorar los servicios de SMNA

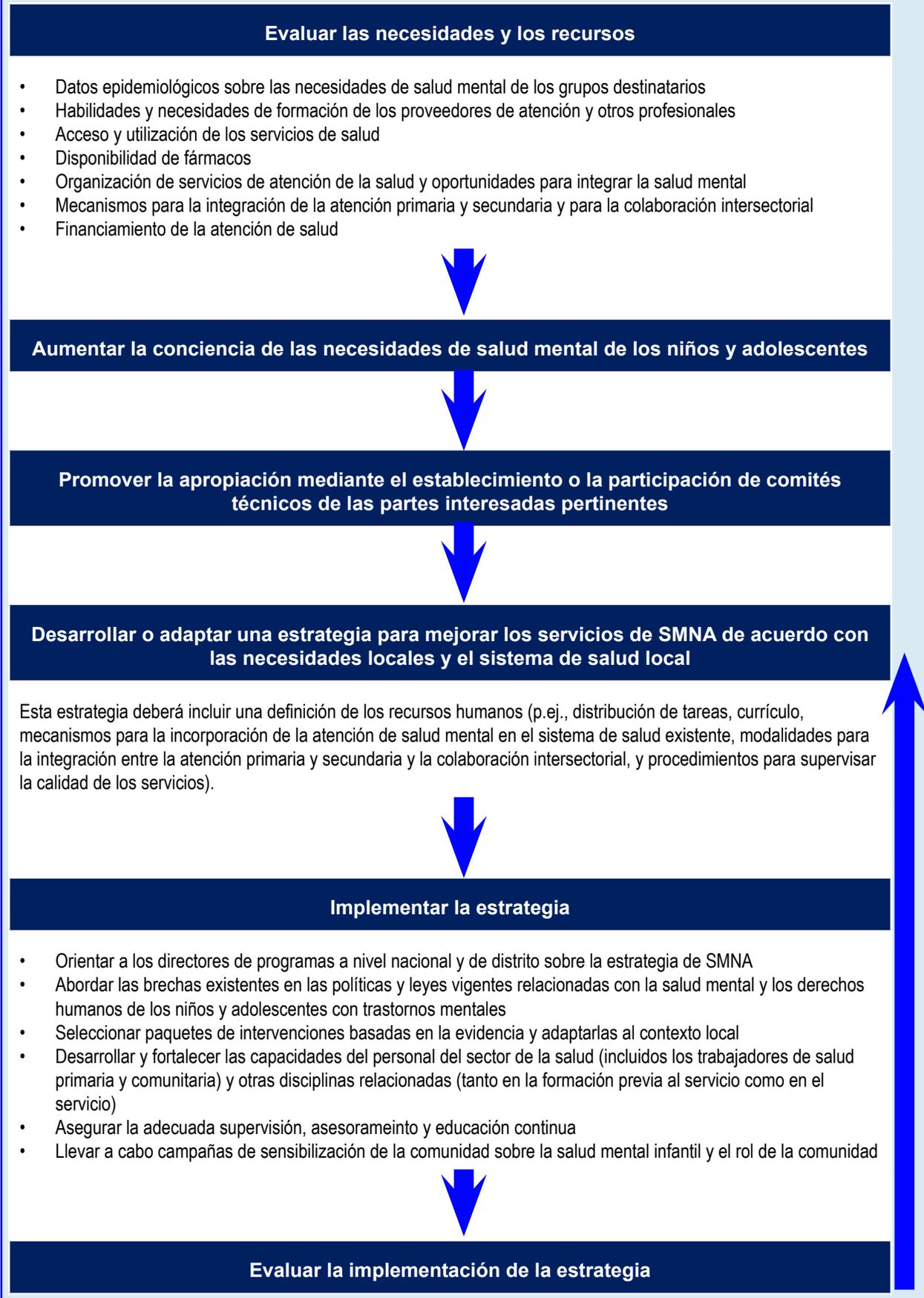


Figura J.5.3 Marco de acción del mhGAP.



- Utilización de servicios de atención primaria por niños con trastornos mentales
- Reducción del número de casos que requieren su ingreso a servicios de hospitalización o a consultas ambulatorias de nivel terciario
- Disminución de los síntomas clínicos y mejora del funcionamiento en la vida cotidiana.

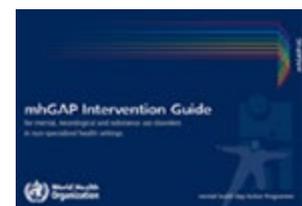
MEJORANDO LOS SERVICIOS PARA LA SMNA

UN ENFOQUE ESCALONADO

¿Cómo operacionalizar las consideraciones teóricas antes mencionadas? ¿Dónde comenzar a planificar o mejorar los servicios de SMNA? Hay una serie de acciones clave necesarias que se resumen en la Figura J.5.2. No es importante seguir estrictamente el orden, es mucho más importante asegurar que un equipo integral de agentes locales esté a cargo durante todo el proceso, y la participación activa de los representantes de los usuarios.

Ejemplo de una iniciativa global para ampliar la atención de la salud mental: el programa mhGAP

La Organización Mundial de Salud lanzó recientemente el Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP, por sus siglas en inglés) (OMS, 2008a; 2010) con el objetivo de aumentar la cobertura de las principales intervenciones de salud mental, particularmente en países de ingresos bajos y medios. El programa proporciona orientación técnica para el desarrollo y la aplicación de estrategias nacionales para ampliar la atención de salud mental. Adopta un enfoque de ciclo vital, y se dirige a niños y adolescentes, entre otros grupos de edad. Sus supuestos básicos son los siguientes:



Haga clic en la imagen para acceder a las guías clínicas basadas en la evidencia para el manejo de los trastornos prioritarios por parte de los proveedores de atención de salud no especializados en el nivel de atención primaria de salud. Proporciona diagramas de flujo para guiar la evaluación y el manejo y está disponible en varios idiomas.

Tabla J.5.2 Recomendaciones para los trastornos de salud mental en niños y adolescentes desarrolladas por el Comité de Desarrollo de Directrices del mhGAP

| | |
|---|---|
| Intervenciones en salud mental materna | SMNA 1. Para los niños en riesgo, deben ofrecerse intervenciones parentales que promuevan interacciones madre-niño, incluyendo estimulación psicosocial, para mejorar el desarrollo infantil. Para ello, las madres con depresión o con cualquier otro trastorno mental, neurológico o de consumo de sustancias deben ser tratadas usando intervenciones eficaces (ver recomendaciones para el tratamiento de la depresión y otros trastornos mentales, neurológicos o de consumo de sustancias). |
| Entrenamiento en habilidades parentales para los trastornos de la conducta | SMNA 5. Se debe considerar el entrenamiento en habilidades parentales para el tratamiento de los trastornos emocionales y de conducta en niños de 0 a 7 años de edad. El contenido debe ser culturalmente sensible, pero no debe permitir violar los derechos humanos de los niños, de acuerdo con los principios endosados internacionalmente. |
| Entrenamiento en habilidades parentales para los trastornos del desarrollo neurológico | SMNA 6. Se debe considerar el entrenamiento en habilidades parentales para el manejo de niños con discapacidad intelectual y trastornos del desarrollo neurológico (incluyendo trastornos del espectro del autismo). Tal entrenamiento debe utilizar material culturalmente adecuado. |
| Abuso infantil | SMNA 2. Los centros de atención médica no especializados deben considerar la posibilidad de hacer visitas domiciliarias y ofrecer psicoeducación a los padres para prevenir el abuso infantil, especialmente en personas y familias en riesgo. También deben colaborar con los programas de "prevención del abuso sexual" en la escuela, cuando existan. |
| Discapacidad intelectual | SMNA 3. Los proveedores de servicios de salud no especializados deben considerar la evaluación y el monitoreo regular de niños en los que se sospecha una discapacidad intelectual u otros retrasos en el desarrollo, mediante cuestionarios breves validados localmente. También debe considerarse la evaluación clínica bajo la supervisión de especialistas para identificar las causas de estas condiciones. SMNA 4. Los proveedores de servicios de salud no especializados deben considerar apoyar, colaborar y facilitar la derivación hacia y desde los programas de rehabilitación basados en la comunidad. |
| Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) | SMNA 7. Los proveedores de atención médica no especializados en el nivel secundario deben considerar iniciar la psicoeducación y entrenamiento de los padres antes de comenzar tratamiento con fármacos en niños diagnosticados de TDAH. Las intervenciones iniciales pueden incluir la terapia cognitivo-conductual (TCC) y el entrenamiento en habilidades sociales, si son factibles. Se puede considerar el metilfenidato, cuando esté disponible, después de una evaluación cuidadosa del niño, preferiblemente en una consulta con el especialista relevante y teniendo en cuenta las preferencias de los padres y los niños. |
| Intervenciones farmacológicas para niños con trastornos de la conducta disruptiva o un trastorno negativista desafiante | SMNA 8. Las intervenciones farmacológicas (tales como metilfenidato, litio, carbamazepina y risperidona) no deben ser recetados para tratar trastornos de conducta (TC), trastornos negativistas desafiante (TND) y TDAH comórbido, por proveedores de atención médica no especializados. Para estos trastornos, los pacientes deben ser derivados a un especialista antes de prescribir medicamentos. |
| Trastornos somatomorfos | SMNA 9. Las intervenciones farmacológicas no deben ser consideradas por proveedores de servicios de salud no especializados. Deben considerarse intervenciones psicológicas breves, incluida la TCC, para tratar trastornos somatomorfos si se dispone de una formación y supervisión adecuadas por especialistas. |
| Antidepresivos para los niños con depresión | SMNA 10. Los antidepresivos no deben usarse en contextos no especializados para el tratamiento de niños de 6 a 12 años de edad con episodios y trastornos depresivos. |
| Antidepresivos para los adolescentes con depresión | SMNA 11. La fluoxetina— pero no los antidepresivos tricíclicos (TCA) — u otros inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), puede considerarse posibles tratamientos para adolescentes con episodios depresivos en entornos no especializados. Los adolescentes tratados con fluoxetina deben ser vigilados estrechamente por ideas/conductas suicidas. Se debe obtener apoyo y supervisión de un especialista en salud mental, si está disponible. |
| Intervenciones farmacológicas para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes | SMNA 12. No se deben considerar intervenciones farmacológicas en niños y adolescentes con trastornos de ansiedad en contextos no especializados. |
| Técnicas de modificación de la conducta para promover la salud mental | SMNA 13. Los centros de salud no especializados deben alentar y colaborar con la educación escolar basada en habilidades para la vida, si es factible, para promover la salud mental en niños y adolescentes. |

- La atención a la salud mental debe integrarse en los servicios generales de salud e incorporarse en los servicios de atención primaria
- Los profesionales de la salud no especializados del nivel de atención primaria de salud, cuando reciben una formación adecuada, pueden reconocer los trastornos mentales, neurológicos y de abuso de sustancias frecuentes, y proporcionar intervenciones de primera línea.

La Figura J.5.3 ilustra el enfoque sugerido por el mhGAP para mejorar la disponibilidad y el acceso al tratamiento para los niños y familias que lo necesitan. Los componentes principales del programa son la definición del conjunto de intervenciones y el desarrollo de estrategias para aumentar la cobertura de esas intervenciones. Se ha puesto a disposición de los países una plantilla de un conjunto de intervenciones que pueden ser proporcionadas en los niveles de atención primaria y secundaria por trabajadores no especializados (Dua et al, 2011), pero deben adaptarse al contexto local. Un equipo de expertos internacionales (Comité de Desarrollo de Directrices) definió el contenido del conjunto de intervenciones del mhGAP basándose en la evidencia científica y los criterios acordados. Los trastornos mentales, neurológicos y de consumo de sustancias representan una carga elevada (en términos de mortalidad, morbilidad y discapacidad), causan grandes costes económicos o están asociados a violaciones de derechos humanos, y fueron identificados como trastornos prioritarios. En el conjunto de intervenciones se incluyeron intervenciones coste-efectivas, aceptables y viables para la prevención, detección y manejo de estos trastornos. Las intervenciones están dirigidas a individuos o poblaciones.

Salud mental de la madre, el niño y el adolescente en la región del Mediterráneo Oriental: planificación estratégica para mejorar la atención

La Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para la Región del Mediterráneo Oriental ha emprendido recientemente esfuerzos dirigidos a mejorar los servicios de salud mental maternal, infantil y adolescente en los países de la región que abarcan la media luna que se extiende desde Pakistán en el este hasta Marruecos en el oeste.

La OMS inició y dirigió un proceso participativo para el desarrollo de Direcciones y Acciones Estratégicas Regionales para la Atención de la Salud Mental Materna, Infantil y Adolescente, trabajando estrechamente con los Ministerios de Salud de la región y recurriendo al apoyo técnico de expertos en la materia. El documento estratégico regional fue discutido durante una Reunión Interpaíses los días 26 y 28 de julio de 2010 en El Cairo. A la reunión asistieron coordinadores de salud mental de 21 de los 22 estados partes de la región, además del personal y expertos de la OMS.

Los participantes llegaron a un acuerdo sobre las acciones estratégicas clave que deben promoverse y emprenderse a nivel regional y nacional en el período operativo de seis años (2010-2015). En particular, se hizo hincapié en la necesidad de evaluar las brechas de los servicios de salud mental y de asignar los recursos disponibles para la atención de salud mental infantil y materna. El desarrollo de recursos humanos, la integración de las intervenciones de salud mental materna, infantil y adolescente dentro de los servicios de atención primaria de salud existentes, la promoción de la salud mental y el fortalecimiento de la investigación y el monitoreo y la evaluación se identificaron como necesidades críticas que se deben abordar.

Entre los trastornos prioritarios, se identificaron los trastornos mentales en niños. Los trastornos del desarrollo y del comportamiento se abordan específicamente en el paquete de intervención del mhGAP. También se incluyen intervenciones específicas para el manejo de la depresión, la epilepsia, la psicosis y el consumo de alcohol y drogas. La Tabla J.5.2 tiene ejemplos de recomendaciones basadas en la evidencia para la evaluación y manejo de trastornos mentales en los niños desarrolladas por el Comité de Desarrollo de Directrices.

A nivel de país, un grupo de trabajo técnico tiene que definir los mecanismos para la prestación y ampliación del conjunto de intervenciones: a qué nivel del sistema de salud se prestarán las intervenciones, quién será responsable de realizar las intervenciones y qué cambios se requieren en las tareas de trabajo, en los planes de estudio y en los procedimientos. Por ejemplo, la evaluación y el manejo de los trastornos del desarrollo en un nivel de atención primaria implica el establecimiento de mecanismos estructurados de colaboración con especialistas en salud mental, con escuelas, y con servicios sociales y de rehabilitación. Como consecuencia, puede ser necesario modificar la descripción de las tareas administrativas de los trabajadores de atención primaria para incluir en ellas el enlace con los servicios sociales y los recursos de la comunidad, asesorar a maestros y, cuando sea factible, formar a los padres. A menudo se requieren cambios en la organización y modificaciones en la distribución de tareas y en los planes de estudios de profesionales de la salud en diversos niveles de atención. Por ejemplo, cada vez que un padre manifiesta preocupación por el desarrollo de un hijo, el personal de atención primaria del servicio de atención ambulatoria puede evaluar el problema, tratar cualquier cuadro clínico médico concomitante, proporcionar psicoeducación familiar y luego derivar al niño a otro servicio ambulatorio de atención primaria para un seguimiento e intervenciones psicosociales más intensivas (incluido el entrenamiento de habilidades parentales).

La evaluación de las necesidades y los recursos disponibles es una actividad preliminar crucial que ofrece para la adaptación del modelo del programa mhGAP a las necesidades locales, el diseño de estrategias nacionales y regionales para su instauración, y la priorización y sincronización de las intervenciones. El éxito en la instauración del programa depende del compromiso político a nivel nacional. El desarrollo y mejora de los marcos legales y políticos relevantes es importante para asegurar condiciones favorables para la implementación del programa y el respeto a los derechos humanos de los niños y adolescentes con problemas de salud mental.

El programa incluye una estructura de seguimiento y evaluación. Existe una variedad de herramientas disponibles o en desarrollo para ayudar a los países en su implementación, incluyendo una guía de orientación para los administradores de programas, modelos para el proceso de adaptación, cuestionarios para la evaluación de las necesidades, materiales de formación y listas para la supervisión.

- ¿Tiene preguntas o dudas?
- ¿Quiere hacer algún comentario?

Haga clic en este ícono para ir a la página de Facebook del Manual y compartir su visión respecto al capítulo con otros lectores, hacer preguntas a los autores o editor, o realizar comentarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bradley S, Kramer T, Garralda E et al (2003). Child and adolescent mental health interface work with primary services: a survey of NHS provider trusts. *Child and Adolescent Mental Health*, 8:170-176.
- Campo JV, Bridge J, Ehmann M et al (2004). Recurrent abdominal pain, anxiety, and depression in primary care. *Pediatrics* 113:817-824.
- Currie C, Todd J (2003). HBSC briefing paper 2: mental well-being among school children. In *Scotland: Age and Gender Patterns, Trends and Cross-National Comparisons*. Edinburgh, University of Edinburgh.
- Dua T, Barbui C, Clark N et al (2011). *Evidence-Based Guidelines for Mental, Neurological, and Substance Use Disorders in Low- and Middle-Income Countries: Summary of WHO Recommendations*. PLoS Med 8(11):e1001122.
- Eaton J, McCay L, Semrau M et al (2011). Scale up of services for mental health in low income and middle-income countries. *Lancet*, 378:1592-1603.
- Fisher JRW, Cabral de Mello M, Izutsu T et al (2011). Adolescent Mental Health in Resource-Constrained Settings: A Review of the Evidence of the nature, prevalence and determinants of common mental health problems and their management in primary health care. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(sup1):9-116.
- Foresight Mental Capital and Wellbeing project (2008). *Final Project Report– Executive Summary*. London: The Government Office for Science.
- Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M et al (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*, 378: 1515–1525.
- Knitzer J (2000). Early childhood mental health services: A policy and systems development perspective. In:
- Morris J, Belfer M, Daniels A et al (2011). Treated prevalence of and mental health services received by children and adolescents in 42 low-and-middle-income countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52:1239-1246.
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Official Records of the World Health Organization*, no 2, p100. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *The World Health Report 2001: Mental Health: New understanding, New Hope*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2005a). *Mental Health Policy, Plans and Programme*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2005b). *Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2007). *The Optimal Mix of Services*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2008a). *mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: Scaling up Care for Mental, Neurological and Substance Use Disorders*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2008b). *The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2010). *mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings: Mental health Gap Action Programme (mhGAP)*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Mundial de Médicos Familiares (2008). *Integrating Mental Health into Primary Care: A Global Perspective*. Ginebra: OMS.
- Sameroff A, Gutman LM, Peck SC (2003). Adaptation among youth facing multiple risks. In SS Luthar (ed), *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. Cambridge: Cambridge University Press, pp364-391.
- Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S et al (2007). Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Lancet*, 378:1325–1338.
- Walker S, Wachs TD, Gardner JM et al (2011). Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *Lancet*, 378:1325-1338.
-