

Instituto Balear de Salut Mental de la Infancia y la Adolescencia (IBSMIA)

Morey Cañellas J*, Salvà Coll J**

*Psiquiatra infantil. Director Institut Balear de Salut Mental de la Infància i l'Adolescència (IBSMIA). Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca.

**Psiquiatra, Coordinador Autòmic de Salut Mental de las Illes Balears. Coordinador del àrea de Salut Mental Ponent. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca.
e-mail: joan.salva@ssib.es

Resumen

El Institut Balear de Salut Mental de la Infància i l'Adolescència (IBSMIA) integra bajo una dependencia funcional única, cuya sede principal se halla en el Hospital Universitari Son Espases, a todos los dispositivos sanitarios que dan servicios a los menores de 18 años con trastornos de salud mental de las Islas Baleares, los cuales habían pertenecido en el pasado hasta a ocho gerencias distintas, dándoles entidad propia y autonomía para que puedan desarrollar su labor de manera más eficiente. Como elemento esencial distintivo del IBSMIA cabe remarcar que supone el establecimiento de una nueva forma de relación muy fluida con las Consejerías de Educación y de Asuntos Sociales, fiscalía de menores, asociaciones de familiares y otros grupos de interés, que permite una cooperación simbiótica con el consiguiente ahorro de recursos y una adaptación más flexible del servicio a las necesidades de los usuarios, familiares y profesionales.

Palabras clave: Salud mental, Infancia, Adolescencia, Multientidad, Baleares.

Balearic Institute of Child and Adolescent Mental Health (IBSMIA)

Abstract

The IBSMIA is a network of child and adolescent mental health services that provides child and adolescent mental health care for all the under 18's in the Balearic Islands. The services that integrate the network used to belong to 8 different Health Trusts and despite the professionals within them continue to be employed by different Health Trusts; the network is managed as a whole under the auspices and accountability of the Son Espases University Hospital. In the past these services were provided independently by professionals that were managed 8 different Health Trusts. By creating the IBSMIA these separate services have unified and gained individuality and autonomy to develop and deliver more efficient services. It is worth mentioning that the reorganization, has allowed the IBSMIA to develop new and more fluid relationships with the Departments of education, Social services, youth justice, patients and family associations and other service stakeholders. This new form of relating has allowed new and more coordinated interventions which in turn have translated in a more efficient use of resources and a more



flexible approach to the needs of the service, service users, families and professionals from the different stakeholder groups.

Key words: Mental health, Child, Adolescent, Multiunit, Balearic Islands.

Introducción

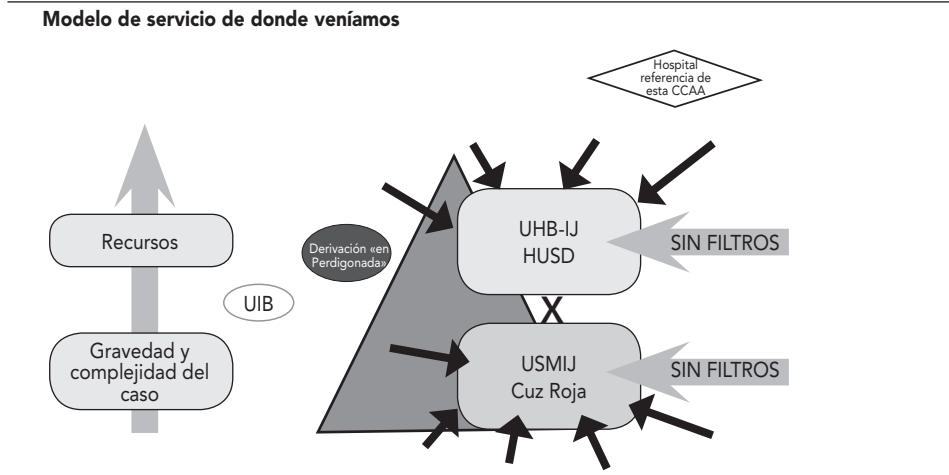
Sabemos que una buena atención a los niños y adolescentes con trastornos mentales es fundamental para disminuir el sufrimiento de pacientes y familiares, así como los gastos sociales y sanitarios derivados, además de permitir la prevención secundaria al disminuir el porcentaje de personas que van a padecer un trastorno mental grave en la edad adulta.

El informe "La salud mental de niños y adolescentes" encargado por Ministerio de Sanidad y Consumo (abril, 2008) establecía que "los niños y los jóvenes tienen entidad propia y no son una mera prolongación de los adultos. Esta visión tiene la ventaja de posibilitar el avance hacia la creación de servicios de salud mental propios con financiación propia. Una especificidad

que abarcará también la formación de profesionales y la investigación. No es un secreto para nadie que mientras los servicios de salud mental de los niños formen parte de los de adultos la mayoría de los fondos y recursos van para estos últimos. Así ha sido siempre y en todas partes. Hoy no es posible ni siquiera desglosar recursos y fondos empleados para la atención a este grupo de edad. Poder identificarlos sería un primer paso para detectar las necesidades en ese campo y adoptar medidas".

En la primera década del siglo XXI el Servicio de Salud de Baleares había crecido de forma exponencial en recursos y profesionales dedicados a la salud mental infantojuvenil, pero de una manera desordenada, poco coordinada y poco eficiente (Figura 1). Los índices de fracaso escolar en nuestra

Figura 1. Estructura del servicio de salud mental infantojuvenil de donde partíamos





comunidad son muy elevados, y es imperdonable que en parte puedan ser debidos a causas tratables. Sabemos que el destino de los niños/as no está sellado y que con intervenciones precoces y acertadas puede ser cambiado. Además, en un momento de escasos recursos, es obligado tomar sabias decisiones y teniendo en cuenta que la salud mental infantojuvenil es un tema de gran relevancia social y sanitaria, creímos necesario hacer una fuerte apuesta en este proyecto, uno de los primeros de España en que por una parte se integran los recursos de salud mental para menores de 18 años de todas las distintas gerencias (ocho) del Servicio de Salud de Baleares, en una unidad de gestión clínica, dándoles entidad propia y autonomía para que puedan desarrollar su labor de manera más independiente, a la vez que por otra parte se establece una nueva forma de relación con las Consejerías de Educación y Servicios Sociales, fiscalía de menores y asociaciones de familiares, para adaptar así el servicio de manera más flexible a las necesidades de los usuarios, familiares y profesionales. Sabemos que se trata de políticas y acciones a largo plazo y que no podemos esperar demasiados cambios demasiado pronto; pero lo importante es que la semilla está echada.

Objetivo principal del proyecto

Ofrecer una nueva forma de abordar los problemas de salud mental infantil y juvenil en la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares a través de un proyecto multientidad integral, de calidad, eficiente, accesible y equitativo.

Diseño del proyecto

La salud mental infantojuvenil presenta una serie de peculiaridades que la

hacen susceptible de un enfoque diferente al que se realiza habitualmente en adultos:

- Por una parte tenemos una población “cautiva”, que debe estar escolarizada de manera obligatoria hasta los 16 años (en los contados casos en que esto no ocurre, servicios sociales y fiscalía de menores suelen tenerlos bien localizados e identificados). Por tanto, niños y adolescentes pasan la mayor parte del día en clase con un profesorado que los conoce bien y que además puede ser un aliado de primer nivel para detectar fácilmente conductas anómalas por comparación con el grupo.
- La mayor parte de la demanda en salud mental infantojuvenil es y seguirá siendo “problemas de conducta” que muchas veces no corresponde a ninguna patología, pero que provocan la ansiedad de los padres y profesores y colapsan los servicios.
- Muchas de las psicoterapias basadas en la evidencia pueden ser aplicadas por profesionales entrenados, aparte de psiquiatras y psicólogos clínicos: enfermera en salud mental, trabajador social, etc., e incluso profesores y padres (necesitando apoyo y refuerzo ante la inseguridad sobre si hacen lo correcto).
- La tarea principal del psiquiatra en salud mental infantojuvenil es el diagnóstico, por cuanto la psicofarmacología se usa en menor grado que en los adultos, habiendo patologías en las que el principal tratamiento es psicoeducativo (autismo, retraso mental, etc.).



Todo ello permite plantear otra manera de abordar el tema, de manera integral, contando con coterapeutas (padres, cuidadores, profesores...) que, bien entrenados, pueden aplicar pautas conductuales de una manera muy eficaz, a la vez que frenan la demanda en la propia comunidad al haber adquirido unas habilidades que luego pueden generalizar (siempre y cuando se mantengan unos canales de comunicación fluidos con los profesionales de salud mental, que resuelven dudas y valoran casos de manera rápida).

Circunstancias que han favorecido la implantación del modelo:

- La crisis económica como oportunidad para repensar lo que estábamos haciendo.
- Disponer de profesionales con experiencia clínica en Psiquiatría infantil y en gestión formados en el Reino Unido.
- Un Servicio de Salud que impulsa decididamente nuevas formas de trabajo asistencial y de gestión.
- El desarrollo tecnológico del Servicio de Salud de Baleares, con la historia clínica integrada *on-line* (e-SIAP, Milenium, HSAL...) y la receta electrónica (RELE) implantadas en el 100% del territorio.
- Unos grupos de interés (*stakeholders*) que no solo demandaban cambios, sino que estaban decididos a colaborar e implicarse (instituciones: educación, servicios sociales, judicatura; asociaciones de familiares y usuarios: Still-asociación TDAH, Asociación Asperger, Gaspar Hauser...; así como por otros profesionales de sanidad: pediatras, neuropediatras, médicos de familia...).

- Una masa crítica de profesionales de la salud mental infantojuvenil que creían en el proyecto, dispuestos a formarse y abiertos a adoptar nuevos roles y formas de trabajar.

La combinación de estos factores, junto con un trabajo sistemático, cooperativo, incansable y minucioso a todos los niveles, ha permitido poner en marcha las reformas, que por su propia naturaleza son de carácter dinámico y entroncan con el concepto de Gobierno clínico. No se trata de un mero cambio en el nombre o en la estructura del servicio, sino que conlleva cambios profundos en la cultura y en la forma de trabajar, tanto por parte de los profesionales del Servicio de Salud, como por parte de los de educación, servicios sociales, fiscalía de menores, etc.

Entre las transformaciones de mayor calado que se han implementado, cabe destacar:

- La incorporación de los pacientes y familiares a la estructura de gobierno del IBSMIA (a través del movimiento asociativo; pero también directamente a través de las nuevas tecnologías de la información y comunicación).
- La integración de los recursos, pero con descentralización de la asistencia.
- Estrategia, estructura organizativa, y profesionales alineados en busca de una buena práctica asistencial.
- Trabajo por procesos y los equipos subespecializados. Liderazgo de los profesionales en la toma de decisiones del proceso asistencial, sobre el cual se adaptan los procesos de apoyo.



Como ejemplo, dichos cambios implican que los psiquiatras infantiles y psicólogos clínicos se han tenido que especializar en áreas de conocimiento (trastornos del espectro autista, trastorno por déficit de atención e hiperactividad [TDAH], etc.), que las enfermeras en salud mental y trabajadores sociales han tenido que vencer los miedos, objeciones e inseguridades para aprender a realizar evaluaciones de triage de los pacientes, en contacto directo con la familia, el colegio y los servicios sociales.

Ha conllevado tener que abandonar definitivamente las historias clínicas en papel, y reconvertir las múltiples reuniones interminables, en una comunicación fluida con profesionales de educación y servicios sociales a través de correo electrónico cifrado (previa autorización de los padres).

Los profesionales han tenido que ver las ventajas de pasar de un modelo de consulta clásico (en la USMIJ, donde viene el paciente acompañado por su familia) a otros modelos en los que el profesional se desplaza a los centros educativos (escuelas, centros de educación especial, centros de menores...) para explorar y atender a los pacientes *in situ* a la vez que se interacciona con los cuidadores.

El modelo del servicio es ambicioso:

- El paciente está en el centro del servicio.
- Se trata de un servicio integral desde urgencias hasta hospitalización, interconsultas, consultas especializadas, etc.
- Para toda la comunidad autónoma.
- El servicio se libra lo más cerca posible del paciente (accesibilidad).

- Se racionalizan y centralizan recursos de acuerdo con la gravedad del paciente, pero se descentraliza la asistencia.
- La progresión dentro del servicio es en vertical (secuencial y nunca en paralelo, como sucedía antes, cuando un paciente era derivado a dos recursos "a ver quién lo atiende antes") y de acuerdo con la gravedad.
- Se mantiene una relación muy fluida con los grupos de interés.

Entidades participantes

Gerencias de las que proceden los servicios integrados en el IBSMIA:

- De Mallorca: Hospital Universitario Son Espases, Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, Hospital Son Llàtzer, Gestión Sanitaria de Mallorca (GESMA), Fundación Hospital de Manacor, Hospital Comarcal de Inca.
- De Menorca: Hospital General Mateu Orfila (Menorca).
- De Ibiza: Hospital Can Misses.

Principales asociaciones de usuarios y familiares que han participado en el proyecto:

- Organización Mater Misericordiae.
- Gaspar Hauser.
- Amadiba.
- Asperger Associació Balears.
- Aproscm
- Still.



- Patronat de l'agrupació pro-minusvàlids psíquics de la Comarca d'Inca.

Principales instituciones que han participado:

- Dirección General de Integración y Formación del Profesorado, Consejería de Educación y Cultura, Govern de les Illes Balears.
- Dirección General de Menores y Familia, Consejería de Asuntos Sociales, Promoción e Inmigración, Govern de les Illes Balears.
- Dirección ejecutiva de Menores y Atención a la Familia, Departamento de Bienestar Social, Consell de Mallorca.
- Fiscalía de Menores de las Islas Balears.

Estructura del servicio

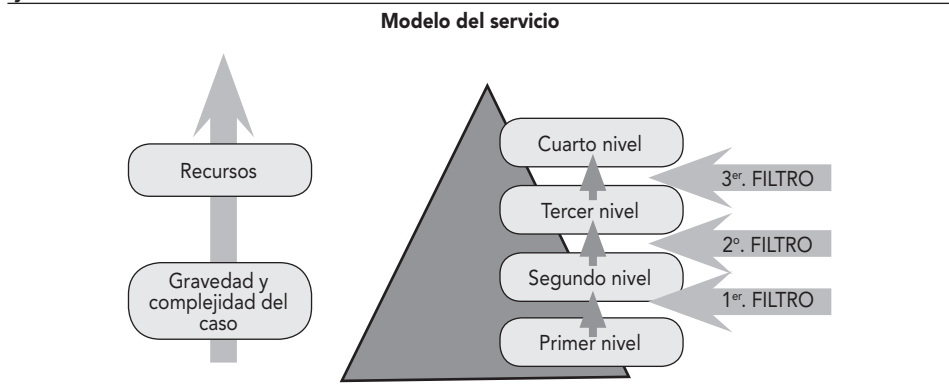
Se ha racionalizado y estructurado la forma en que se presta el servicio, de manera que la utilización de recursos y la progresión dentro del servicio ser

realiza dependiendo de la gravedad y urgencia del caso. Para ello se ha definido la cartera de servicios de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud OMS 2003 "Caring for children and adolescents with mental disorders, setting WHO directions" y se ha estructurado la asistencia utilizando el modelo descrito en los planes estratégicos de salud mental de los menores de 18 años "Everybody's Business" de la National Assembly for Wales 2001 y "Together we stand" del NHS Health Advisory Service 1995.

El servicio dispone de cuatro niveles de actuación (Figura 2):

- I. Primer nivel, un solo profesional del servicio interactúa con los recursos primarios (pediatras, maestros, Equipos de orientación psicopedagógica (EOEP), etc.
- II. Un profesional del IBSMIA trata a un usuario de manera individual en consultas externas o con la ayuda de recursos del primer nivel. Ejemplo: una enfermera utiliza un par de sesiones para dar pautas a los padres del usuario.

Figura 2. Modelo del Servicio del Instituto Balear de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia (IBSIMA)





III. Dos o más profesionales de la unidad tratan a un usuario en consultas externas, incluye interacciones más especializadas como terapia de grupo, etc. Ejemplo: la enfermera continúa dando pautas mientras que el psiquiatra inicia tratamiento con metilfenidato para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), a la vez que los padres acuden a una terapia de grupo.

IV. El usuario necesita ser tratado por servicios mucho más especializados y/o intensivos como son equipos regionales especializados (Autismo, TDAH, etc.), hospital de día, centros educativos residenciales o unidad hospitalaria.

Entre los diferentes niveles de actuación hay filtros que no permiten el paso de los usuarios de un nivel inferior al superior sin ser derivados por los profesionales del nivel inferior y aceptados por los profesionales del nivel superior, con la excepción de los casos de urgencias.

Por otra parte, la autonomía respecto a la salud mental de adultos ha favorecido una mayor estabilidad del servicio y un aumento en la calidad e interés en salud mental infantil de los profesionales que en el trabajan, que pueden moverse dentro del servicio de acuerdo a preferencias como interés en cierta patología o dispositivo, acercamiento a lugar de residencia, etc.

Las relaciones con los grupos de interés se han facilitado enormemente al existir un único interlocutor. La comunicación sobre posibles casos con los equipos de orientación psicopedagógica (EOEP) del sistema educativo y con servicios sociales se realiza por correo electrónico cifrado lo cual ha

permitido eliminar los “viernes de reuniones” que se realizaban en la USMIJ, permaneciendo solo algunos días al año para reuniones “físicas”. El mejor aprovechamiento del tiempo ha permitido dedicar más esfuerzos a realizar programas para patologías específicas. Además se ha formado a personal de educación y servicios sociales para que realicen ciertas tareas que antes recaían en el servicio de salud, como por ejemplo:

- **Estudio de retraso mental:** antes colapsaban las consultas de la Unidades de Salud Mental Infantojuvenil (USMIJ) las peticiones de pruebas neuropsicológicas, como test de inteligencia. Actualmente, ante la sospecha de bajo coeficiente intelectual, se establece contacto con la escuela. En caso que el paciente suspenda las asignaturas instrumentales (lenguas y matemáticas) o presente un bajo nivel de competencia, el psicólogo/pedagogo terapéutico del centro escolar (EOEP) administra prueba de cribaje. En caso de sobrepasar el punto de corte establecido, se administra la prueba completa (WISC-IV), que dura unas tres horas. Por tanto, las pruebas se realizan en el medio escolar, liberando al sistema sanitario de carga de trabajo que puede dedicar a otros menesteres.
- **Proceso TDAH:** anteriormente había múltiples visitas de “ida y vuelta” entre sanidad y educación para completar el proceso diagnóstico. Actualmente, los pacientes derivados por sistema educativo llegan al sistema sanitario (IBSMIA, pero también a otros profesionales, como neuropediatra...) con cuestionarios cumplimentados (Conners, informe, SDQ y evaluación del QI por EOEP) y exploración física por parte del médico de familia/



pediatra. En una única visita especializada altamente resolutoria se puede realizar el diagnóstico y empezar tratamiento si es necesario.

- **Menores con trastornos de conducta y conductas punibles** (Fiscalía de menores y Dirección General de Menores, centros de menores de 14 años del Consell): un profesional de IBSMIA se desplaza a fiscalía de menores para “filtrar” las derivaciones a psiquiatría infantil. Se evitan numerosas derivaciones no indicadas de problemas de conducta que no tienen nada que ver con patología, sino que la mayoría de casos obedecen a problemas socio-educativos y de falta de control parental, y cuyo abordaje es básicamente educativo. Por otra parte, un psiquiatra se desplaza a centros de internamiento para menores que han delinquido para atender a los que presentan patología mental (centros de menores de la DG Menores del Govern Balear: “es Pinaret” y “es Fusteret”). Se evita el bochornoso desplazamiento con furgón policial del menor esposado y custodiado al sistema sanitario. Además permite utilizar los recursos de la DG de Menores y Familia, ya que en caso que sea necesaria la psicoterapia, pautas conductuales, etc., es administrada por psicólogos y educadores de servicios sociales, que han sido formados por IBSMIA para el manejo de los casos menos graves. También se realizan consultorias en los centros de menores del Consell de Mallorca (para menores de 14 años).
- **Consultas más cercanas a los pacientes:** el desarrollo tecnológico alcanzado por el Servicio de Salud en los últimos años (portátiles con conexión a Internet, que permite el

acceso desde cualquier lugar a la historia clínica y a la prescripción mediante receta electrónica), permite trasladar la consulta a cualquier lugar geográfico. Ello ha permitido realizar consultas de psiquiatría en los centros residenciales para menores con discapacidad intelectual, mejorando la accesibilidad y ofreciendo un servicio de mayor calidad que se aprovecha de las sinergias que permiten el disponer de personal cuidador asesorado y formado por el propio IBSMIA.

Se desplazan profesionales a centros con menores que padecen retraso madurativo/discapacidad intelectual:

- Centro Joan Mesquida de Manacor.
 - Centro Joan XXIII de Inca.
 - Centro de educación especial Son Ferriol.
 - Mater Misericordiae.
- **Equipos mixtos:** se han creado, además, unidades mixtas entre sanidad, educación y servicios sociales, como la Unidad Terapéutico-Educativa de Soporte (UTES). que se inició como una escuela para menores con trastornos de salud grave que no podían beneficiarse de la escolarización ordinaria. La evolución de la Unidad Terapéutico-Educativa de Día ha sido pasar de tener una sede física donde ingresaban menores con trastorno mental que necesitaban escolarización a ser completamente itinerante. Ello ha permitido dar apoyo a los menores –y a los maestros– en su colegio y por tanto un modelo más integrador de atención a la patología mental.



- **Equipos de referencia:** otra de las iniciativas ha sido la creación de equipos de referencia multidisciplinarios a nivel autonómico para la Evaluación de las Discapacidades Sociales y de Comunicación o “EADISOC” (Trastornos del Espectro Autista) y los equipos TDAH.
- **Cooperación con asociaciones:** la cooperación con las asociaciones de usuarios, que se incorporan al comité asesor del IBSMIA, se ha traducido por ejemplo, gracias a la aportación económica, por parte de la Asociación de Asperger Balears, en la formación de unos cincuenta profesionales del servicio de salud, educación y servicios sociales de nuestra comunidad autónoma en el manejo de dos entrevistas diagnósticas estructuradas de uso internacional (ADIR y ADOS), lo cual permite disponer de un gran número de profesionales cualificados y disponer de equipos especializados en varios niveles. La entrevista observacional de conducta ADOS es cumplimentada por profesionales de educación o de servicios sociales.

Además se ha mejorado la formación y especialización de los profesionales de salud mental infantojuvenil, a través de un sistema de supervisión de formación e intereses.

Resultados

La integración y reorganización de todos los recursos sanitarios de salud mental infantojuvenil en un único servicio para toda la comunidad autónoma ha llevado a una mejora de la eficiencia dentro del sistema sanitario al permitir eliminar gran parte de las disfunciones causadas por un modelo

previo en el que cada unidad funcionaba de manera autónoma, con múltiples puertas de entrada, y con una actividad que se antojaba independiente de la complejidad y/o del coste del dispositivo.

Se han reducido los tiempos de espera medios para una primera visita de salud mental de la infancia o adolescencia de 4-6 meses a menos de un mes en todo el servicio de salud. Dicho logro ha sido posible por la combinación de diversas estrategias de gestión de la demanda: mejor definición de la cartera de servicios; implementación de un sistema de triage por parte de enfermería y trabajador social en USMIJ que trabajan en contacto directo con servicios sociales, escuela y familiares –habiéndose reducido drásticamente el porcentaje de no presentados que antes se acercaba al 25% de visitas–; realización de ciertas actividades por parte del personal de servicios sociales y de educación (evaluaciones [de coeficiente intelectual...], aplicación de técnicas psicoterápicas sencillas, etc.) que indirectamente han aumentado la capacidad del sistema sanitario para dedicarse a otras tareas más especializadas, etc.

Se ha desarrollado un mayor sentido de pertenencia de equipo y un mayor grado de especialización de los profesionales. Mayor flexibilidad para adaptar mejor la oferta a la demanda, y a las necesidades de usuarios, profesionales y espacios. Posibilidad de aplicación de terapias más específicas basadas en la mejor evidencia científica en un modelo de trabajo por procesos. Implementación de terapias individuales y de grupo, para pacientes o familiares, específicas para TDAH, trastornos del espectro autista (TEA) y psicosis.

Reducción de las hospitalizaciones al haber implantado un sistema de aten-



ción integrado y por niveles que permite resolver la mayoría de casos en Atención Primaria.

A largo plazo se aspira a que la mejora de la salud mental de los menores de 18 años de la comunidad autónoma de las Islas Baleares repercuta en reducción de gasto sanitario y social derivado, en una reducción del porcentaje de adultos con trastorno mental grave (prevención secundaria) y en una reducción del fracaso escolar derivado de patología mental tratable.

Bibliografía

1. Rutter M, Bishop D, Pine D, Stephen S, Stevenson J, Taylor E et al. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Blackwell Science; 2009.
2. World Health Organization. *ATLAS child and adolescent mental health resources. Global concerns: implications for the future*. Geneva: WHO; 2005.
3. Leibson CL, Katusic SK, Barbaresi WJ, Ranson J, O'Brien PC. Use and costs of medical care for children and adolescents with and without ADHD. *JAMA*. 2001;285(1):60-6.
4. Romeo R, Knapp M, Scott S. Economic costs of severe antisocial behaviour in children—and who pays it. *Br J Psychiatry* 2006;188:547-53.
5. Woodward LJ, Fergusson DM. Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(9):1086-93.
6. Foundation for people with learning disabilities. *The economic consequences of autism in the UK, 2007*. Disponible en <http://www2.lse.ac.uk/intranet/LSEServices/divisionsAndDepartments/ERD/presAndInformationOffice/PDF/EconomicCostsofAutism.pdf>
7. World Health Organization. *Mental Health Policy and Service Guidance Package: Child and adolescent mental health policies and plans*. WHO; 2005
8. Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008.
9. Williams R, Richardson G (eds.). *Child and adolescent mental health services, together we stand, the commissioning, role and management of child and adolescent mental health services*. Her Majesties Stationary Office. NHS Health Advisory Service. 1995.
10. National Assembly for Wales, *child and adolescent mental health services 2001 "everybody's business"*.
11. <http://www.wales.nhs.uk/publications/men-health-e.pdf>